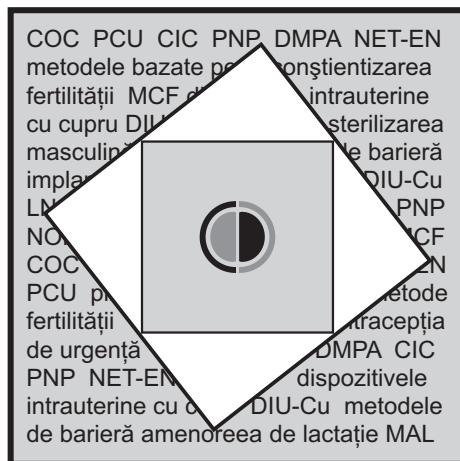


CRITERIILE MEDICALE DE ELIGIBILITATE PENTRU UTILIZAREA CONTRACEPTIVELOR



Ediția a treia, 2004

Publicat de Organizația Mondială a Sănătății în 2004 sub titlul “**Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition**”.

© Organizația Mondială a Sănătății, 2004

Publicațiile Organizației Mondiale a Sănătății beneficiază de protecția drepturilor de autor în conformitate cu prevederile Protocolului 2 al Convenției Universale a Drepturilor de Autor. Toate drepturile sunt rezervate.



Directorul General al Organizației Mondiale a Sănătății a acordat drepturile de traducere pentru ediția în limba română Institutului Est European de Sănătate a Reproducerii, care este singurul responsabil pentru ediția în limba română.



Ediția în limba română a fost realizată cu sprijinul financiar al

UNFPA – Fondul Națiunilor Unite pentru Populație și al

Inițiativei pentru Sănătatea Familiei, parteneriat implementat de Institutul de Cercetare și Formare JSI, cu finanțare din partea Guvernului American prin USAID – Agenția pentru Dezvoltare Internațională a Statelor Unite.



Inițiativa pentru Sănătatea Familiei
în România
Parteneriat finanțat de USAID



Toate drepturile pentru versiunea în limba română sunt rezervate de Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii.

Denumirile folosite și prezentarea materialului în această publicație nu implică exprimarea vreunei opinii din partea Secretariatului Organizației Mondiale a Sănătății referitoare la statutul legal al oricărei țări, teritoriu, oraș sau arie, sau a autorităților acestora, sau referitoare la delimitarea frontierelor sau limitelor acestora. Liniile întrerupte de pe hărți reprezintă linii de frontieră aproximative asupra cărora nu există încă un acord complet.

Menționarea anumitor companii sau denumiri de produse nu implică faptul că ele sunt promovate sau recomandate de Organizația Mondială a Sănătății în mod preferențial față de altele similare care nu sunt menționate în document. Cu excepția erorilor și omisiunilor, numele proprietarilor produselor apar cu prima literă majusculă.

Organizația Mondială a Sănătății nu garantează că informația conținută în această publicație este completă și corectă și nu va fi responsabilă pentru orice daune survenite ca urmare a utilizării ei.

© Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii, 2004

Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii (IEESR) este o organizație non-profit dedicată îmbunătățirii sănătății reproducerii în țările Europei de Est. IEESR efectuează activități de cercetare, instruire, informare, servicii și promovează colaborarea internațională în domeniul sănătății reproducerii. Sediul IEESR este situat în Târgu-Mureș, România.

Editor al versiunii române: Dr. Mihai Horga

Traducere în limba română: Dr. Dana Samu, Dr. Mihaela Ionescu, Dr. Gabriela Daniliuc, Dr. Mihaela Ghemeș, Dr. Mihaela Poenariu

ISBN 973-99531-5-8

Tipărit la SC Tipo Cromatic SRL Târgu-Mureș

Cuprins

Mulțumiri

Rezumat și Privire de ansamblu

Tabele

- Contraceptivele orale combinate cu doză redusă (COC)
- Contraceptivele injectabile combinate (CIC), pastilele (P) și inelul (I)
- Contraceptivele numai cu progestativ (CNP)
- Pilulele contraceptive de urgență (PCU)
- Dispozitivele intrauterine (DIU)
- DIU cu cupru pentru contracepția de urgență (DIU-U)
- Metodele de barieră (BAR)
- Metodele bazate pe conștientizarea fertilității (MCF)
- Metoda amenoreei de lactație (MAL)
- Coitul întrerupt (CI)
- Procedurile de sterilizare chirurgicală (STER)
- Tabele rezumative (SUM)

Anexe

- Anexa 1. COC și terapiile antiretrovirale
- Anexa 2. Lista participanților

Mulumiri

Acest document este rezultatul colaborarii dintre Departamentul de Sanatate si Cercetare a Reproducerii al Organizatiei Mondiale a Sanatatii si un numar mare de agentii si organizatii internationale active în domeniul politicilor si programelor de planificare familiala. Finantarea si sprijinul acestui proiect au fost oferite de catre Guvernul Statelor Unite ale Americii (prin Agentia pentru Dezvoltare Internationala a Statelor Unite, Centrul pentru Prevenirea si Controlul Bolilor si Institutul National pentru Sanatatea Copilului si Dezvoltare Umana), Federatia Internationala a Asociatiilor de Planificare Familiala si Fondul Natiunilor Unite pentru Populatie. Multumim cu recunostinta pentru acest sprijin.

Reprezentantii a 10 agentii si organizatii, împreuna cu 19 alti specialisti, au participat ca experti la întâlnirea în care s-a ajuns la un consens asupra acestor recomandari pentru utilizarea contraceptiei. Dorim sa ne exprimam înalta apreciere fata de toti cei mentionati, pentru oferirea timpului si expertizei lor, care a contribuit la procesul de obtinere a consensului.

Dovezile pe care se bazeaza deciziile din acest document au fost în mare parte obtinute prin recenziile sistematice ale literaturii, efectuate si redactate de catre Dr. K.M. Curtis, Dr. M.E. Gaffield, D-na A.P. Mohlajee, Dr. K. Nanda si Dr. J.S. Smith, care au oferit, de asemenea, un ajutor substantial Secretariatului. Dr. H. Peterson a fost coordonatorul întregului proiect din partea Secretariatului OMS, care i-a inclus pe : D-na K. Church, D-na K. Curran, D-na S. Johnson si D-na G. Lamptey. D-na C. Hamill, care a facut si ea parte din Secretariat, a contribuit substantial la întâlnire si a fost responsabila cu design-ul si aranjarea în pagina a publicatiei. D-na M. NíMhearáin a fost responsabila cu design-ul copertei. Dorim sa exprimam înalta apreciere fata de toti cei mentionati aici, precum si fata de Dr. L. Edouard, Dr. C. Huezio si Dr. J. Shelton pentru sprijinul important acordat acestei lucrari.

Suntem recunoscatori urmatoarelor specialisti care au revizuit Sistemul de Identificare Continua a Dovezilor Cercetarii (Continuous Identification of Research Evidence sau CIRE): Dr. T. Chipato, Dr. P. Corfman, Dr. M. Cravioto, Dr. V. Cullins, Dr. J. Diaz, Dr. S. Diaz, Dr. A. Glasier, Dr. J. Guillebaud, Dr. M. Gulmezoglu, Dr. K. Hagenfeldt, Dr. P. Hannaford, Dr. R. Hatcher, Dr. C. Huezio, Dr. V. Jennings, Dr. P. Lynam, Dr. P. Marchbanks, Dr. O. Meirik, Dr. S. Mittal, Dr. K. Nanda, Dr. E. Otolorin, Dr. A. Pollack, Dr. H. Rees, Dr. R. Rivera, Dr. D. Skegg, Dr. C. Smith, Dr. B. Sood si Dr. E. Weisberg.

Mulumim Fondului Natiunilor Unite pentru Populatie pentru finantarea partiala a tiparii si distribuirii acestei publicatii.

Pentru alte informatii referitoare la versiunea originala a acestei publicatie, va rugam sa contactati Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: + 41 22 791 4189; e-mail: reproductivehealth@who.int

Copii ale versiunii originale pot fi obtinute de la Centrul de Documentare al Organizatiei Mondiale a Sanatatii, Departamentul de Sanatate a Reproducerii si Cercetare, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: + 41 22 791 4189, telefon: + 41 22 791 4447; e mail: rhrpublications@who.int . Documentul este disponibil si pe site-ul OMS referitor la sanatatea reproducerii, la adresa www.who.int/reproductive-health. Orice informatie noua aparuta în acest document va apare initial pe acest site.

Mulumim Biroului din Romania al UNFPA - Fondul Natiunilor Unite pentru Populatie, precum si Initiativei pentru Sanatatea Familiei, parteneriat implementat de Institutul de Cercetare si Formare JSI cu finantare din partea Guvernului American prin USAID (Agentia pentru Dezvoltare Internationala a Statelor Unite) pentru sprijinul financiar acordat realizarii si tiparii versiunii în limba româna a acestui document.

Mulumim referentilor versiunii în limba româna: Prof. Dr. Bogdan Marinescu, Dr. Doina Bologa, Dr. Borbala Koo pentru activitatea depusa.

Pentru alte informatii referitoare la acest document, va rugam sa contactati Institutul Est European de Sanatate a Reproducerii, Str. Moldovei 1, 540493 Târgu-Mures.

Copii ale versiunii în limba româna a acestui document pot fi obtinute de la Centrul de Documentare al Institutului Est European de Sanatate a Reproducerii.

Fax: 00 40 65 255370; e-mail: office@eeirh.org

Rezumat	1
Privire de ansamblu	2
Scop	3
Context.....	3
Asistența în sănătatea reproducerii și sexualității	3
Aspecte ale calității și accesului la servicii care afectează utilizarea metodelor contraceptive	4
Eficiența metodelor contraceptive	5
Afecțiunile care expun femeia la un risc crescut ca rezultat al sarcinii neplanificate	8
Revenirea fertilității	8
Infecțiile transmise sexual (ITS) și contracepția: protecția dublă	9
Metoda de lucru	9
Cum se utilizează acest document	11
Utilizarea tabelor.....	11
Categoriile de clasificare.....	12
Utilizarea categoriilor în practică.....	13
Implicații programatice	13
Pacienții cu nevoi speciale	14
Adolescenții	14
Sumarul modificărilor față de ediția a doua	15

Rezumat

Acest document reprezintă un pas important în procesul de îmbunătățire a accesului la asistență de calitate în planificarea familială, prin revizuirea criteriilor medicale de eligibilitate pentru selectarea metodelor de contracepție. Documentul actualizează a doua ediție a lucrării *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use*, publicată în 2000 și sumarizează principalele recomandări ale întâlnirii Grupului de Lucru al experților reunit la sediul din Geneva al Organizației Mondiale a Sănătății între 21-24 octombrie 2003 (vezi Anexa 2 pentru lista participanților). Grupul de Lucru a reunit 36 participanți din 18 țări, inclusiv reprezentanți ai multor agenții și organizații internaționale. Documentul oferă recomandări pentru criteriile medicale adecvate de eligibilitate, pe baza ultimelor date clinice și epidemiologice și este conceput pentru utilizare de către decidenți, manageri de programe de planificare familială și comunitatea științifică. El este conceput pentru a oferi îndrumări programelor naționale de planificare familială/sănătatea reproducerii în scopul dezvoltării ghidurilor pentru furnizarea serviciilor de contracepție. El nu trebuie considerat sau utilizat ca un ghid în sine, ci ca un material de referință.

