

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	19/07/2023	
		Código:	07-01-PT-0069	

TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	2
2.	ALCANCE.....	2
3.	DEFINICIONES	2
4.	NORMATIVIDAD RELACIONADA	2
5.	DESARROLLO DEL PROTOCOLO.....	3
5.1.	ENFOQUE DIFERENCIAL	11
5.2.	TALENTO HUMANO	11
5.3.	EQUIPOS BIOMEDICOS.....	11
5.4.	MEDICAMENTOS	11
5.5.	DISPOSITIVOS MEDICOS.....	12
5.6.	INSUMOS.....	12
6.	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROTOCOLO	12
7.	BIBLIOGRAFIA.....	12
8.	ANEXOS	14

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

1. OBJETIVO

- ✓ Disminuir el número de gestaciones no planeadas en mujeres con algún tipo de enfermedad mental incluyendo aquellas con discapacidad cognitiva y quienes se encuentran en manejo por epilepsia
- ✓ Maximizar el período intergenésico en caso de que haya embarazos previos en esta población
- ✓ Brindar al personal de la salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente de la ciudad de Bogotá las herramientas adecuadas para que pueda asesorar y ayudar a una mujer pueda elegir el mejor método anticonceptivo cuando cursa con este tipo de comorbilidades
- ✓ Disminuir la mortalidad materna logrando disminuir el número de embarazos no planeados, de esa manera logra alinearse con los objetivos planteados para el milenio

2. ALCANCE

Dirigida a profesionales de la salud asistencial y administrativo de las diferentes unidades de hospitalización, consulta externa y urgencias que realizan atención a mujeres en edad fértil, gestantes y/o puérperas valoradas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con algún tipo de enfermedad mental con el fin de realizar asesoría en anticoncepción y así garantizar el acceso a método de regulación de la fecundidad.

3. DEFINICIONES

- ✓ **Anticoncepción** es el conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por ende el embarazo. Hace parte de la planificación familiar, que es la forma en que una persona decide cuantos hijos tener y determinar el intervalo entre embarazos.
- ✓ **Discapacidad intelectual o cognitiva** es una afección que se diagnostica antes de los 18 años que incluye un funcionamiento intelectual, personal y social por debajo del promedio y que afecta el desempeño en las actividades de la vida diaria.
- ✓ **Enfermedades o trastornos mentales** son afecciones que impactan el pensamiento, los sentimientos, el estado de ánimo o el comportamiento. Pueden ser agudas o crónicas.
- ✓ **Epilepsia** es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada por la aparición de actividad eléctrica anormal en la corteza cerebral que provoca convulsiones repentinas y pérdida del conocimiento.
- ✓ **Criterios de elegibilidad** hacen referencia a una clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que de acuerdo con los antecedentes define el riesgo que pueda asociarse al uso de un método anticonceptivo

4. NORMATIVIDAD RELACIONADA

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

La Resolución 3280 de 2018 hace énfasis en la necesidad de hacer una asesoría adecuada sobre los métodos anticonceptivos desde la consulta preconcepcional y a lo largo del control prenatal.

Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y protección Social Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación.

5. DESARROLLO DEL PROTOCOLO


Se calcula que a nivel mundial algo más de la mitad de los embarazos son no planeados, problema que puede ser algo mayor en la mujer con discapacidad intelectual o que tiene algún tipo de enfermedad mental. Esto puede explicarse por varias razones, entre ellas el hecho que el médico tratante no tenga un adecuado conocimiento de los métodos anticonceptivos, porque crea que estas mujeres tienen poca o nula actividad sexual o por considerar que por los efectos secundarios que producen los medicamentos utilizados sobre el eje reproductivo conducirán a la infertilidad.

No hay duda de que en el momento que llega una mujer con discapacidad cognitiva o algún tipo de enfermedad mental para algún tipo de atención en salud, sea esta una consulta de prevención y promoción, una consulta de medicina general o una consulta especializada, es una excelente oportunidad para recalcar la importancia, realizar una asesoría adecuada e idealmente iniciar un método anticonceptivo seguro, eficaz y que satisfaga las necesidades particulares de cada mujer.

Debe partirse de la base que los derechos sexuales y reproductivos están contemplados como derechos fundamentales y por ende cada mujer tiene la posibilidad de decidir cuántos hijos y en qué momento los va a tener, así como los métodos que usará para evitarlos.

Son varias las normas relacionadas con la anticoncepción posterior a un evento obstétrico. La Resolución 3280 de 2018 hace énfasis en la necesidad de hacer una asesoría adecuada sobre los métodos anticonceptivos desde la consulta preconcepcional y a lo largo del control prenatal. Es claro que antes de dar de alta de la hospitalización no sólo debe haber asesoría, sino que debe iniciarse algún método. Para iniciar un método anticonceptivo se requiere dar una información completa y en términos que la mujer entienda (Ley 23 de 1981, artículo 16), explicar sobre los posibles riesgos asociados (Decreto 3380 de 1981) y firmar un consentimiento (Ley 23 de 1981). La mujer adolescente tiene la capacidad de decidir y acceder a los métodos anticonceptivos temporales sin que exista ninguna barrera para su atención ni sea necesario el consentimiento de sus padres o acudientes (Resolución 769 de 2008), teniendo presente que es obligatorio la creación de programas para prevención de embarazos en adolescentes (Ley 1098 de 2006). La Ley 1412 de 2010 habla sobre los métodos definitivos de anticoncepción y de cómo deben brindarse de manera gratuita. La Ley Estatutaria 1618 de 2013 establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Epidemiología

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

Hace parte de la historia de la humanidad el hecho de querer regular la fecundidad y lograr solo un número deseado de embarazos. A pesar de los grandes avances realizados en tecnología anticonceptiva a lo largo del pasado siglo, del conocimiento de hormonas, de la regulación del ciclo ovárico, de la disponibilidad de métodos en el sistema de salud, el número de embarazos no deseados es elevado, superando 50% en países desarrollados como en aquellos considerados en vías de desarrollo. Es posible que esta cifra sea algo mayor en mujeres con discapacidad intelectual, con enfermedades mentales y con epilepsia ya que en ellas por diversas razones la asesoría no es adecuada, se considera que por su condición no tienen actividad sexual o se desconoce la interacción que pueda existir entre la medicación utilizada y los métodos anticonceptivos. Trabajos en país reportan que 33% de las mujeres con enfermedades mentales nunca tuvieron asesoría anticonceptiva.

Un embarazo en la paciente con enfermedad mental puede tener grandes repercusiones en la evolución de la enfermedad y en el riesgo de malformaciones congénitas que se observa con algunos de los medicamentos utilizados. La mujer con trastornos mentales puede tener dificultad para el cuidado de su hijo o su patología puede empeorar, por ejemplo, en el caso de la depresión postparto. Existe gran disparidad observándose mayor tasa de embarazos no deseados en mujeres solteras y aquellas pertenecientes a minorías. Además, factores como la anhedonia, la falta de apoyo familiar y el pobre entendimiento de la fisiología reproductiva pueden dificultar el uso de métodos anticonceptivos a hacerlos inmanejables.

La enfermedad mental es más frecuente en las mujeres (22.3%) respecto a los hombres (15.1%) y su prevalencia es mayor en el grupo de 18 a 25 años en los que predominan la depresión, la enfermedad afectiva bipolar y los trastornos de ansiedad. Estudios epidemiológicos arrojan que entre 42% y 82% de las mujeres con discapacidad cognitiva son sexualmente activas, a pesar de lo cual no tienen una atención adecuada en los servicios de planificación familiar. No debe dejarse de lado que las mujeres con discapacidad son más susceptibles a sufrir abuso sexual y aquellas con trastorno afectivo bipolar durante la etapa de manía se vuelven hipersexuales.

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes, encontrándose que puede estar presente en 6.4 de cada 1,000 personas. La presencia de hormonas es importante ya que se ha demostrado que en las mujeres puede haber variaciones importantes en la frecuencia de convulsiones a lo largo del ciclo menstrual. Al llegar la menarquia en algunos casos el problema empeora mientras que en otra mejora. Se describe que la posibilidad de malformaciones congénitas en mujeres que reciben medicamentos antiepilépticos puede llegar a 4.9%.

Es claro a todas luces que en la mujer con enfermedad mental un embarazo no deseado puede ser catastrófico, de allí la importancia de la asesoría adecuada en métodos anticonceptivos, siempre respetando sus derechos sexuales y reproductivos.

Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud ha diseñado una clasificación que ayuda a seleccionar los diferentes métodos anticonceptivos de acuerdo con los factores de riesgo y antecedentes que tiene cada mujer. Esta clasificación va de 1 a 4, siendo 1 un método carente de riesgo a 4 en el cual está totalmente contraindicado. Esta clasificación se resume en la Tabla 1.

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	19/07/2023	
		Código:	07-01-PT-0069	

Tabla 1. Criterios de elegibilidad de la OMS para métodos anticonceptivos

Categoría	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí Use el método
2	En general use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean adecuados	No No use el método
4	No se debe usar el método	

Interacción entre métodos hormonales y enfermedad mental

Al asesorar a una mujer con enfermedades mentales antes de iniciar un método anticonceptivo son varios los interrogantes que surgen, pero en general giran en torno al impacto que tendrán los métodos anticonceptivos sobre su enfermedad de base, la interacción que pueda existir entre los medicamentos utilizados y los anticonceptivos, en especial los hormonales y las posibles fallas terapéuticas.