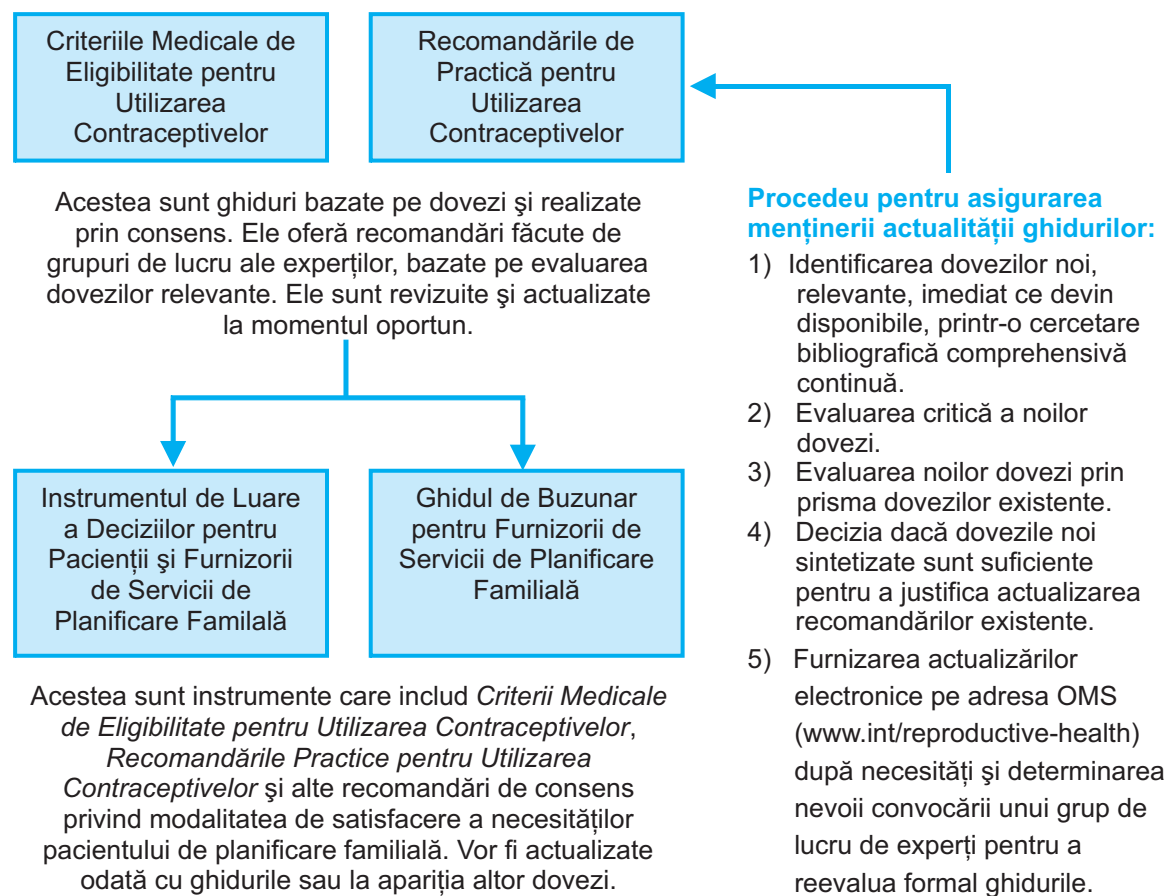
Documentul tratează următoarele metode de planificare familială: contraceptivele orale combinate cu doză redusă (COC), contraceptivele injectabile combinate (CIC), pastilele contraceptive combinate (P), inelul vaginal contraceptiv combinat (I), pilulele numai cu progestativ (PNP), medroxiprogesteron acetat depozit (DMPA), noretisteron enantat (NET-EN), implantele cu levonogestrel (LNG) și etonogestrel (ETG), pilulele contraceptive de urgență (PCU), dispozitivele intrauterine cu cupru (DIU-Cu), dispozitivele intrauterine cu eliberare de levonogestrel (DIU-LNG), dispozitivele intrauterine cu cupru pentru contracepția de urgență (DIU-U), metodele de barieră (BAR), metodele bazate pe conștientizarea fertilității (MCF), coitul întrerupt (CI), metoda amenoreei de lactație (MAL) și sterilizarea feminină și masculină (STER).

La intervale potrivite, OMS va actualiza și va aduce adăugiri la recomandările din acest document prin intermediul întâlnirilor Grupului de Lucru al experților, reunit la interval de 3 sau 4 ani, și cu ajutorul datelor furnizate de Grupul de Coordonare a Ghidurilor, după necesități. Aceste recomandări vor fi făcute disponibile pe site-ul OMS (www.who.int/reproductive-health). Site-ul va oferi și informații adiționale, considerate de OMS ca fiind relevante pentru aceste recomandări, până la următoarea întâlnire formală a Grupului de Lucru. Astfel de actualizări pot fi în mod particular necesare pentru subiecte referitoare la care dovezile se pot schimba rapid. OMS încurajează cercetarea pentru înțelegerea aspectelor cheie nerezolvate, în scopul stabilirii criteriilor medicale de eligibilitate pentru utilizarea contracepției. De asemenea, OMS așteaptă comentarii și sugestii pentru îmbunătățirea acestui ghid.

Privire de ansamblu

În anul 1999, OMS a revizuit ghidurile sale pentru planificare familială și a ajuns la concluzia că este necesară crearea unor noi ghiduri de planificare familială bazate pe dovezi. În consecință, OMS a inițiat o nouă serie de ghiduri de planificare familială bazate pe dovezi, începând cu ediția a doua a *Criteriilor Medicale de Eligibilitate pentru Utilizarea Contraceptivelor*, publicată în anul 2000. Primele două documente de bază ale acestei serii bazate pe dovezi (Figura 1) sunt acest document, *Criteriile Medicale de Eligibilitate pentru Utilizarea Contraceptivelor*, care indică "cine" poate utiliza în siguranță metode contraceptive și *Recomandările de Practică pentru Utilizarea Contraceptivelor*, care oferă indicații despre "cum" se utilizează metodele contraceptive în siguranță și eficient. Aceste două documente oferă o îndrumare bazată pe dovezi pentru a alege (*Criteriile Medicale de Eligibilitate pentru Utilizarea Contraceptivelor*) și a utiliza (*Recomandările de Practică pentru Utilizarea Contraceptivelor*) metodele contraceptive. Al treilea și respectiv al patrulea document, un instrument pentru luarea deciziilor pentru pacienții și furnizorii de servicii de planificare familială și ghid de buzunar pentru furnizorii de servicii de planificare familială, sunt în curs de redactare ca instrumente practice pentru îmbunătățirea calității consilierii și serviciilor de planificare familială oferite. Aceste două instrumente încorporează *Criteriile Medicale de Eligibilitate pentru Utilizarea Contraceptivelor* și *Recomandările de Practică pentru Utilizarea Contraceptivelor*. Toate cele patru documente de bază trebuie în mod optim interpretate și utilizate în contextul mai larg al asistenței în sănătatea reproducerii și sexualității.

Figura 1. Cele patru documente de bază pentru îndrumarea în planificarea familială



Scop

Scopul acestui document este de a furniza decidenților și comunității științifice un set de recomandări care pot fi utilizate pentru realizarea și revizuirea ghidurilor naționale referitoare la criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor.

Documentul nu oferă ghiduri rigide, ci mai degrabă recomandări care oferă o bază pentru raționalizarea furnizării diferitelor contraceptive prin prisma celor mai la zi informații disponibile referitoare la siguranța metodelor pentru persoanele care prezintă diverse stări de sănătate.

Deoarece situația locală a unei țări și mediul în care se desfășoară un program variază mult, este neadecvată impunerea unor ghiduri internaționale ferme privind criteriile utilizării contraceptivelor. Totuși, se așteaptă ca programele naționale să utilizeze prezentele ghiduri pentru actualizarea sau dezvoltarea propriilor ghiduri de eligibilitate pentru contracepție, prin prisma politicilor naționale de sănătate, a necesităților, priorităților și resurselor. Intenția este de a sprijini îmbunătățirea accesului la servicii de planificare familială și a calității acestora. Aceste îmbunătățiri trebuie făcute în contextul alegerii informate și siguranței medicale a utilizatorului. Adaptarea nu este întotdeauna o sarcină ușoară și poate fi cel mai bine făcută de cei care sunt bine informați în privința stării de sănătate, comportamentului și culturii.

Context

În ultimii 30 de ani s-au făcut progrese semnificative în dezvoltarea noilor tehnologii contraceptive, inclusiv trecerea de la contraceptivele orale combinate cu doză crescută la cele cu doză redusă și de la DIU inerte la DIU cu cupru și DIU cu eliberare de levonorgestrel. În plus, au fost introduse contraceptivele injectabile combinate, un plasture și un inel vaginal hormonal combinat, precum și preparate injectabile și implanturi numai cu progesteron. Totuși, în unele țări, politicile actuale și practica asistenței medicale se bazează pe studii științifice referitoare la unele preparate contraceptive care nu se mai utilizează pe scară largă, pe temeri teoretice îndelungate care nu au fost dovedite niciodată, sau pe preferința sau înclinația personală a furnizorilor de servicii. Consecința acestor politici sau practici învechite este adesea limitarea atât a calității cât și a accesului pacienților la serviciile de planificare familială. Acest document este conceput pentru a actualiza criteriile medicale de eligibilitate utilizate la furnizarea tuturor contraceptivelor hormonale, dispozitivelor intrauterine, metodelor de barieră, metodelor bazate pe conștientizarea fertilității, coitului întrerupt, metodei amenoreei de lactație, sterilizării feminine și masculine și contracepției de urgență.

Asistența în sănătatea reproducerii și sexualității

”Drepturile în domeniul reproducerii cuprind anumite drepturi ale omului deja recunoscute în legislațiile naționale, în documentele internaționale referitoare la drepturile omului și în alte documente de consens relevante. Aceste drepturi se bazează pe recunoașterea dreptului fundamental al tuturor cuplurilor și indivizilor de a decide liber și responsabil asupra numărului de copii, intervalului dintre nașteri și momentului nașterii și de a avea informațiile și mijloacele să facă acest lucru, și dreptul de a atinge cel mai înalt standard al sănătății sexuale și reproductive.” (paragraful 95, Platforma pentru Acțiune a Conferinței de la Beijing, 1995)

Asistența în sănătatea reproducerii și sexualității, incluzând serviciile și informațiile de planificare familială, este recunoscută nu doar ca o intervenție activă esențială pentru îmbunătățirea sănătății femeilor și copiilor, dar și ca un drept al omului. În procesul de selectare a metodelor de planificare familială toți indivizii au dreptul de a avea acces, de a alege și de a beneficia de progresul științific. O abordare pe baza drepturilor omului a furnizării contracepției implică o imagine cuprinzătoare a pacientului, care include luarea în considerare a nevoilor acestuia în domeniul sănătății reproducerii și sexualității și evaluarea tuturor criteriilor adecvate de eligibilitate în scopul sprijinirii lui să aleagă și să utilizeze o metodă de planificare familială.

Deși acest document tratează în principal criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor, trebuie luate în considerare și considerentele sociale, comportamentale și alte criterii nemedicale, în special preferința pacientului. Pentru a oferi pacienților posibilitatea alegerii contraceptivelor într-o manieră care respectă și îndeplinește aspectele legate de drepturile omului, este nevoie de o conduită care să le permită să facă o alegere informată. Totuși, alegerea făcută de femei este deseori impusă sau limitată de factori direcți sau indirecti de natură socială, economică sau culturală. Din punctul de vedere al femeii, alegerea este făcută într-un anumit moment, într-un anumit context social și cultural; alegerea este complexă, multifactorială și se poate schimba. Procesul de alegere a metodelor de contracepție necesită de obicei evaluarea comparativă a diferitelor metode, iar avantajele și dezavantajele anumitor metode contraceptive variază în funcție de împrejurări, percepții și interpretări individuale.

Furnizarea serviciilor în concordanță cu drepturile omului și cu cele în domeniul reproducerii ale pacientului este fundamentală pentru calitatea serviciilor oferite. Dezvoltarea unor norme internaționale referitoare la criteriile medicale de eligibilitate și recomandările practice pentru utilizarea contraceptivelor reprezintă doar un aspect al îmbunătățirii calității serviciilor de sănătate a reproducerii. Multe programe de planificare familială au inclus proceduri de screening, tratament și urmărire care reflectă standarde înalte de sănătate publică și practică clinică, dar care nu trebuie considerate cerințe de eligibilitate pentru anumite metode contraceptive. Aceste proceduri includ screening-ul și tratamentul cancerului de col, anemiei și infecțiilor transmisibile sexual (ITS), promovarea alăptării la sân și abandonarea fumatului. Asemenea proceduri trebuie încurajate ferm dacă sunt disponibile resursele umane și materiale pentru realizarea lor, dar nu trebuie considerate obligatorii pentru acceptarea și utilizarea metodelor de planificare familială atunci când ele nu sunt necesare stabilirii eligibilității pentru utilizarea sau continuarea unei anumite metode.

Aspecte ale calității și accesului la servicii care afectează utilizarea metodelor contraceptive

Deși acest document tratează în principal criteriile medicale de eligibilitate, există multe alte considerente pentru furnizarea adecvată a metodelor contraceptive, incluzând următoarele criterii de furnizare a serviciilor, care sunt relevante pentru inițierea și urmărirea utilizării tuturor metodelor contraceptive.