La anticoncepción moderna busca proveer métodos de larga acción, que sean reversibles, altamente eficaces, efectivos y que se asocien con la menor cantidad de efectos secundarios. Allí juegan papel importante los que se conocen hoy en día bajo la sigla LARC (derivada del inglés, Long Acting Reversible Contraceptive). Hasta hace algunos años en las mujeres con discapacidad cognitiva la conducta era buscar como primera línea los métodos definitivos, hoy las cosas han cambiado y se busca idealmente que puedan ser usuarias de un LARC.

Por años ha existido el interrogante del impacto que tienen los métodos hormonales sobre el ánimo y en el caso específico de la paciente con enfermedad mental, hasta qué punto podría empeorar cuando hay depresión o trastorno afectivo bipolar (TAB). Es claro que las hormonas actúan a nivel del sistema nervioso central gracias a la presencia de receptores en diferentes áreas, incluyendo la amígdala. Se cree que pueden influir en el metabolismo de algunos compuestos como la allopregnenolona, lo que explicaría variaciones del ánimo a lo largo del ciclo menstrual. A la fecha los estudios no son conclusivos. Un estudio australiano evaluó la presencia de síntomas depresivos en población de 22 a 27 años con un nuevo cuestionario 3 años después sin evidenciar diferencias entre las mujeres que usaron anticonceptivos orales y las que no, excepto un pequeño incremento en las pacientes que recibieron los anticonceptivos por indicaciones diferentes, por ejemplo, para manejo de dismenorrea. Contrastando esto un estudio prospectivo realizado en Dinamarca con seguimiento por 14 años encontró incremento en el riesgo de necesidad de tratamiento con antidepresivos en mujeres que recibieron anticonceptivos hormonales. Se ha visto que el impacto es mayor en adolescentes en quienes pueden aumentar las tasas de intento de suicidio y suicidio, así como en el consumo de drogas psicotrópicas.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos hormonales en mujeres con enfermedad psiquiátrica los diversos reportes no han encontrado ningún tipo de detrimento en el problema


	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

de base. No debe olvidarse que el uso de anticonceptivos orales está indicado para el manejo del síndrome premenstrual, en especial la drospirenona, progestágeno aprobado con esta indicación. La mujer con TAB que usa anticonceptivos orales combinados reporta tener menos fluctuaciones en el estado de ánimo que las mujeres que no lo usan. En la mujer con depresión mayor hay estudios pequeños que sugieren que puede existir sinergia entre antidepresivos como el citalopram y los anticonceptivos hormonales combinados o de solo progestágeno y estas mujeres tienen mejores resultados en aspectos como hipersomnia, ganancia de peso, interés sexual y síntomas obsesivo – compulsivos. Una revisión sistemática concluye que no hay interacción de los anticonceptivos hormonales con los inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos atípicos o benzodiacepinas. Por otro lado, se ha visto que las formas no orales como los parches y los anillos vaginales pueden asociarse con mayor riesgo de depresión en mujeres adolescentes. En la cohorte de NHANES en Estados Unidos se encuentra que mujeres que usaron anticonceptivos hormonales en su adolescencia tienen mayor riesgo de sufrir depresión mayor en la edad adulta. El dispositivo liberador de levonorgestrel se ha asociado con cambios en el estado de ánimo hasta en 18% de las mujeres, cambios que generalmente son leves y no requieren ningún tipo de manejo. En otra revisión sistemática se encuentra que en mujeres con diagnóstico clínico de depresión o TAB y que recibieron anticonceptivos orales combinados presentaron menos cambios en el estado de ánimo a lo largo del ciclo y menor número de hospitalizaciones por problemas psiquiátricos, efecto también observable con el uso de medroxiprogesterona de depósito (DMPA).

Uno de los aspectos en discusión es si la mujer con enfermedad mental ya sea depresión o TAB tiene algún sesgo en la selección del método anticonceptivo y por ende esto reflejaría el incremento en los riesgos reportados. Los datos estadísticos muestran que estas mujeres tienden a escoger menos los LARC y en caso de hacerlo con frecuencia los suspenden de manera precoz por razones como aparición de dolor. Posiblemente uno de los mecanismos es que usuarias del dispositivo liberador de levonorgestrel pueden tener cambios en la respuesta fisiológica al estrés variando la producción de cortisol.

Desde 1972 fue reportada la interacción que existe entre la anticoncepción hormonal y la terapia anticonvulsivante, interacción que puede presentarse en dos vías. Mientras que los anticonceptivos pueden afectar el metabolismo de los medicamentos antiepilépticos e incrementar el número de episodios convulsivos, los anticonvulsivantes pueden acelerar la eliminación de esteroides sexuales y por ende disminuir la eficacia anticonceptiva. Desde hace varias décadas se reconoce que mujeres que han usado de manera simultánea anticonceptivos orales combinados y drogas antiepilépticas tienen un número mayor de embarazos no deseados. El efecto puede variar dependiendo del compuesto usado, ya que clásicamente se ha reconocido al estrógeno como estimulante del sistema nervioso, mientras que la progesterona es sedante y podría disminuir el número de episodios convulsivos. Mientras que las fallas anticonceptivas con los métodos orales son cercanas a 1% en la mujer con medicamento anticonvulsivo puede subir a 3 – 6%.

Una gran parte de los anticonvulsivantes son metabolizados en el hígado a través de la glucoronidación antes de ser eliminados por el riñón. Las hormonas sexuales tienen influencia en este aspecto y se sabe que hay diferencias importantes de género, siendo más marcada la expresión de enzimas en las mujeres. La absorción intestinal de estos medicamentos y de las hormonas esteroideas es mediada por la glicoproteína transportadora P; la expresión de este transportador puede ser inducida por la progesterona.

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	19/07/2023	
		Código:	07-01-PT-0069	

Diversos anticonvulsivantes interfieren con la síntesis de enzimas del sistema del citocromo P450, particularmente CYP3A4, a través de las cuales se realiza el metabolismo de los esteroides sexuales. Es conocido que el metabolismo del etinilestradiol es acelerado por diversos anticonvulsivantes, entre los que se pueden citar carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, fenobarbital y topiramato en dosis altas (> 200 mg/día). Por otro lado, la concentración de progestágenos es reducida en presencia de carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina, fenitoína y fenobarbital. Para mantener la eficacia anticonceptiva algunos autores sugieren el uso de macrodosis (50 µg de etinilestradiol), pero a costa de incrementar el riesgo de eventos tromboticos y tromboembólicos. Los medicamentos anticonvulsivantes también son capaces de incrementar la síntesis hepática de proteínas, y por ende los niveles de globulina transportadora de esteroides sexuales (SHBG); de esta manera disminuyen los niveles de estrógenos libres y por ende la eficacia anticonceptiva.

Se ha demostrado que los anticonceptivos orales, en especial aquellos que contienen etinilestradiol, disminuyen cerca de 50% la concentración sérica de lamotrigina. Este efecto es secundario a que es un medicamento que es metabolizado a través de la glucuronidación hepática, proceso afectado por el etinilestradiol. Resultados similares se han observado con el uso de anticonceptivos no orales como el parche transdérmico o el anillo vaginal. Algunos autores sugieren el uso combinado incrementando la dosis de lamotrigina. El levetiracetam y la gabapentina escapan a este metabolismo y podrían ser más seguros en mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales.

El uso de DMPA ha demostrado ser útil en las pacientes con epilepsia en tratamiento ya que disminuye la frecuencia de las convulsiones, pero surge un interrogante y es respecto a la pérdida de masa ósea que ya es acelerada en este tipo de mujeres. Al utilizar métodos de progestágeno solo como los implantes subdérmicos se encontró que los niveles de levonorgestrel habían reducido 38% entre tres meses y un año luego de la inserción, incrementando la posibilidad de fallas. Respecto al dispositivo liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) el panorama es diferente ya que su efecto es local y no depende de metabolismo hepático. Al comparar los niveles de SHBG y los patrones de sangrado en mujeres usuarias de DIU-LNG combinado con anticonvulsivantes o no, resultan similares, hecho que refuerza que este método es carente de efectos sistémicos importantes.



Cuál es la mejor alternativa anticonceptiva en mujeres con enfermedad mental

Métodos naturales

Aunque no tienen contraindicación para su uso no se recomiendan en las mujeres con enfermedad mental. En general la eficacia de estos métodos es baja y puede disminuir aún más ya que muchos medicamentos interfieren con mecanismos neuroendocrinos alterando la liberación de gonadotropinas o induciendo la producción de prolactina. De esta manera producen alteraciones en el ciclo menstrual, incluso amenorrea, hecho que hace imposible el cálculo de fechas en un método de estos.

Preservativos

Exceptuando la alergia al látex no existe contraindicación alguna para el uso de preservativos. En general es clasificado como categoría 1. Una dificultad que puede presentarse en este tipo

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

de mujeres es la comprensión para su uso; se debe explicar muy bien estando seguros de que la paciente ha entendido. El preservativo ofrece la ventaja de prevenir contra diversos tipos de ITS.

Anticonceptivos orales combinados

Los anticonceptivos orales combinados se utilizan desde la década de los sesentas y se han formulado millones de ciclos a nivel mundial. Están formados por un componente estrogénico que puede ser etinil estradiol o estradiol asociado a un progestágeno. Son diversas las dosis que existen, así como los esquemas a utilizar. Su mecanismo de acción es tanto central como local. Afectan la secreción de gonadotropinas, impidiendo que haya un pico de LH y disminuyendo la producción de FSH. A nivel local alteran el moco cervical haciéndolo hostil al ingreso de espermatozoides, además de afectar el endometrio para su ascenso y alterando el mecanismo ciliar de las trompas de Falopio. Bien utilizados son altamente efectivos.