- a) Pacienților trebuie să li se ofere informații adecvate pentru a face o alegere informată, voluntară a unei metode contraceptive. Informațiile oferite pacienților pentru a-i ajuta să facă această alegere trebuie să includă cel puțin: înțelegerea eficienței relative a metodei, utilizarea corectă a metodei, mecanismul său de acțiune, efectele secundare

obișnuite, riscurile pentru sănătate și beneficiile metodei, semnele și simptomele care ar necesita revenirea la cabinet, informații despre revenirea fertilității după abandonarea metodei și informații despre protecția împotriva ITS.

- b) Pentru acele metode care necesită abordare chirurgicală, prescriere a mărimii, inserție și/sau extragere de către un furnizor de servicii instruit (sterilizarea, implantele, DIU, diafragmele, cupolele cervicale), trebuie să fie disponibile personalul corect instruit și cabinetele dotate adecvat pentru oferirea lor și trebuie respectate procedurile corecte de prevenire a infecțiilor.
- c) Este necesar să se asigure întreținerea adecvată și menținerea permanentă a unor stocuri de rezervă de echipamente și produse consumabile (de exemplu contraceptive, echipamente și produse pentru procedurile de prevenire a infecțiilor).
- d) Furnizorii de servicii trebuie să aibă la dispoziție ghiduri (sau fișe pentru pacienți sau alte mijloace pentru screening) care să le permită să facă un screening corect al pacienților pentru afecțiunile în care utilizarea anumitor metode contraceptive ar implica riscuri inacceptabile pentru sănătate.
- e) Furnizorii de servicii trebuie să fie instruiți pentru oferirea consilierii în planificare familială pentru a ajuta pacienții să ia decizii voluntare și informate privitoare la fertilitatea lor. Consilierea este un element esențial al calității serviciilor și este de asemenea o parte importantă a vizitelor de inițiere a metodei și de urmărire. Ea trebuie să răspundă nevoilor pacienților nu doar în privința contracepției, ci și a sexualității și prevenirii ITS, inclusiv a infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV).

Eficiența metodelor contraceptive

Alegerea unui contraceptiv depinde parțial de eficiența metodei contraceptive în prevenirea sarcinii neplanificate. Aceasta este, la rândul ei, dependentă pentru unele metode nu numai de protecția conferită de metoda în sine, ci și de consecvența și corectitudinea utilizării ei. Tabelul 1 compară procentul de femei care au o sarcină nedorită pe parcursul primului an de utilizare perfectă (consecventă și corectă) a metodei contraceptive și, respectiv utilizarea ei tipică. Atât consecvența cât și corectitudinea utilizării pot varia mult în funcție de anumite caracteristici ca vârsta, venitul, dorința utilizatoarei de a preveni sau amâna sarcina și nivelul său de cultură. Metodele care depind de consecvența și corectitudinea utilizării de către pacienți au o eficiență variabilă larg. Majoritatea femeilor și bărbaților tind să obțină o eficiență a utilizării mai mare pe măsură ce dobândesc experiență în acest sens. De asemenea, aspectele programatice au și ele un efect important asupra eficienței utilizării metodei.

Tabelul 1. Procentul de femei care au o sarcină nedorită pe parcursul primului an de utilizare și procentul utilizării continue la sfârșitul primului an, Statele Unite ale Americii.

Metoda (1)	% de femei care au o sarcină nedorită pe parcursul primului an de utilizare		% de femei care utilizează continuu după 1 an ³
	Utilizarea tipică ¹ (2)	Utilizarea perfectă ² (3)	(4)
Nici o metodă ⁴	85	85	
Spermicide ⁵	29	18	42
Coitul întrerupt	27	4	43
Abstinența periodică	25		51
Metoda calendarului		9	
Metoda ovulației		3	
Metoda simptomtermală ⁶		2	
Post-ovulație		1	
Cupola ⁷			
Femei multipare	32	26	46
Femei nulipare	16	9	57
Buretele			
Femei multipare	32	20	46
Femei nulipare	16	9	57
Diafragma ⁷	16	6	57
Prezervativul ⁸			
Feminin (Reality)	21	5	49
Masculin	15	2	53
Pilula combinată și minipilula	8	0,3	68
Plasturele hormonal combinat (Evra)	8	0,3	68
Inelul vaginal hormonal combinat (NuvaRing)	8	0,3	68
DMPA (Depo-Provera)	3	0,3	56
Injectabile combinate (Lunelle)	3	0,05	56
DIU			
ParaGard (T cupru)	0,8	0,6	78
Mirena (LNG-IUS)	0,1	0,1	81
Implanturi cu LNG (Norplant și Norplant-2)	0,05	0,05	84
Sterilizare feminină	0,5	0,5	100
Sterilizare masculină	0,15	0,10	100

Pilulele contraceptive de urgență: tratamentul inițiat pe parcursul primelor 72 de ore după contactul sexual neprotejat reduce riscul sarcinii cu cel puțin 75%.

Metoda amenoreei de lactație: este o metodă de contracepție *temporară* foarte eficientă.⁹

Sursă: Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Steward F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. Contraceptive Technology: Eighteen Revised Edition. New York NY : Ardent Media, 2004.

Notă: Acest tabel a fost adaptat după documentul sursă, prin schimbarea titlului, a denumirii comerciale a metodelor cu denumiri generice și prin modificarea notelor de subsol.

Note:

- ¹ Dintre cuplurile *tipice* care încep utilizarea unei metode (nu neapărat pentru prima dată), procentul celor care au avut o sarcină accidentală pe parcursul primului an, dacă nu încetează utilizarea pentru nici un alt motiv. Estimările probabilității sarcinii pe parcursul primului an de utilizare tipică a spermicidelor, coitului întrerupt, abstenenței periodice, diafragmei, prezervativului masculin, pilulei și Depo-Provera sunt extrase din National Survey of Family Growth, ediția 1995, corectate datorită subraportării numărului de avorturi; vezi sursa originală (Trussell J, 2004) citată mai sus pentru originea estimărilor celorlalte metode.
- ² Dintre cuplurile care încep utilizarea unei metode (nu neapărat pentru prima dată), și care o utilizează perfect (atât consecvent cât și corect), procentul celor care au avut o sarcină accidentală pe parcursul primului an, dacă nu încetează utilizarea pentru nici un alt motiv; vezi sursa originală (Trussell J, 2004) citată mai sus pentru originea estimărilor pentru fiecare metodă.
- ³ Dintre cuplurile care încearcă să evite sarcina, procentul celor care continuă să utilizeze o metodă timp de 1 an.
- ⁴ Procentul celor care rămân însărcinate, redat în coloanele (2) și (3), se bazează pe date referitoare la populația care nu utilizează contracepția și, respectiv, la femeile care încetează utilizarea contracepției pentru a deveni însărcinate. În populații care nu utilizează contracepție, aproximativ 89% rămân însărcinate în primul an. Această estimare a fost ușor scăzută (la 85%) pentru a reprezenta procentul celor care ar rămâne însărcinate în primul an, dintre femeile care se bazează curent pe metode reversibile de contracepție, dacă ar abandona complet contracepția.
- ⁵ Spume, creme, geluri, ovule și filme vaginale.
- ⁶ Metoda mucusului cervical (ovulația) suplimentată de calendar în faza pre-ovulatorie și de temperatura bazală în faza post-ovulatorie.
- ⁷ Cu cremă sau jeleu spermicid.
- ⁸ Fără spermicide.
- ⁹ Totuși, pentru a menține o protecție eficientă față de sarcină, trebuie utilizată o altă metodă contraceptivă imediat după revenirea menstruației, în momentul reducerii frecvenței și duratei alăptării, în momentul introducerii alimentației artificiale, sau când copilul împlinește 6 luni.

Afecțiunile care expun femeia la un risc crescut ca rezultat al sarcinii neplanificate

Femeile care prezintă afecțiuni care ar putea face ca sarcina să constituie un risc inacceptabil pentru sănătate trebuie informate că există posibilitatea ca, datorită ratelor de eșec relativ mai mari la utilizarea obișnuită, aplicarea metodelor de barieră ca unică metodă de contracepție și a metodelor de contracepție bazate pe comportament să nu fie cea mai adecvată alegere pentru ele. Aceste afecțiuni sunt prezentate în Tabelul 2.

Tabelul 2. Afecțiunile care expun femeia la un risc crescut ca rezultat al sarcinii neplanificate

Cancer de sân

Valvulopatie complicată

Diabet: insulino-dependent, cu nefropatie/retinopatie/neuropatie sau altă afectare vasculară, sau cu durată de peste 20 de ani

Cancer endometrial sau ovarian

Hipertensiune arterială (sistolice >160mmHg sau diastolică >100mmHg) †

Infecție cu HIV/SIDA*

Cardiopatie ischemică

Boală trofoblastică gestațională malignă

Tumori hepatice maligne (hepatoame)

Schistosomiază cu fibroză hepatică

Ciroză formă gravă (decompensată)

Anemie falciformă manifestă

Infecții transmise sexual*

Accident vascular cerebral

Mutații trombogenice

Tuberculoză

† În acest document măsurătorile tensiunii arteriale sunt date în mm/Hg. Pentru a le transforma în kPa se înmulțește cu 0,13333. De exemplu, 120/80 mm Hg = 16,0/10,7 kPa.

* Protecția dublă este ferm recomandată pentru a proteja de HIV/SIDA și alte ITS atunci când există risc de a fi transmise. Acest lucru poate fi realizat fie prin utilizarea prezervativului în combinație cu alte metode, fie prin utilizarea consecventă și corectă doar a prezervativului.

Revenirea fertilității

Utilizarea metodelor contraceptive, cu excepția sterilizării masculine și feminine, nu produce o modificare ireversibilă a fertilității. Revenirea fertilității după încetarea utilizării este imediată la toate metodele, cu excepția DMPA și NET-EN; mediana întârzierii în revenirea fertilității în cazul acestor metode este de 10 și respectiv 6 luni de la data ultimei injecții, indiferent de durata utilizării lor. Sterilizarea masculină și feminină trebuie privite ca metode definitive și toți cei care iau în considerare această metodă, fie individual, fie în cuplu, ar trebui informați în această privință. Nici o altă metodă nu produce infertilitate definitivă.

Infecțiile transmise sexual (ITS) și contracepția: protecția dublă

Deși dezvoltarea unor norme internaționale pentru furnizarea contracepției este esențială pentru calitatea serviciilor, trebuie luat, de asemenea, în considerare contextul social, cultural și comportamental al fiecărui pacient. În această privință, problemele referitoare la expunerea la ITS, inclusiv HIV, merită considerații speciale datorită importanței egale a prevenirii atât a sarcinii, cât și a transmiterii infecției. Când există un risc de transmitere a ITS/HIV, este important ca furnizorii de servicii de sănătate să recomande ferm tuturor persoanelor care au un risc semnificativ **protecția dublă**, fie prin utilizarea simultană a prezervativelor cu alte metode, fie prin utilizarea corectă și consecventă numai a prezervativelor pentru prevenirea atât a sarcinii cât și a infecției. Femeilor și bărbaților care cer sfaturi despre contracepție trebuie să li se amintească întotdeauna despre importanța utilizării prezervativului pentru prevenirea transmiterii ITS/HIV, iar folosirea prezervativului trebuie încurajată și facilitată unde este cazul. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex sunt foarte eficiente împotriva ITS/HIV atunci când sunt utilizate corect și consecvent.

Metoda de lucru

Acest document se bazează pe un proces inițiat în 1994, care a culminat în 1996 prin publicarea documentului Îmbunătățirea accesului la asistență de calitate în planificarea familială: Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor (*Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use*). În procesul inițial, care a fost dezvoltat pentru a ajunge la un consens privind criteriile de eligibilitate adecvate pentru metodele contraceptive larg utilizate, mai multe agenții și organizații internaționale au colaborat la realizarea unei analize aprofundate a dovezilor științifice epidemiologice și clinice relevante pentru criteriile medicale de eligibilitate a metodelor contraceptive bine fundamentate. Procesul a implicat compararea criteriilor de eligibilitate utilizate de diferite agenții pentru diferitele contraceptive, pregătirea unor recenzii ale datelor epidemiologice și clinice din literatura relevantă pentru criteriile medicale de eligibilitate, și pregătirea unei schițe de clasificare în scopul revizuirii de un grup mai larg de experți și agenții. Organizația Mondială a Sănătății a organizat două întâlniri ale unor Grupuri de Lucru de Experți în martie 1994 și mai 1995 pentru a revizui clasificările de bază și a formula recomandări; documentul a fost publicat în anul 1996.