Para la mujer con enfermedad mental, trastorno depresivo, TAB e incluso esquizofrenia no existe contraindicación para el uso de anticonceptivos orales combinados. Son considerados categoría 1 pero debe tenerse como limitante la capacidad de comprensión de la mujer ya que para que sean efectivos requieren continuidad en su toma. En aquellos casos en los que se desea evitar fluctuaciones cíclicas en el estado de ánimo se podría usar esquemas extendidos. Cualquier tipo de microdosis combinada con diferentes progestágenos es de utilidad.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, la mayoría de los anticonceptivos orales combinados pueden tener interacción con los medicamentos anticonvulsivantes, por ende, en estas mujeres la situación es diferente. La elección se basará en el tipo de anticonvulsivante utilizado y en muchos casos el anticonceptivo oral será catalogado como categoría 3. En esta categoría se deberán considerar la fenitoína, la carbamazepina, los barbitúricos, la primidona, el topiramato, la oxcarbazepina y la lamotrigina). En caso de otro tipo de anticonvulsivantes, este método puede ser considerado categoría 2.


Anticonceptivos orales de solo progestágenos (POP)

A diferencia de los combinados solo tienen el componente progestacional. Actúan inhibiendo el pico de LH y por ende la ovulación, además de tornar el moco cervical hostil al ingreso de espermatozoides. Uno de los inconvenientes para su uso es que requiere rigurosidad en la toma con un horario estricto, caso contrario puede reanudar la ovulación y haber falla. No tienen ningún período de descanso. La tasa de fallas se aproxima a 9 de cada 100 usuarios.

En el país se dispone de levonorgestrel 0.03 mg, desogestrel 75 mcg y drospirenona 4 mg. Este último ha mostrado ser más eficaz con mejores patrones de sangrado.

Para la mujer con enfermedad mental, es especial trastornos depresivos, los POP deben ser considerados categoría 1.

En el caso de la mujer con epilepsia como se mencionó anteriormente puede existir interacción farmacológica con los anticonvulsivantes. Es por ello que la fenitoína, la carbamazepina, los barbitúricos, la primidona, el topiramato y la oxcarbazepina se consideran categoría 3 mientras que la lamotrigina pasa a ser categoría 1.

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

Anticonceptivos inyectables de solo progestágeno

Aunque a nivel mundial existen diversas presentaciones, en el país se dispone de medroxiprogesterona acetato (DMPA) en ampollas de 150 mg para aplicación trimestral. Produce no solo freno en la producción de gonadotropinas, sino que vuelve el moco cervical hostil y conduce a una atrofia endometrial importante. Estudios reportan que su uso a largo plazo disminuye la masa ósea, efecto que posiblemente es recuperable y que se desconoce el impacto que tiene sobre el riesgo de fracturas. Aunque la tasa de embarazos con este método es muy baja, el retorno de la fertilidad puede tomar hasta 6 meses luego de suspenderlo.

En el caso de la mujer con enfermedad mental o epilepsia no tiene ningún tipo de contraindicación, se considera un método seguro y de fácil uso. Es calificado como categoría 1 y la única preocupación con su uso es la posibilidad de pérdida de masa ósea.

Anticonceptivos inyectables combinados

Son ampollas para uso mensual que contienen tanto estrógenos como progestágenos. Son altamente efectivos y pueden asociarse con irregularidad en el patrón menstrual. En el país existen presentaciones que combinan estradiol y noretisterona, método ampliamente usado por la población adolescente.

No se considera que tenga algún tipo de interacción en la paciente con trastornos mentales como depresión o TAB y la OMS los clasifica como categoría 1. En la mujer con epilepsia, al no tener un primer paso hepático tras su absorción pueden ser usados con tranquilidad y también son considerados categoría 1.

Dispositivo intrauterino tipo T de cobre

Los dispositivos intrauterinos se empezaron a utilizar desde el siglo XIX, pero solo hasta el siglo pasado tuvieron una difusión masiva. Es un medio considerado dentro de los reversibles de larga acción, hoy denominados LARC por sus siglas en inglés. En la actualidad en el país está disponible la T de cobre 380A que hace referencia a la superficie de cobre que se encuentra en sus ramas. En gran parte su mecanismo de acción depende de generar una reacción inflamatoria a nivel endometrial que impide el ascenso de espermatozoides y altera el movimiento ciliar de las trompas de Falopio. Son altamente efectivos con tasas de falla de 1 en cada 1000 mujeres con el uso típico y su uso puede extenderse hasta 10 años. No están exentos de efectos secundarios entre los que se destacan el incremento en la cantidad de sangrado y la aparición de dismenorrea.

Es un método altamente efectivo, que requiere pocas consultas de seguimiento y, por lo tanto, muy recomendable en las mujeres con enfermedad mental. En ninguna condición se considera que tenga contraindicación por la enfermedad de base y se clasifica como categoría 1. Es importante anotar que no provee protección contra ITS.

Implantes subdérmicos

Hacen parte también del grupo de LARC, uno de los más recomendados en la actualidad. Consisten en unas barras de silástico en las que se contiene un progestágeno que se libera en

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

pequeñas cantidades diariamente. Están diseñados para durar entre 3 y 5 años dependiendo del tipo de progestágeno que contienen. Actúan a través de la inhibición del pico de LH y por efecto local sobre el moco cervical y la proliferación endometrial. Son altamente efectivos con tasas de falla menores a 1%.

En la actualidad en el país se dispone de dos tipos, uno que trae dos implantes de 75 mg de levonorgestrel y está diseñado para 5 años (Jadelle®) y otro que posee un implante de etonorgestrel 68 mg (Implanon®), diseñado para 3 años.

No están libres de efectos secundarios, siendo el más importante la irregularidad en el sangrado, apareciendo con frecuencia manchado constante. En ocasiones las mujeres solicitan el cambio de método por esta razón. En algunas mujeres se presenta cefalea y otras refieren aumento de peso. Se ha descrito la aparición de quistes ováricos. Hay que tener en mente que en mujeres obesas el método no está contraindicado, comorbilidad frecuente en la mujer con enfermedades mentales, pero por la distribución del progestágeno la duración del método puede disminuir.

En general se puede afirmar que en la mujer con trastornos mentales como depresión pueden ser usados libremente ya que son considerados categoría 1. Tampoco se encuentran contraindicados en la mujer con epilepsia y tratamiento anticonvulsivo e igualmente se clasifican como categoría 1.

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)


Es otro de los LARC de más reciente aparición que ofrece ventajas para algunas mujeres. Es un dispositivo intrauterino de plástico en forma de T que en su rama vertical tiene un depósito con levonorgestrel que libera diariamente 20 mcg, 17.5 mcg o 14 mcg. Los dos primeros están diseñados para 5 años y el último para 3 años. La absorción sistémica es baja por lo que el mecanismo de acción se basa principalmente en el efecto de los progestágenos sobre el moco cervical y la proliferación endometrial.

La técnica de inserción varía ligeramente respecto a la T de cobre ya que trae una camisa diseñada para tal fin. Es un método muy recomendado en la mujer con trastornos mentales o epilepsia ya que requiere poco control, pero dado el problema de base en ocasiones requiere sedación para lograr una adecuada colocación.

Se asocian a algunos efectos secundarios especialmente alteración del patrón de sangrado. La tasa de amenorrea es alta en el que libera 20 mcg diarios. Algunas mujeres presentan cefalea, aumento de peso. La efectividad es alta y el retorno de la fertilidad es rápido luego de retirar el dispositivo.

Dado que su efecto es local con poca absorción sistémica, no tiene impacto alguno sobre la mujer con enfermedades mentales o epilepsia. Se puede usar sin contraindicaciones diferentes a la población general y en este caso es clasificado como categoría 1.

Métodos definitivos

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 19/07/2023	
		Código: 07-01-PT-0069	

Siempre se debe tener en mente que los métodos definitivos son una alternativa para la mujer con enfermedades mentales. Hay que tener en mente su deseo de futuras gestaciones ya que a pesar de que las tasas de falla son aproximadamente 2 de cada 1000 mujeres, se considera un método definitivo. Existen diversas técnicas para realizar la esterilización femenina que pueden ser consultadas en la guía correspondiente.

Siempre se debe tener en mente que hoy se tutelan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad cognitiva y por lo tanto no se puede realizar el procedimiento si no es con su consentimiento. La información que se dé debe ser en un lenguaje claro y que esté al alcance del nivel intelectual que haya conseguido.

Anticoncepción de emergencia

En todo caso en el que haya relaciones sin protección se debe ofrecer anticoncepción de emergencia. Dado que las dosis usadas son por corto lapso de tiempo cualquiera de los métodos es satisfactorio en estas mujeres. Si no se quisiera usar algún método hormonal se podría recomendar la inserción de un DIU.

5.1. ENFOQUE DIFERENCIAL

El presente documento cumple con el enfoque diferencial de la atención integral a la mujer en edad fértil y a la gestante con algún tipo de enfermedad mental, en los diferentes momentos del curso de vida, enfoque diferencial de la gestante adolescente, reconocimiento de las prácticas culturales heterogéneas, grupos étnicos, religión, identidad de género o nacionalidad, aplicando lineamientos del programa de humanización, respeto a los derechos y deberes.