Această primă revizuire a documentului publicat în 1996 s-a bazat pe recomandările unei întâlniri a Grupului de Lucru al experților, care a avut loc la sediul Organizației Mondiale a Sănătății între 8-10 martie 2000, reunind 32 de participanți din 17 țări, inclusiv reprezentanți ai multor agenții și organizații internaționale. Grupul de Lucru a trecut în revistă dovezile științifice noi, apărute după întâlnirile Grupurilor din 1994 și 1995. Aceste dovezi noi au fost obținute în principal prin recenzia sistematică a celor mai recente publicații, care a identificat și rezumat datele științifice nou apărute, relevante pentru criteriile medicale de eligibilitate a metodelor contraceptive.

Cea de-a treia ediție a documentului se bazează pe recomandările întâlnirii unui Grup de Lucru al experților, care a avut loc la sediul OMS între 21-24 octombrie 2003, reunind 36 de participanți din 18 țări, inclusiv reprezentanți ai multor agenții și organizații internaționale. Grupul a fost alcătuit din experți în planificarea familială internațională, incluzând: clinicieni, epidemiologi, decidenți și experți în programe. Grupul a inclus și experți în identificarea și sinteza dovezilor și utilizatori ai ghidului. Pentru această ediție a fost înființat un Grup de

Coordonare a Ghidurilor. Tuturor membrilor Grupului de Lucru li s-a cerut să declare posibile conflicte de interese și nu a fost raportat nici un caz.

Utilizând un sistem de identificare dinamică a noilor dovezi (Identificarea Continuă a Dovezilor Cercetării/ Continuous Identification of Research Evidence sau CIRE, www.inforhealth.org/cire/cire_pub.pl), OMS a identificat 151 recomandări curente pentru care erau disponibile noi dovezi față de ediția a doua. În această a treia ediție, OMS a decis și dezvoltarea unor recomandări pentru 3 noi afecțiuni și 3 noi metode contraceptive. Au fost efectuate recenzii sistematice pentru evaluarea întregului grup de dovezi privind aceste 151 recomandări, noile afecțiuni și noile metode. O cercetare comprehensivă, sistematică în bazele de date bibliografice, cum ar fi MEDLINE, a evidențiat toate studiile primare apărute până în luna august 2003, care au descris utilizarea metodelor contraceptive de către femei cu anumite afecțiuni (de exemplu: riscul de atac vascular cerebral la femeile cu migrene, care folosesc contraceptive orale combinate). Scopul acestor revizii sistematice a fost identificarea probelor directe privind justificarea utilizării metodelor contraceptive de către femei cu anumite afecțiuni. Atunci când dovezile directe, deși căutate, nu au fost disponibile, au fost obținute informații bazate pe dovezi indirecte sau considerente teoretice pentru aceste recomandări. Puterea și calitatea acestor dovezi a fost cuantificată utilizând sistemul Gradelor de Apreciere, Dezvoltare și Evaluare a Recomandărilor (Grades of Recommendation Assessment, Development, and Evaluation sau GRADE, www.gradeworkinggroup.org). Pe măsură ce fiecare recomandare relevantă a fost evaluată, gradarea dovezilor a fost pusă la dispoziția Grupului de Lucru. Aspecte privind costul au fost luate în considerare în termenii disponibilității și accesului la serviciile contraceptive, precum și ai posibilelor constrângeri privind resursele. Grupul de Lucru a luat în considerare și implicațiile programatice ale recomandărilor. Recomandările privesc în primul rând aspecte legate de siguranță, iar aceste aspecte au fost luate în considerare prin prisma aplicabilității lor în diverse situații.

Pentru majoritatea recomandărilor (combinații metodă/afecțiune) există un număr limitat de studii care se referă la utilizarea unei metode specifice de către femeile care au o anumită afecțiune. De aceea, cele mai multe din deciziile privitoare la criteriile de eligibilitate utilizând dovezi au fost bazate, deseori din necesitate, atât pe extrapolări pornind de la studii care au inclus în principal femei sănătoase, cât și pe considerente teoretice și pe opinii ale experților. Dovezile științifice au fost limitate în mod special în cazul produselor noi și al celor cu utilizare limitată. Dovezile științifice luate în considerare de către Grupul de Lucru au inclus:

- dovezi bazate pe studii sau observații directe ale metodelor contraceptive utilizate de femei (sau bărbați) prezentând respectiva stare;
- dovezi derivate din efectele metodei contraceptive utilizate de femei (sau bărbați) care nu prezintă respectiva stare;
- dovezi indirecte sau temeri teoretice bazate pe studii pe modele animale adecvate, studii de laborator pe subiecți umani sau situații clinice analoge.

În situațiile în care Grupul de Lucru a avut la dispoziție o recenzie sistematică a dovezilor pentru a face o recomandare, dovada este citată în document alături de recomandare. Recomandările pentru care nu este citată nici o dovadă au fost bazate pe opinia experților și/sau dovezi obținute din alte surse decât reviziile sistematice. După cum este precizat mai jos, peste 1000 dintre recomandările din această ediție sunt nemodificate față de cele din prima ediție. Dovezile pentru prima ediție au fost oferite Grupului de Lucru, reunit în anii 1994 și 1995, într-o serie de documente de sinteză pregătite pentru proiect.

Cea de-a doua ediție a inclus 1287 recomandări. Acestea sunt utilizate global, pe scară largă, și de aceea OMS a hotărât că orice modificare trebuie să fie bazată pe noi dovezi, dacă nu există nici un motiv convingător pentru a acționa în alt fel. Grupul de Coordonare a Ghidurilor, întâlnit în data de 21 octombrie 2003, a propus ca Grupul de Lucru al experților să ia în considerare doar acele recomandări din ediția a doua pentru care existau dovezi noi sau pentru care exista un motiv convingător. Grupul de Lucru a fost de acord cu această propunere în data de 22 octombrie și, astfel, restul întâlnirii s-a concentrat pe cele 151 recomandări curente, 3 afecțiuni noi și 3 metode contraceptive noi.

Grupul de Lucru a avut sarcina de a determina criteriile de eligibilitate pentru fiecare afecțiune și metodă contraceptivă, prin selectarea unei categorii (de la 1 la 4, conform descrierii de mai jos). Acolo unde Grupul de Lucru a hotărât că este necesară îndrumare suplimentară la o categorie, aceasta a fost oferită ca o "Clarificare". Acolo unde a fost luată în considerare o nouă dovadă de către Grupul de Lucru, aceasta a fost rezumată și prezentată sub denumirea de "Dovadă" în coloana denumită "Clarificări/Dovezi". În plus față de clarificările și rezumatele dovezilor, la sfârșitul fiecărei secțiunii referitoare la o metodă contraceptivă au fost prezentate de către Secretariatul OMS comentarii adiționale pentru anumite metode/stări.

Lista finală de 1705 recomandări a fost aprobată de toți membrii Grupului de Coordonare a Ghidurilor și de Grupul de Lucru la sfârșitul întâlnirii din 24 octombrie 2003.

Cum se utilizează acest document

Acest document este conceput pentru utilizare de către decidenți, manageri de programe de planificare familială și comunitatea științifică. El este conceput pentru a oferi îndrumări programelor naționale de planificare familială/sănătatea reproducerii în scopul dezvoltării ghidurilor pentru furnizarea serviciilor de contracepție. El nu trebuie considerat sau utilizat ca un ghid în sine, ci ca un material de referință.

Îndrumările din acest document sunt destinate pentru a fi interpretate la nivel de țară și, respectiv, de program, astfel încât să reflecte diversitatea situațiilor și a mediilor în care sunt furnizate contraceptivele. Deși este puțin probabil ca, în timpul acestui proces, să se modifice clasificarea categoriilor din document, este foarte probabil ca aplicarea acestor categorii la nivel de țară să varieze. Vor trebui luate în considerare, în mod deosebit, nivelul cunoștințelor clinice și experiența diferitelor tipuri de furnizori, precum și resursele disponibile la punctele de oferire a serviciilor.

Utilizarea tabelor

Grupul de Lucru a tratat criteriile medicale pentru inițierea și continuarea utilizării tuturor metodelor evaluate. Problema criteriilor pentru continuarea metodei este relevantă clinic atunci când femeia dezvoltă afecțiunea respectivă în timpul utilizării metodei. Atunci când Grupul a constatat că există diferențe între categoriile pentru inițiere și continuare, aceste diferențe sunt notate în coloanele 'I=Inițiere' și 'C= Continuare'. Unde nu sunt indicate I și C, aceeași categorie este valabilă atât pentru inițierea, cât și pentru și continuarea utilizării.

Pe baza acestui sistem de clasificare, criteriile de eligibilitate pentru inițierea și continuarea utilizării unei anumite metode contraceptive sunt prezentate în acest document sub forma unui set de tabele. Prima coloană indică starea. Unele stări au fost subdivizate pentru a

diferența diferitelor grade ale afecțiunii. A doua coloană clasifică starea pentru inițiere și/sau continuare în una din cele patru categorii descrise mai jos. Dacă e cazul, a treia coloană oferă clasificări sau dovezi științifice noi privitoare la clasificare, conform descrierii din secțiunea de mai sus.

La sfârșitul documentului este prezentat un tabel rezumativ cuprinzând criteriile medicale de eligibilitate în funcție de stări pentru metodele hormonale și DIU. La sfârșitul acestei secțiuni este prezentat un sumar al stărilor sau categoriilor care au fost revizuite în această ediție.

TIPUL CONTRACEPTIVULUI		
STARE	CATEGORIE I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI/ DOVEZI
Starea	Starea clasificată de la 1 la 4 Categoriile pentru metodele bazate pe conștientizarea fertilității și sterilizarea chirurgicală sunt descrise la începutul secțiunii respective.	Clarificări și dovezi privind clasificarea

NA (nu se aplică) semnifică o stare pentru care Grupul de Lucru nu a stabilit o clasificare, dar a oferit clarificări.

Categoriile de clasificare

Criteriile medicale de eligibilitate din acest document se bazează pe metoda de lucru descrisă mai sus și urmăresc să asigure o limită adecvată de siguranță.

Prin termenul “stare” a fost definită fie o caracteristică a individului (de exemplu vârsta, anamneza reproductivă) fie o afecțiune medicală/patologie preexistentă cunoscută (de exemplu: diabet, hipertensiune arterială). Este de așteptat ca forurile naționale și instituționale de sănătate și de furnizare a serviciilor să decidă care sunt cele mai potrivite mijloace de screening pentru diferitele afecțiuni, în funcție de importanța lor pentru sănătatea publică. Anamneza pacientului reprezintă frecvent cel mai adecvat mijloc în acest sens.

Stările care afectează eligibilitatea pentru utilizarea fiecărei metode contraceptive au fost clasificate în una din următoarele patru categorii:

1. **O stare pentru care nu există nici o restricție pentru utilizarea metodei contraceptive.**
2. **O stare în care avantajele utilizării metodei depășesc în general riscurile teoretice sau dovedite.**
3. **O stare în care riscurile teoretice sau dovedite depășesc de obicei avantajele utilizării metodei.**
4. **O stare care reprezintă un risc inacceptabil pentru sănătate în cazul utilizării metodei contraceptive.**

Utilizarea categoriilor în practică

Categoriile 1 și 4 sunt explicite. Clasificarea unei metode/stări în categoria 2 indică faptul că metoda poate fi utilizată în general, dar poate fi necesară o urmărire atentă. Furnizarea unei metode unei femei prezentând o stare care se clasifică în categoria 3 necesită un raționament clinic atent și acces la servicii clinice; în cazul acestor femei trebuie luate în considerare pe de o parte gravitatea stării și pe de altă parte disponibilitatea, posibilitățile practice și acceptabilitatea metodelor alternative. Pentru o metodă/stare clasificată în categoria 3, utilizarea acelei metode nu este recomandată de obicei decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau acceptabile. În acest caz se impune urmărirea atentă.

Acolo unde resursele pentru un raționament clinic sunt limitate, ca în cazul serviciilor comunitare, clasificarea în cadrul celor patru categorii poate fi simplificată la două categorii. Prin această simplificare, clasificarea în Categoria 3 indică faptul că o femeie nu este eligibilă din punct de vedere medical pentru a utiliza metoda.