5.2. TALENTO HUMANO


- Médico especialista en ginecología y obstetricia
- Médico general
- Enfermero (a)
- Auxiliar de enfermería
- Personal de farmacia

5.3. EQUIPOS BIOMEDICOS

No aplica

5.4. MEDICAMENTOS

- Levonorgestrel x 150 mg implante subdermico
- Etilnil estradiol levonorgestrel comprimido x 0.03 mg /0.15 mg
- Acetato de medroxiprogesterona ampolla x 150/ml
- Acetato medroxiprogesterona cipionato de estradiol ampolla x 25 mg/ml
- Levonorgestrel comprimido x0.03 mg

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	19/07/2023	
		Código:	07-01-PT-0069	

- Desogestrel comprimido x 75 mcg
- Drospirenona comprimido x 4 mg

5.5. DISPOSITIVOS MEDICOS

- Preservativo
- Implante subdérmico con levonorgestrel
- Dispositivo intrauterino T de Cu
- Dispositivo intrauterino levonorgestrel

5.6. INSUMOS

- Jeringa x 5 cc
- Guantes estériles

6. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROTOCOLO

SEGUIMIENTO	RESPONSABLE	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	PERIODICIDAD
Autocontrol	Profesionales de salud de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización	Observación y aplicación del protocolo	Continuo
Auditoría interna	Profesionales de apoyo asistencial PAMEC	Lista de verificación	Según programación PAMEC
El presente documento está sujeto a verificaciones externas			

INDICADORES

- Porcentaje de adherencia a protocolo de atención

7. BIBLIOGRAFIA

Taylor HS, Pal L, Seli E. Contraception. En Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Wolters Kluwer (9 ed) 2020.

Ministerio Nacional de Salud, Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud. Tomo I. Componente demográfico. 2015.

Ministerio Nacional de Salud, Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud. Tomo II. Componente de salud sexual y reproductiva. 2015.

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. (3 ed) 2018.

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	19/07/2023	
		Código:	07-01-PT-0069	

Organización Mundial de la Salud. Guía de implementación³ⁿ de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2018.

Robakis, T, Williams KE, Nutkiewicz L, Rasgon NL. Hormonal Contraceptives and Mood: Review of the Literature and Implications for Future Research. *Current Psychiatry Reports* 2019;21: 57.

Posada Correa AM, Andrade Carrillo RA, Suárez Vega DC, Gómez Cano S, Agudelo Arango LG, et al. Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiat* 2020;49(1):15-22.

Ferlini Montealegre SM, Miranda Muñoz MF, Picado Alvarez AD. Depresión: relación con la terapia anticonceptiva hormonal. *Revista Médica Sinergia* 2020;5(1):e333.

Bitzer J, Rapkin A, Soares CN. Managing the risks of mood symptoms with LNG-IUS: a clinical perspective. *Eur J Contraception Reprod Health Care* 2018;23(5):321-325.

Bello JK, Salas J, Meyer D, Heiden-Rootes K, Davis DM, et al. Mental health diagnoses and early removal of long-acting reversible contraception. *J Affective Disorders* 2020;262:333-336.

Brown HK, Kikham YA, Lunskey Y, Cobigo V, Vigod SN. Contraceptive Provision to Postpartum Women With Intellectual and Developmental Disabilities: A Population-Based Cohort Study. *Perspect Sex Reprod Health*. 2018;50(3):93-99.

Callegari LS, Zhao X, Nelson KM, Lehavot K, Bradley KA, et al. Associations of mental illness and substance use disorders with prescription contraception use among women veterans. *Contraception* 2014;90:97-103.

McCloskey LR, Wisner KL, Cattan MK, Betchar HK, Stika CSet al. Contraception for Women With Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* 2021;178(3):247-255.

Nunes FRP, Neves FAD, Geraldes FDPB, Águas Lopes MFR. Contraception in adolescents with intellectual disability. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017;22(6):401-406.

Pagano HP, Zapata LB, Berry-Bibee EN, Nanda K, Curtis KM. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review. *Contraception* 2016;94(6):641-649.

Seeman MV. Prescribing Contraceptives for Women with Schizophrenia. *J Psychiatric Practice* 2011;17(4):258-269.

Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P, Luoto R, Partonen T. Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. *Hum Reprod* 2011;26(11):3085-3093.

van Schroyen Lantman-de Valk HMJ, Rook F, Maaskant MA. The use of contraception by women with intellectual disabilities. *J Intellectual Disability Res* 2011;55(4):434-440.

Wu J, Zhang J, Mitra M, Parish SL, Reddy GKM. Provision of Moderately and Highly Effective Reversible Contraception to Insured Women With Intellectual and Developmental Disabilities. *Obstet Gynecol* 2018;132(3):565-574.

King A, Bachman E, Macken MP, Lee J, Gerar EE. Contraceptive vaginal ring reduces lamotrigine levels. *Epilepsy Behav* 2020;111:107162. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107162.

Bosak M, Cyranka K, Słowik A. Hormonal contraception in patients with epilepsy. *Ginekologia Polska* 2019;90(2):61-65.

Thomas SV. Controversies in contraception for women with epilepsy. *Ann Indian Acad Neurol*. 2015;18(3): 278-283.

	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	19/07/2023	
		Código:	07-01-PT-0069	

Decker, B. et al. Inconsistent reporting of drug–drug interactions for hormonal contraception and antiepileptic drugs – Implications for reproductive health for women with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2021;114: doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107626.

Dutton C, Foldvary-Schaefer N. Contraception in women with epilepsy: pharmacokinetic interactions, contraceptive options, and management. *Int Rev Neurobiol* 2008;83:113-134.

Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. *Contraception* 2011;83:16-29.

Guillemette T, Yount SM. Contraception and antiepileptic drugs. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(3):290-295.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Gynecologic Management of Adolescents and Young Women With Seizure Disorders. *Obstet Gynecol* 2020;135(5):1242-1243.

Herzog AG, Mandel HB, MacEachern DV. Prevalence of highly effective contraception use by women with epilepsy. *Neurology* 2019;92:e2815-e2821.

Rauchenzauner M, Deichmann S, Pittschieler S, Bergmann M, Prieschl M, et al. Bidirectional interaction between oral contraception and lamotrigine in women with epilepsy - Role of progestins. *Seizure* 2020;74:89-92.

Reimers A, Brodtkorb E, Sabers A. Interactions between hormonal contraception and antiepileptic drugs: Clinical and mechanistic considerations. *Seizure* 2015;28:66-70.

Schwenkhagen AM, Stodieck SRG. Which contraception for women with epilepsy? *Seizure* 2008;17:145-150.

Veliskova J. Estrogens and Epilepsy: Why Are We So Excited? *Neuroscientist* 2017;13(1):77-88.

Vieira CS, Pack A, Roberts K, Davis AR. A pilot study of levonorgestrel concentrations and bleeding patterns in women with epilepsy using a levonorgestrel IUD and treated with antiepileptic drugs. *Contraception* 2019;99:251-255.

Zaccara G, Perucca E. Interactions between antiepileptic drugs, and between antiepileptic drugs and other drugs. *Epileptic Disord* 2014;16(4):409-32.

8. ANEXOS

Tabla 2. Clasificación de los diferentes métodos anticonceptivos en la mujer con enfermedad mental o epilepsia según categorías de la OMS

Método	Enfermedad mental	Epilepsia
Preservativos	1	1
Anticonceptivos hormonales combinados	1	3/1
Anticonceptivos orales de solo progestágeno	1	1
Anticonceptivos inyectables de solo progestágeno	1	1
Anticonceptivos inyectables combinados	1	1
Implantes subdérmicos	1	1
DIU liberador de levonorgestrel	1	1
DIU tipo T de cobre	1	1
Esterilización femenina	1	1


	PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	19/07/2023	
		Código:	07-01-PT-0069	

Tabla 3. Efecto de los medicamentos anticonvulsivantes sobre la eficacia anticonceptiva

Disminuye eficacia anticonceptiva	No afecta la eficacia anticonceptiva
Carbamazepina Felbamato Lamotrigina Oxcarbazepina Fenobarbital Fenitoína Primidona Rufinamida Topiramato	Gabapentina Levetiracetam Pregabalina Tiagabina Valproato Vigabatrin Zonisamida

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS		
No	FECHA	CAMBIO
1	26/07/2021	Emisión del protocolo
2	18/07/2023	Ajuste protocolo a formato institucional

REGISTROS ASOCIADOS AL DOCUMENTO
Registro historia clínica, consentimiento informado

CAMPO DE APLICACIÓN
Servicios ambulatorios, hospitalización y urgencias

Lugar y tiempo de Archivo: Según lo definido en TRD (Tabla de retención documental)

Disposición final: Archivo central

	ELABORÓ	REVISÓ	VERIFICACIÓN ESTRUCTURA DOCUMENTAL - CALIDAD	APROBÓ
Nombre y Apellidos:	German Barón Castañeda	Amparo Leonor Ramirez Corredor	Marly Santamaria	Sandra Milena Rozo Mateus
Cargo y/o actividad:	Médico especialista ginecología y obstetricia	Referente ginecobstetricia	Profesional Universitario Calidad	Subgerente de Servicios de Salud
Fecha :	18/07/2023	18/07/2023	19/07/2023	19/07/2023