CATEGORIE	RAȚIONAMENT CLINIC DISPONIBIL	RAȚIONAMENT CLINIC LIMITAT
1	Metoda se poate utiliza în orice situație	Da (Metoda se poate utiliza)
2	Metoda se poate utiliza în general	
3	În mod obișnuit, utilizarea metodei nu este recomandată decât dacă nu sunt disponibile sau acceptabile alte metode mai adecvate	Nu (Metoda nu trebuie utilizată)
4	Metoda nu trebuie utilizată	

Implicații programatice

Aspectele programatice care trebuie rezolvate includ:

- alegerea informată,
- elementele calității îngrijirii,
- procedurile de screening esențiale pentru administrarea metodelor,
- instruirea și abilitățile furnizorilor,
- trimiterile și vizitele de urmărire adecvate pentru utilizarea contracepției.

În aplicarea criteriilor de eligibilitate la programe, practicile esențiale de furnizare a serviciilor pentru utilizarea în siguranță a contraceptivului trebuie deosebite de practicile care pot fi adecvate pentru o asistență bună a stării de sănătate, dar nu sunt legate de utilizarea metodei. Promovarea practicilor pentru o asistență bună a stării de sănătate

nelegate de siguranța contracepției nu trebuie considerate nici obligatorii și nici ca un obstacol în calea furnizării unei metode contraceptive, ci ca practici complementare.

Ca un pas următor, recomandările asupra criteriilor de eligibilitate trebuie luate în considerare prin prisma circumstanțelor din țara respectivă, astfel încât să fie aplicabile furnizorilor de la toate nivelele sistemului de oferire de servicii. La nivel național trebuie să se determine cât de larg și prin ce mijloace poate fi posibilă extinderea serviciilor la nivele mai periferice. Acest lucru poate implica perfecționarea personalului și a dotării acolo unde este posibil și accesibil din punct de vedere financiar, sau poate necesita extinderea abilităților anumitor categorii de personal medical sau o suplimentare modestă a echipamentului și rezervelor de consumabile și reorganizarea spațiului. Poate fi de asemenea necesară rezolvarea problemelor legate de unele percepții greșite ale furnizorilor și utilizatorilor despre riscurile și efectele secundare ale metodelor și abordarea atentă a nevoilor și părerilor femeilor și bărbaților în contextul alegerii informate.

Pacienții cu nevoi speciale

Criteriile medicale de eligibilitate se referă la utilizarea contracepției de către persoane cu anumite afecțiuni medicale. În plus, furnizarea contracepției la persoanele cu nevoi speciale necesită o evaluare deosebită. Un asemenea grup este reprezentat de persoanele cu handicap fizic. Decizia asupra contraceptivului adecvat trebuie să ia în considerare natura infirmității, dorința exprimată de persoana respectivă și natura metodei. Deciziile trebuie să se bazeze pe o alegere informată. Considerente similare se aplică și la persoanele cu handicap psihic sau cu afecțiuni psihiatrice grave. Atunci când natura bolii nu permite o alegere informată, contraceptivele trebuie furnizate numai după discuții complexe cu toate părțile implicate, inclusiv persoanele responsabile legal și îngrijitorii pacienților respectivi. În orice astfel de decizie trebuie luate în considerare drepturile indivizilor în domeniul reproducerii.

Adolescenții

În general, adolescenții sunt eligibili să utilizeze orice metodă de contracepție și ei trebuie să aibă acces la o gamă largă de opțiuni contraceptive. Vârsta singură nu constituie un motiv medical de a refuza nici o metodă adolescenților. Deși s-au exprimat unele temeri privind utilizarea anumitor metode contraceptive la adolescenți (de exemplu utilizarea injectabilelor numai cu progestativ sub vârsta de 18 ani) aceste temeri trebuie cântărite din perspectiva avantajelor evitării sarcinii. Este clar faptul că multe dintre aceleași criterii de eligibilitate care se aplică pacienților mai în vârstă se aplică și tinerilor. Totuși, unele afecțiuni (de exemplu afecțiunile cardiovasculare) care pot limita utilizarea unor metode la femeile mai în vârstă nu afectează în general tinerele deoarece aceste afecțiuni sunt rare la acest grup de vârstă. Aspectele sociale și comportamentale trebuie să constituie considerente importante în alegerea metodelor contraceptive de către adolescenți. De exemplu, în unele localizări, adolescenții au și un risc crescut pentru ITS, inclusiv infecția cu HIV. Deși adolescenții pot alege utilizarea oricărei metode contraceptive disponibile la nivelul comunității lor, în unele cazuri poate fi mai adecvată utilizarea metodelor care nu necesită administrare zilnică. S-a arătat că adolescenții, căsătoriți sau nu, tolerează mai puțin efectele secundare și, de aceea, au rate crescute de abandonare a metodei. Alegerea metodei poate fi, de asemenea, influențată de factori ca activitatea sexuală sporadică sau ca necesitatea de a-și ascunde activitatea sexuală și utilizarea contracepției.

De exemplu, adolescenții activi sexual care nu sunt căsătoriți au nevoi foarte diferite de cei care sunt căsătoriți și doresc să-și amâne, spațieze sau limiteze sarcinile. Creșterea numărului de metode oferite spre alegere poate duce la îmbunătățirea satisfacției, creșterea acceptării metodei și creșterea prevalenței utilizării contraceptivului. Educația și consilierea corecte atât înainte cât și în timpul selectării metodei pot ajuta adolescenții să-și abordeze problemele lor specifice și să ia decizii voluntare și informate. Trebuie făcute toate eforturile pentru a împiedica limitarea opțiunilor disponibile prin costul serviciului sau al metodei.

Sumarul modificărilor față de ediția a doua

În Tabelul 3 este prezentat un sumar al schimbărilor în clasificare sau al modificărilor majore ale stărilor/afecțiunilor față de ediția a doua.

Se recunoaște faptul că unele criterii de eligibilitate din acest document vor trebui revizuite în lumina unor noi rezultate ale unor studii de cercetare deja finalizate și/sau în curs de desfășurare. Se intenționează ca acest document să fie actualizat în mod continuu pentru a reflecta ultimele dovezi și rezultate științifice.

Tabelul 3. Sumarul modificărilor față de ediția a doua

(Stările la care s-a schimbat clasificarea pentru una sau mai multe metode sau s-a efectuat o modificare majoră la descrierea stării/afecțiunii. Clasificările schimbate sunt prezentate în albastru)

STAREA	COC	CIC	PNP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inițiere, C = Continuare							
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE							
OBEZITATE Indicele masei corporale (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	1	1	1	1	1
AFECTIUNI CARDIOVASCULARE							
MUTAȚII TROMBOGENICE CUNOSCUTE (de exemplu factorul V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei)	4	4	2	2	2	1	2
TULBURĂRI DEPRESIVE							
TULBURĂRI DEPRESIVE	1	1	1	1	1	1	1
INFECȚII ȘI AFECTIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV							
FIBROAME UTERINE							
a) Fără deformarea cavității uterine	1	1	1	1	1	1	1
b) Cu deformarea cavității uterine	1	1	1	1	1	4	4
BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)							
a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent)						I C	I C
(i) cu sarcină ulterioară	1	1	1	1	1	1 1	1 1
(ii) fără sarcină ulterioară	1	1	1	1	1	2 2	2 2
b) BIP - în prezent	1	1	1	1	1	4 2	4 2

STAREA	COC	CIC	PNP	DMPA NET-EN	LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG		
I = Inițiere, C = Continuare									
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)						I	C	I	C
a) În prezent cervicită purulentă sau infecție cu Chlamydia sau gonoree	1	1	1	1	1	4	2	4	2
b) Alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginite (inclusiv Trichomonas vaginalis și vaginoza bacteriană)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Risc crescut de ITS	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
INFECȚIE CU HIV/SIDA									
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV	1	1	1	1	1	I 2	C 2	I 2	C 2
HIV-POZITIV	1	1	1	1	1	2	2	2	2
SIDA Stare clinică bună sub terapie ARV	1	1	1	1	1	3 2	2 2	3 2	2 2
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE									
MEDICAMENTE CARE AFECTEAZĂ ENZIMELE HEPATICE									
a) Rifampicină	3	2	3	2	3	1	1	1	1
b) Anumite anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidon, topiramet, oxcarbazepină)	3	2	3	2	3	1	1	1	1
ANTIBIOTICE (cu excepția Rifampicinei)									
a) Griseofulvină	2	1	2	1	2	1	1	1	1
b) Alte antibiotice	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TERAPIE ANTIRETROVIRALĂ						I 2/3	C 2	I 2/3	C 2

În plus, s-au făcut următoarele schimbări care nu sunt incluse în tabelul rezumativ:

1. Plasturele contraceptiv, inelul vaginal contraceptiv și implantele cu etonogestrel

Au fost adăugate trei noi metode (plasturele, inelul și implantele cu etonogestrel). Plasturele și inelul sunt grupate cu CIC, dar au primit aceleași categorii ca și COC. Implantele cu etonogestrel sunt grupate cu implantele cu levonorgestrel și au primit aceleași categorii.

2. Metodele de barieră

Pentru stările risc crescut pentru infecție cu HIV, HIV-pozitiv, și SIDA, folosirea spermicidelor este Categoria 4.

Pentru stările risc crescut pentru infecție cu HIV, HIV-pozitiv, și SIDA, diafragma (cu spermicid) și cupola cervicală sunt Categoria 3.

3. Sterilizarea chirurgicală feminină

Starea mutații trombotice cunoscute (de exemplu factorul V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei) a fost adăugată la sterilizarea chirurgicală feminină și este Categoria A.

Starea tulburări depresive a fost adăugată la sterilizarea chirurgicală feminină și este Categoria C.

Pentru starea alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei), sterilizarea chirurgicală feminină este Categoria A.

Pentru starea antecedente de intervenții chirurgicale abdominale sau în micul bazin, sterilizarea chirurgicală feminină este Categoria C.

4. Sterilizarea chirurgicală masculină

Starea vârstă tânără a fost adăugată la sterilizarea chirurgicală masculină și este Categoria C.

Starea tulburări depresive a fost adăugată la sterilizarea chirurgicală masculină și este Categoria C.

CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE	1
Sarcină	1
Vârsta	1
Paritate	1
Alăptat	1
După naștere	1
După avort	1
După sarcină ectopică	1
Antecedente de intervenții chirurgicale în micul bazin	1
Fumat	2
Obezitate	2
Măsurarea tensiunii arteriale nu se poate efectua	2
AFECTIUNI CARDIOVASCULARE	2
Factori multipli de risc pentru boala cardiovasculară	2
Hipertensiune arterială	2
Antecedente de hipertensiune arterială în sarcină	3
Tromboză venoasă profundă (TVP)/embolie pulmonară (EP)	3
Mutații trombogene cunoscute	4
Tromboză venoasă superficială	4
Cardiopatie ischemică în prezent și în antecedente	4
Accident vascular cerebral	4
Dislipidemii diagnosticate	4
Valvulopatie	4
AFECTIUNI NEUROLOGICE	5
Cefalee	5
Epilepsie	5
TULBURĂRI DEPRESIVE	5
Tulburări depresive	5
INFECȚII ȘI AFECTIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	5
Caracterele sângerării vaginale	5
Sângerare vaginală neexplicată	6
Endometrioză	6
Tumori ovariene benigne	6
Dismenoree severă	6
Boală trofoblastică	6
Ectropion cervical	6
Neoplazie intraepitelială cervicală (NIC)	6
Cancer de col	6
Afecțiuni ale sânului	6
Cancer endometrial	6
Cancer ovarian	7
Fibroame uterine	7
Boală inflamatorie pelvină (BIP)	7
Infecții transmise sexual (ITS)	7
INFECȚIE CU HIV/SIDA	8
Risc crescut de infecție cu HIV	8
HIV - pozitiv	8
SIDA	8

ALTE INFECȚII	8
Schistosomiază	8
Tuberculoză	8
Malarie	8
AFECȚIUNI ENDOCRINE	9
Diabet zaharat	9
Afecțiuni tiroidiene	9
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE	9
Afecțiuni ale vezicii biliare.....	9
Antecedente de colestază	9
Hepatită virală.....	9
Ciroză	10
Tumori hepatice	10
ANEMII	10
Talasemie	10
Anemie falciformă.....	10
Anemie feriprivă.....	10
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE	10
Medicamente care afectează enzimele hepatice.....	10
Antibiotice	10
Tratament antiretroviral.....	11
Comentarii adiționale	12
Referințe pentru contraceptivele orale combinate cu doză redusă	14

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) ≤ 35 µg de etinilestradiol		COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI	
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE			
SARCINĂ	NA	Clarificare: Utilizarea COC nu este necesară. Nu se cunosc efecte dăunătoare pentru femeie, pentru evoluția sarcinii sau pentru făt dacă se utilizează COC accidental în timpul sarcinii.	
VÂRSTĂ * a) De la menarhă la < 40 ani b) ≥ 40 ani	1 2		
PARITATE a) Nulipară b) Multipară	1 1		
ALĂPTAT * a) < 6 săptămâni după naștere b) ≥ 6 săptămâni până la < 6 luni după naștere (femeia alăptează) c) ≥ 6 luni după naștere	4 3 2		
DUPĂ NAȘTERE * (la femeile care nu alăptează) a) < 21 zile b) ≥ 21 zile	3 1		
DUPĂ AVORT a) Primul trimestru b) Al doilea trimestru c) Imediat după avortul septic	1 1 1	Clarificare: Se poate începe utilizarea COC imediat după efectuarea avortului.	
DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ *	1		
ANTECEDENTE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ÎN MICUL BAZIN	1		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) ≤ 35 µg de etinilestradiol		COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICĂRI / DOVEZI I=Inițiere C=Continuare
FUMAT a) Vârsta < 35 ani b) Vârsta ≥ 35 ani (i) < 15 țigări/zi (ii) ≥ 15 țigări/zi	2 3 4	Dovezi: Utilizatoarele de COC, fumătoare, au avut risc crescut pentru boli cardiovasculare, în special pentru infarct miocardic, comparativ cu cele care nu fumau. Studiile au arătat de asemenea creșterea riscului pentru infarct miocardic, proporțional cu creșterea numărului de țigări fumate zilnic. ¹⁻¹²
OBEZITATE Indicele masei corporale (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	Dovezi: Femeile obeze care utilizau COC au avut risc crescut pentru tromboembolia venoasă (TEV) comparativ cu neutilizatoarele. Riscul absolut pentru TEV a rămas scăzut. Există date limitate privind impactul obezității asupra eficienței COC. ^{6, 13, 14}
MĂSURAREA TENSIUNII ARTERIALE NU SE POATE EFECTUA	NA	Clarificare: Înainte de începerea utilizării COC este de dorit să se măsoare tensiunea arterială. Totuși, în unele locuri acest lucru nu este posibil. În multe dintre aceste locuri riscurile morbidității și mortalității asociate sarcinii sunt mari și COC este una din puținele metode larg disponibile. În aceste locuri, femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea COC doar pentru că nu li se poate măsura tensiunea arterială.
AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE		
FACTORI MULTIPLI DE RISC PENTRU BOALA CARDIOVASCULARĂ (de exemplu vârstă, fumat, diabet zaharat și hipertensiune arterială)	3/4	Clarificare: În cazul unei femei care are mai mulți factori de risc majori, fiecare dintre ei putând crește semnificativ riscul afecțiunilor cardiovasculare, utilizarea COC poate crește riscul ei până la un nivel inacceptabil. Totuși, însumarea simplă a categoriilor corespunzătoare factorilor de risc multipli nu este o regulă; de exemplu o combinație a doi factori de risc din categoria 2 nu necesită în mod obligatoriu încadrarea într-o categorie superioară.
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ *		
Pentru toate categoriile de hipertensiune, clasificările se bazează pe presupunerea că nu mai există și alți factori de risc pentru boli cardiovasculare. Când există factori multipli de risc, riscul pentru boli cardiovasculare poate crește semnificativ. O singură măsurare a valorilor tensiunii arteriale nu este suficientă pentru a pune unei femei diagnosticul de hipertensiune arterială.		
a) Antecedente de hipertensiune arterială, unde tensiunea arterială NU POATE fi evaluată (inclusiv hipertensiunea în sarcină)	3	Clarificare: Se recomandă evaluarea cauzei și valorilor hipertensiunii cât mai repede posibil. Dovezi: Femeile cărora nu li s-a măsurat tensiunea arterială înainte de a utiliza COC au avut risc crescut de infarct miocardic acut și de accident vascular cerebral. ¹⁵⁻¹⁹

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) < 35 µg de etinilestradiol		COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ (Continuare)		
b) Hipertensiune arterială controlată adecvat, unde tensiunea arterială POATE fi evaluată	3	Clarificare: Femeile tratate adecvat pentru hipertensiune au un risc redus de infarct miocardic acut și de accident vascular cerebral în comparație cu femeile netratate. Deși nu există date, utilizatoarele de COC cu hipertensiune controlată și monitorizată în mod adecvat ar trebui să aibă un risc redus de infarct miocardic acut și de accident vascular cerebral în comparație cu utilizatoarele de COC hipertensive netratate.
c) Valori crescute ale tensiunii arteriale (măsurate corect)		
(i) sistolică 140-159 sau diastolică 90-99	3	Dovezi: În cadrul femeilor cu hipertensiune, utilizatoarele de COC au avut risc crescut de accident vascular cerebral, de infarct miocardic acut și de boală arterială periferică în comparație cu neutilizatoarele. ^{1, 3, 9-11, 15-31}
(ii) sistolică ≥160 sau diastolică ≥100	4	
d) Afectare vasculară	4	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ (unde tensiunea arterială în prezent este măsurabilă și normală)	2	Dovezi: Femeile cu antecedente de valori crescute ale tensiunii arteriale în sarcină, și care au utilizat COC, au avut risc crescut de infarct miocardic acut și de tromboembolie venoasă, în comparație cu utilizatoarele de COC care nu au antecedente de valori crescute ale tensiunii arteriale în sarcină. Riscul absolut de infarct miocardic acut și de tromboembolie venoasă la această categorie de femei a rămas mic. ^{11, 17-19, 21, 32-37}
TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP) *		
a) Antecedente de TVP/EP	4	
b) TVP/EP în prezent	4	
c) Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi)	2	
d) Intervenții chirurgicale majore		
(i) cu imobilizare prelungită	4	
(ii) fără imobilizare prelungită	2	
e) Intervenții chirurgicale minore fără imobilizare	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) < 35 µg de etinilestradiol	COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI
MUTAȚII TROMBOGENICE CUNOSCUTE (de exemplu factorul V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei)	4	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului. Dovezi: Dintre femeile cu mutații trombogenice, utilizatoarele de COC au avut risc crescut de tromboză de două până la douăzeci de ori comparativ cu neutilizatoarele. ³⁸⁻⁵¹
TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ * a) Varice b) Tromboflebită superficială	1 2	
CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE *	4	
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL * (în antecedente)	4	
DISLIPIDEMII DIAGNOSTICATE	2/3	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului. Deși unele tipuri de dislipidemie constituie factori de risc pentru boala vasculară, categoria trebuie evaluată în funcție de tipul și gravitatea afecțiunii și de prezența altor factori de risc cardiovascular.
VALVULOPATIE * a) Necomplicată b) Complicată (hipertensiune pulmonară, risc de fibrilație atrială, antecedente de endocardită bacteriană subacută)	2 4	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) < 35 µg de etinilestradiol	COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI
AFECȚIUNI NEUROLOGICE		
CEFALEE *	I	C
a) Nemigrenoasă (ușoară sau severă)	1	2
b) Migrenă		
(i) fără aură		
Vârsta < 35	2	3
Vârsta ≥ 35	3	4
(ii) cu aură (la orice vârstă)	4	4
	<p>Clarificare: Clasificarea depinde de stabilirea corectă a diagnosticului de cefalee severă migrenoasă sau nemigrenoasă. Orice cefalee nouă sau cu modificări marcate ale caracterelor durerii trebuie evaluată. Clasificarea se aplică femeilor fără nici un alt factor de risc pentru accident vascular cerebral. Riscul de accident vascular cerebral crește cu vârsta, hipertensiunea arterială și fumatul.</p> <p>Dovezi: În cadrul femeilor cu migrenă, cele care au avut și aură au avut un risc mai crescut de accident vascular cerebral decât cele fără aură.⁵²⁻⁵⁴ În cadrul femeilor cu migrenă, cele care utilizau COC au avut un risc de accident vascular cerebral de 2-4 ori mai crescut în comparație cu femeile care nu utilizau COC.^{20, 26-28, 53-58}</p>	
EPILEPSIE	1	<p>Clarificare: Dacă femeia ia medicamente antiepileptice, vezi secțiunea despre interacțiuni medicamentoase. Anumite medicamente antiepileptice reduc eficiența COC.</p>
TULBURĂRI DEPRESIVE		
TULBURĂRI DEPRESIVE	1	<p>Clarificare: Clasificarea se bazează pe date despre femei cu anumite tulburări depresive. Nu au existat date despre tulburarea bipolară sau depresia postpartum. Există posibilitatea interacțiunilor medicamentoase între anumite medicamente antidepresive și contraceptivele hormonale.</p> <p>Dovezi: Utilizarea COC nu a crescut intensitatea simptomelor de depresie la femei cu depresie în comparație cu momentul inițierii COC sau în comparație cu femeile cu depresie neutilizatoare de COC.⁵⁹⁻⁶¹</p>
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV		
CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE *		
a) Caracter neregulat fără sângerare abundentă	1	
b) Sângerare abundentă sau prelungită (cu caracter regulat sau neregulat)	1	<p>Clarificare: Sângerarea neobișnuit de abundentă trebuie să ridice suspiciunea unei afecțiuni grave subiacente.</p>

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) ≤ 35 µg de etinilestradiol		COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI
SÂNGERARE VAGINALĂ NEEXPLICATĂ * (suspectă pentru o afecțiune gravă) Înainte de evaluare	2	Clarificare: Dacă se suspectează sarcina sau o afecțiune gravă subiacentă (ca de exemplu cancerul genital), sângerarea trebuie evaluată și categoria trebuie ajustată după evaluare.
ENDOMETRIOZĂ *	1	
TUMORI OVARIENE BENIGNE (inclusiv chisturi)	1	
DISMENOREE SEVERĂ	1	Dovezi: În cadrul femeilor cu dismenoree, utilizatoarele de COC nu au avut risc crescut de efecte secundare comparativ cu neutilizatoarele de COC. Unele utilizatoare de COC au avut dureri și sângerări mai reduse. ^{62, 63}
BOALĂ TROFOBlasticĂ a) Boală trofoblastică gestațională benignă b) Boală trofoblastică gestațională malignă	1	Dovezi: În cadrul femeilor cu boală trofoblastică gestațională benignă sau malignă, nu au existat diferențe de timpi medii de normalizare a valorilor hCG sau de incidență a bolii trofoblastice postmolare la utilizatoarele de COC comparativ cu utilizatoarele metodelor nehormonale. ⁶⁴⁻⁷¹
ECTROPION CERVICAL *	1	
NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC)	2	Dovezi: În cadrul femeilor cu infecție persistentă cu HPV, utilizarea pe termen lung a COC (≥ 5 ani) poate crește riscul de carcinom in situ și de carcinom invaziv. ⁷²
CANCER DE COL * (înainte de tratament)	2	
AFECȚIUNI ALE SÂNULUI * a) Nodul nedagnosticat b) Boală benignă a sânelui c) Antecedente familiale de cancer	2 1 1	Clarificare: Evaluarea trebuie efectuată cât mai repede posibil. Dovezi: În cadrul utilizatoarelor de COC cu antecedente familiale de cancer de sân, nu a crescut riscul de cancer de sân, comparativ cu neutilizatoarele de COC cu antecedente familiale de cancer de sân. ⁷³⁻⁸⁰ În cadrul femeilor cu mutații BRCA1, utilizatoarele de COC pot avea o ușoară creștere a riscului de cancer de sân, comparativ cu neutilizatoarele. ⁸¹⁻⁸³

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) ≤ 35 µg de etinilestradiol		COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI	
AFEȚIUNI ALE SÂNULUI (Continuare)			
d) Cancer de sân (i) în prezent (ii) în antecedente și fără dovezi de boală prezentă în ultimii 5 ani	4 3		
CANCER ENDOMETRIAL *	1		
CANCER OVARIAN *	1		
FIBROAME UTERINE * a) Fără deformarea cavității uterine b) Cu deformarea cavității uterine	1 1		
BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP) * a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent) (i) cu sarcină ulterioară (ii) fără sarcină ulterioară b) BIP - în prezent	1 1 1		
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS) * a) În prezent cervicită purulentă sau infecție cu Chlamydia sau gonoree b) Alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei)	1 1		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) < 35 µg de etinilestradiol	COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS) (Continuare)		
c) Vaginite (inclusiv Trichomonas vaginalis și vaginoza bacteriană)	1	
d) Risc crescut de ITS	1	Dovezi: Dovezile sugerează că poate exista risc crescut de cervicită cu Chlamydia în cadrul utilizatoarelor de COC cu risc crescut de ITS. Pentru alte ITS, fie există dovada lipsei asocierii între utilizarea COC și infectarea cu ITS, fie dovezile sunt insuficiente pentru a trage concluzii. ⁸⁴⁻¹⁶⁰
INFECȚIE CU HIV/SIDA		
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV *	1	Dovezi: În ansamblu, dovezile nu sunt consistente în ceea ce privește o eventuală creștere a riscului de infectare cu HIV în cadrul utilizatoarelor de COC comparativ cu neutilizatoarele. ¹⁶¹⁻¹⁹⁸
HIV-POZITIV	1	Dovezi: Dovezi limitate sugerează că nu există asocieri între utilizarea COC și modificări ale nivelelor ARN sau a numărului CD4 în cadrul femeilor infectate cu HIV. Există de asemenea dovezi limitate care arată că nu există asocieri între utilizarea COC și transmiterea HIV de la femeie la bărbat, și rezultate diverse privind creșterea riscului de eliminare virală a HIV și a virusului herpes simplex (HSV) la femeile infectate cu HIV și care utilizează contracepție hormonală. ^{161, 199-204}
SIDA Sub terapie ARV	1 2	Clarificare: Dacă femeia utilizează tratament antiretroviral (ARV), vezi secțiunea de interacțiuni medicamentoase. Deoarece pot exista interacțiuni medicamentoase între contraceptivele hormonale și medicația ARV, SIDA cu tratament ARV este clasificată ca și Categoria 2.
ALTE INFECȚII		
SCHISTOSOMIAZĂ		
a) Necomplicată	1	
b) Fibroză hepatică (dacă este gravă, vezi ciroza)	1	Dovezi: În cadrul femeilor cu schistosomiază necomplicată, utilizarea COC nu a avut efecte adverse asupra funcției hepatice. ²⁰⁵⁻²¹¹
TUBERCULOZĂ		
a) Extragenitală	1	
b) Genitală diagnosticată	1	Clarificare: Dacă femeia utilizează rifampicină, vezi secțiunea de interacțiuni medicamentoase. Rifampicina reduce eficiența COC.
MALARIE	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) < 35 µg de etinilestradiol		COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI	
AFECȚIUNI ENDOCRINE			
DIABET ZAHARAT *			
a) Antecedente de diabet gestațional	1		
b) Fără afectare vasculară			
(i) non-insulinodependent	2		
(ii) insulinodependent	2		
c) Nefropatie/retinopatie/neuropatie	3/4		Clarificare: Categoria trebuie evaluată în funcție de gravitatea bolii.
d) Altă afectare vasculară sau durata diabetului de peste 20 de ani	3/4		Clarificare: Categoria trebuie evaluată în funcție de gravitatea bolii.
AFECȚIUNI TIROIDIENE			
a) Gușă simplă	1		
b) Hipertiroidie	1		
c) Hipotiroidie	1		
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE			
AFECȚIUNI ALE VEZICII BILIARE *			
a) Simptomatice			
(i) tratate prin colecistectomie	2		
(ii) tratate medical	3		
(iii) în prezent	3		
b) Asimptomatice	2		
ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ *			
a) Asociată sarcinii	2		
b) Asociată cu utilizarea COC în trecut	3		
HEPATITĂ VIRALĂ *			
a) Activă	4		
b) Purtător	1		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) < 35 µg de etinilestradiol		COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI
CIROZĂ *		
a) Formă ușoară (compensată)	3	
b) Formă gravă (decompensată)	4	
TUMORI HEPATICE *		
a) Benigne (adenoame)	4	
b) Maligne (hepatoame)	4	
ANEMII		
TALASEMIE *	1	
ANEMIE FALCIFORMĂ	2	
ANEMIE FERIPRIVĂ *	1	
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE		
MEDICAMENTE CARE AFECTEAZĂ ENZIMELE HEPATICE		
a) Rifampicină	3	Clarificare: Deși interacțiunea dintre rifampicină sau anumite anticonvulsivante și COC nu este dăunătoare pentru femei, aceasta poate reduce eficiența COC. Femeile care utilizează pe termen lung oricare din aceste medicamente trebuie încurajate să utilizeze alte mijloace contraceptive. Este încă neclar dacă creșterea dozei de hormoni din COC ar fi benefică în aceste cazuri. Dovezi: Utilizarea rifampicinei și a anumitor anticonvulsivante a redus eficiența contraceptivă a COC. ²¹²⁻²³⁷
b) Anumite anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidon, topiramat, oxcarbazepină)	3	
ANTIBIOTICE (cu excepția rifampicinei)		
a) Griseofulvină	2	Dovezi: Eficiența contraceptivă a COC nu a fost modificată de administrarea concomitentă a majorității antibioticelor cu spectru larg. ²³⁸⁻²⁹⁰
b) Alte antibiotice	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE ORALE COMBinate CU DOZĂ REDUSĂ (COC) < 35 µg de etinilestradiol	COC nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare	CLARIFICĂRI / DOVEZI
TERAPIE ANTIRETROVIRALĂ	2	<p>Clarificare: Este important de observat că medicamentele antiretrovirale (ARV) au potențialul fie de a scădea, fie de a crește biodisponibilitatea hormonilor steroizi din contraceptivele hormonale. Datele limitate disponibile (evidențiate în Anexa 1) sugerează că posibila interacțiune medicamentoasă între multe ARV (în special unii inhibitori de revers transcriptază non-nucleozidici (IRTNN) și inhibitori de protează (IP)) și contraceptivele hormonale pot modifica siguranța și eficiența atât a contraceptivelor hormonale cât și a ARV. Nu se știe dacă eficiența contraceptivă a contraceptivelor injectabile numai cu progestogen (de exemplu acetatul de medroxiprogesteron depozit și enantatul de noretisteron) ar fi compromise, deoarece aceste metode asigură nivele hormonale sanguine mai crescute decât alte contraceptive hormonale numai cu progestogen și decât contraceptivele orale combinate. Există studii demarate pentru evaluarea posibilității interacțiunii dintre acetatul de medroxiprogesteron depozit și anumite medicamente IP și IRTNN. Deci, dacă o femeie care utilizează tratament ARV decide să înceapă sau să continue utilizarea contraceptivelor hormonale, folosirea consecventă a prezervativelor este recomandată pentru prevenirea transmiterii HIV și poate de asemenea compensa orice posibilă reducere a eficienței contraceptivelor hormonale.</p> <p>Dovezi: Vezi Anexa 1.</p>

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

Comentarii adiționale

VÂRSTĂ

De la menarhă la < 40 ani: temerile teoretice legate de utilizarea contraceptivelor hormonale combinate la adolescenți nu sunt susținute de dovezi științifice.

≥ 40 ani: riscul afecțiunilor cardiovasculare crește cu vârsta și poate crește de asemenea prin utilizarea contraceptivelor hormonale combinate. În absența altor afecțiuni, contraceptivele hormonale combinate pot fi utilizate până la menopauză.

ALĂPTAT

< 6 săptămâni după naștere: există unele temeri teoretice că nou-născutul poate avea un risc datorită expunerii la hormonii steroizi în timpul primelor 6 săptămâni după naștere.

≥ 6 săptămâni până la < 6 luni (femeia alăptează): utilizarea COC în timpul alăptării reduce cantitatea de lapte, scade durata lactației și astfel poate afecta negativ creșterea sugarului.

DUPĂ NAȘTERE

>21 zile: există unele temeri teoretice privind asocierea dintre utilizarea contraceptivelor hormonale combinate în primele trei săptămâni după naștere și riscul de tromboză la mamă. Coagularea și fibrinoliza revin în principiu la normal până la 3 săptămâni după naștere.

DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ

Riscul pentru o viitoare sarcină ectopică este crescut la femeile care au o sarcină ectopică în antecedente. Contraceptivele hormonale combinate oferă protecție împotriva sarcinii în general inclusiv împotriva sarcinii ectopice.

HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ

Afectare vasculară: La femeile cu afectare vasculară, riscul crescut de tromboză arterială asociat utilizării contraceptivelor hormonale combinate trebuie evitat.

TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP)

Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi): unele afecțiuni care cresc riscul de TVP/EP sunt ereditare.

Intervenții chirurgicale majore: gradul de risc pentru TVP/EP asociat intervențiilor chirurgicale majore depinde de durata imobilizării femeii. Nu este necesar să se oprească utilizarea contraceptivelor hormonale combinate înaintea sterilizării chirurgicale feminine.

TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ

Varice: varicele nu sunt factori de risc pentru TVP/EP.

CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE

La femeile cu afectare vasculară, riscul crescut de tromboză arterială asociat utilizării contraceptivelor hormonale combinate trebuie evitat.

ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

La femeile cu afectare vasculară, riscul crescut de tromboză arterială asociat utilizării contraceptivelor hormonale combinate trebuie evitat.

VALVULOPATIE

La femeile cu valvulopatie, utilizarea contraceptivelor hormonale combinate poate crește suplimentar riscul de tromboză arterială; femeile cu valvulopatie complicată au cel mai mare risc.

CEFALEE

Aura este un simptom neurologic specific de focar. Pentru mai multe informații despre acest subiect și despre alte criterii de diagnostic, vezi: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE

Sângerările menstruale cu caracter neregular sunt obișnuite la femeile sănătoase.

SÂNGERARE VAGINALĂ NEEXPLICATĂ

Nu există afecțiuni care să producă sângerare vaginală și care să fie agravate pe termen scurt prin utilizarea contraceptivelor hormonale combinate.

ENDOMETRIOZĂ

Contraceptivele hormonale combinate nu agravează ci pot ameliora simptomele endometriozei.

ECTROPION CERVICAL

Ectropionul cervical nu este un factor de risc pentru cancerul de col și nu este necesară limitarea utilizării contraceptivelor hormonale combinate.

CANCER DE COL (înainte de tratament)

Există unele temeri teoretice că utilizarea contraceptivelor hormonale combinate poate afecta prognosticul bolii existente. Femeile pot utiliza contraceptive hormonale combinate înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

AFECTIUNI ALE SÂNULUI

Antecedente familiale de cancer: femeile cu mutații BRCA1 și BRCA2 au risc general mult mai crescut pentru cancer de sân comparativ cu femeile care nu au aceste mutații. Majoritatea femeilor care au antecedente familiale de cancer de sân nu au aceste mutații.

Cancer de sân: cancerul de sân este o tumoră hormono-dependență și prognosticul femeilor cu cancer de sân în prezent sau în antecedentele recente se poate agrava prin utilizarea contraceptivelor hormonale combinate.

CANCER ENDOMETRIAL

Utilizarea COC reduce riscul apariției cancerului endometrial. Femeile pot utiliza COC înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

CANCER OVARIAN

Utilizarea COC reduce riscul apariției cancerului ovarian. Femeile pot utiliza COC înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

FIBROAME UTERINE

Utilizarea COC nu pare să producă creșterea fibroamelor uterine.

BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)

Utilizarea COC poate reduce riscul de BIP la femeile cu ITS, dar nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)

Utilizarea COC poate reduce riscul de BIP la femeile cu ITS, dar nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV

Utilizarea COC poate reduce riscul de BIP la femeile cu ITS, dar nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

DIABET ZAHARAT

Deși toleranța la carbohidrați se poate modifica în timpul utilizării contraceptivelor hormonale combinate, temerile majore sunt legate de afectarea vasculară datorată diabetului și de riscul suplimentar de tromboză arterială datorat utilizării contraceptivelor hormonale combinate.

AFECTIUNI ALE VEZICII BILIARE

COC pot produce o ușoară creștere a riscului pentru afecțiuni ale vezicii biliare. Există de asemenea temeri că COC pot agrava afecțiunile deja existente ale vezicii biliare.

ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ

Asociată sarcinii: antecedentele de colestază asociată sarcinii pot prezice un risc crescut de apariție a colestazei asociate utilizării COC.

Asociată cu utilizarea COC în trecut: antecedentele de colestază asociată utilizării COC prezic un risc crescut de colestază la utilizarea ulterioară a COC.

HEPATITĂ VIRALĂ

Activă: COC sunt metabolizate în ficat și utilizarea lor poate afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă.

CIROZĂ

COC sunt metabolizate în ficat și utilizarea lor poate afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă.

TUMORI HEPATICE

COC sunt metabolizate în ficat și utilizarea lor poate afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă. În plus, utilizarea COC poate stimula creșterea tumorilor.

TALASEMIE

Există date anecdotice provenite din țările unde talasemia este frecventă că utilizarea COC nu agravează afecțiunea.

ANEMIE FERIPRIVĂ

Utilizarea contraceptivelor hormonale combinate poate reduce pierderea de sânge menstrual.

Referințe pentru contraceptivele orale combinate cu doză redusă

1. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000, 284:72-8.
2. Jick SS et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-21.
3. Khader YS et al. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-7.
4. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977, 2:729-30.
5. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
6. Nightingale AL et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-74.
7. Petitti DB et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979, 242:1150-4.
8. Straneva P et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.
9. Tanis BC et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-93.
10. Van den bosch MA et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-44.
11. WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1995, 346:1575-82.
12. Rosenberg L et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-70.
13. Abdollahi MC. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-8.
14. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-7.
15. Heinemann LA et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1998, 57:29-37.
16. Lewis MA et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-40.
17. WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:505-10.
18. WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498-505.
19. WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-9.
20. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-22.
21. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989, 298:165-8.
22. D'Avanzo B et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-5.
23. Dunn NR et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-3.
24. Hannaford PC, Croft PR, Kay CR. Oral contraception and stroke. Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-42.
25. Kemmeren JM et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-8.
26. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993, 306:956-63.

27. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-9.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Contraceptives and cerebral thrombosis: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:197-205.
29. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
30. Narkiewicz K et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-53.
31. Siritho S et al. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-80.
32. Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.
33. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-6.
34. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987, 109:527-31.
35. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-9.
36. Sibai BM et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-9.
37. Sibai BM et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-9.
38. Andersen BS et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
39. Andersen BS, Olsen J. Oral contraception and factor V Leiden mutation in relation to localization of deep vein thrombosis. *Thrombosis Research*, 1998, 90:191-4.
40. Bloemenkamp KW et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*, 1995, 346:1593-6.
41. Bloemenkamp KW et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
42. de Bruijn SF et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group.[erratum appears in *BMJ* 1998 Mar 14;316(7134):822]. *BMJ*, 1998, 316:589-92.
43. Emmerich J et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism--pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism.[erratum appears in *Thromb Haemost* 2001 Dec;86(6):1598]. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-16.
44. Legnani C et al. Venous thromboembolism in young women; role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-90.
45. Martinelli I et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-7.
46. Martinelli I et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-3.
47. Middeldorp S et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-7.
48. Santamaria A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-71.
49. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk for venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-12.

50. Vandenbroucke JP et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*, 1994, 344:1453-7.
51. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-7.
52. Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-6.
53. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*, 1999, 318:13-8.
54. Tzourio C et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995, 310:830-3.
55. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Duration, frequency, recency, and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2002, 73:747-50.
56. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.
57. MacGregor EA, Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischaemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *British Journal of Family Planning*, 1998, 24:55-60.
58. Schwartz SM et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-84.
59. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.
60. Deijen JB et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46:359-67.
61. Herzberg BN et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971, 3:495-500.
62. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-9.
63. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
64. Berkowitz RS et al. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-7.
65. Curry SL et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study) *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-9.
66. Deicas RE et al. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-6.
67. Eddy GL et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-40.
68. Goldberg GL et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1987, 94:22-5.
69. Morrow P et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-14.
70. Stone M et al. Relationship of oral contraception to development of trophoblastic tumour after evacuation of a hydatidiform mole. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1976, 83:913-6.
71. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentrations of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-7.
72. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
73. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 1996, 347:1713-27.
74. Brinton LA et al. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*, 1997, 55:197-203.

75. Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE for the Nurses' Health Study Research Group. Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1996, 88:365-71.
76. Egan KM et al. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1998, 7:359-64.
77. Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*, 2000, 284:1791-8.
78. Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1990, 19:240-6.
79. Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-32.
80. Rosenberg L et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
81. Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*, 2002, 26:23-7.
82. Narod SA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-9.
83. Ursin G et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-81.
84. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-5.
85. Ackers JP et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-23.
86. Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo de la Pena J. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-8.
87. Addiss DG et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-6.
88. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-24.
89. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984, 251:2822-4.
90. Avonts D et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-9.
91. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
92. Barbone F et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-4.
93. Barnes RC et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-80.
94. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-9.
95. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women--Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-4.
96. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-9.
97. Bontis J et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-15.
98. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-3.
99. Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138-43.
100. Burns DC et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-8.
101. Ceruti M et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-23.
102. Chacko MR, Lovchik JC. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-40.

103. Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-16.
104. Crowley T et al. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.
105. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-5.
106. Evans BA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-6.
107. Evans DL et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-8.
108. Fish AN et al. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.
109. Fouts AC, Kraus SJ. Trichomonas vaginalis: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-43.
110. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-6.
111. Gertig DM et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.
112. Green J. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of Cancer*, 2003, 88:1713-20.
113. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.
114. Han Y et al. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.
115. Handsfield HH et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986, 255:1730-4.
116. Hanna NF et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-71.
117. Harrison HR et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-51.
118. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-20.
119. Herrmann B et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-6.
120. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-7.
121. Hilton AL et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
122. Hiltunen-Back E et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-8.
123. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
124. Jaffe LR et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-4.
125. Jick H et al. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1982, 248:1619-21.
126. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-7.
127. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-9.
128. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-90.
129. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
130. Lefevre JC et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-3.

131. Louv WC et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.
132. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of Neisseria gonorrhoeae from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-6.
133. Lycke E et al. The risk of transmission of genital Chlamydia trachomatis infection is less than that of genital Neisseria gonorrhoeae infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.
134. Macaulay ME et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. Chlamydia infection--the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.
135. Magder LS et al. Factors related to genital Chlamydia trachomatis and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.
136. Magder LS et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical Chlamydia trachomatis infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-4.
137. Masse R et al. Chlamydia trachomatis cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-61.
138. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of Neisseria gonorrhoeae. *JAMA*, 1982, 247:1292-4.
139. Nayyar KC et al. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-8.
140. Oh MK et al. Chlamydia trachomatis cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-81.
141. Oriol JD et al. Infection of the uterine cervix with Chlamydia trachomatis. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-51.
142. Paavonen J, Vesterinen E. Chlamydia trachomatis in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
143. Park BJ et al. Contraceptive methods and the risk of Chlamydia trachomatis infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-8.
144. Pereira LH et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-92.
145. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-80.
146. Ripa KT et al. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
147. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
148. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-9.
149. Sellors JW et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-5.
150. Sessa R et al. Epidemiology of urogenital infections caused by Chlamydia trachomatis and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-72.
151. Shafer MA et al. Chlamydia trachomatis: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-6.
152. Smith JS et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-94.
153. Staerfelt F et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-7.
154. Svensson L, Westrom L, Mardh PA. Chlamydia trachomatis in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-62.
155. Tait IA et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.

156. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-3.
157. Winer RL et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students.[erratum appears in Am J Epidemiol. 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-26.
158. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of Chlamydia trachomatis in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30-6.
159. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-42.
160. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-5.
161. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
162. Akilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
163. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
164. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
165. Chao A et al. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-80.
166. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
167. de Vincenzi I. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-6.
168. Ellerbrock TV et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-9.
169. Gray JA et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
170. Guimaraes MD et al. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-47.
171. Hira SK et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-8.
172. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
173. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
174. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
175. Kunanusont C et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-83.
176. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
177. Latif AS et al. Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS*, 1989, 3:519-23.
178. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
179. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
180. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
181. Moss GB et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-91.

182. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
183. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
184. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
185. Pineda JA et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-9.
186. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
187. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-9.
188. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
189. Saracco A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.
190. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-44.
191. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
192. Siraprapasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
193. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
194. Stephenson JM. Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: when to resist meta-analysis. *AIDS*, 1998, 12:545-53.
195. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.
196. Temmerman M et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
197. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.
198. Wang CC, Reilly M, Kreiss JK. Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: a meta-analysis.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr 1999 Aug 15;21(5):428]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 1999, 21:51-8.
199. Cejtin HEJ. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-4.
200. Clemetson DB et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-4.
201. Kreiss J et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-601.
202. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
203. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
204. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
205. el Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
206. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-10.
207. Gad-el-Mawla N et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of the Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-47.

208. Shaaban MM et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.
209. Shaaban MM et al. Effect of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-5.
210. Sy FS et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-94.
211. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
212. Back DJ et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-7.
213. Back DJ et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-43.
214. Barditch-Crovo P et al. The effects of rifampin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-38.
215. Bessot JC et al. [Rifampicin interference with oral contraceptives]. *Journal de Médecine de Strasbourg*, 1977, 8:131-3.
216. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinylloestradiol in man. *Acta Endocrinologica*, 1977, 85:189-97.
217. Gelbke HP, Gethmann U, Knuppen R. Influence of rifampicin treatment on the metabolic fate of [4-¹⁴C] mestranol in women. *Hormone and Metabolic Research*, 1977, 9:415-9.
218. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1980, 15:23.
219. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1973, 2:2957.
220. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariants de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: à propos de trois grossesses non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires*, 1975, 2:174-82.
221. Joshi JV et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-29.
222. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-2.
223. LeBel M et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-50.
224. Meyer B et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-4.
225. Nocke-Finck L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-3.
226. Piguet B, Muglioni JF, Chalaine G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1975, 4:115-6.
227. Reimers D, Jezek A. [The simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-62.
228. Skolnick JL et al. Rifampin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976, 236:1382.
229. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:31S-8S.
230. Back DJ et al. The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
231. Bartoli A et al. A double-blind, placebo-controlled study on the effect of vigabatrin on in vivo parameters of hepatic microsomal enzyme induction and on the kinetics of steroid oral contraceptives in healthy female volunteers. *Epilepsia*, 1997, 38:702-7.
232. Crawford P et al. The lack of effect of sodium valproate on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1986, 33:23-9.
233. Eldon MA et al. Gabapentin does not interact with a contraceptive regimen of norethindrone acetate and ethinyl estradiol. *Neurology*, 1998, 50:1146-8.
234. Fattore C et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-7.
235. Ragueneau-Majlessi I, Levy RH, Janik F. Levetiracetam does not alter the pharmacokinetics of an oral contraceptive in healthy women. *Epilepsia*, 2002, 43:697-702.

236. Rosenfeld WE et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-23.
237. Sabers A et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-4.
238. Back DJ et al. The effects of ampicillin oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-8.
239. Back DJ et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-95.
240. Back DJ et al. Evaluation of Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-32.
241. Back DJ et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-23.
242. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980, 280:293.
243. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 1986, 61:453-5.
244. Biron CR. Questions surface over whether antibiotics neutralized 'the pill,' resulting in pregnancy. *RDH*, 1996, 16:34-6.
245. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-9.
246. Bromham DR, Cartmill RS. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993, 306:556-7.
247. Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-5.
248. Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101-9.
249. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficacy of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-9.
250. DeSano EA, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-4.
251. Devenport MH et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-9.
252. Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-6.
253. Dosseter J. Drug interaction with oral contraceptives. *BMJ*, 1984, 4:467-8.
254. Driver J. Use of antibiotics during pregnancy. *British Dental Journal*, 1982, 153:48.
255. el-Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
256. Friedman CI et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-7.
257. Grimmer SF et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-9.
258. Helms SE et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-10.
259. Hempel E et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1973, 95:1451-7.
260. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924-6.
261. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica*, 1989, 37:86-9.
262. Hilbert J et al. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-23.
263. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-8.
264. Joshi JV et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-52.

265. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-5.
266. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-4.
267. Kovacs GT et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-51.
268. Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, Anteovin). *Therapia Hungarica*, 1986, 34:167-70.
269. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Médical*, 1980, 99:413-4.
270. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-3.
271. Lunell NO et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal healthy women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-7.
272. Maggiolo F et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451-4.
273. McDaniel PA, Caldrony RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
274. Meyboom RH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
275. Murphy AA et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991, 164:28-33.
276. Neely JL et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-20.
277. Organon. Nuvaring prescribing information. 2001.
278. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.
279. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-4.
280. Scholten PC et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-8.
281. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-9.
282. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-4.
283. Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-5.
284. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-7.
285. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion: fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-8.
286. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 1984, 288:1125-6.
287. van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-9.
288. van Puijenbroek EP et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 47:689-93.
289. Wermeling DP et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.
290. Young LK et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-92.

Cuprins Contraceptivele injectabile combinate, plasturele și inelul

CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE	3
Sarcină	3
Vârstă	3
Paritate	3
Alăptat	3
După naștere	3
După avort	3
După sarcină ectopică	4
Antecedente de intervenții chirurgicale în micul bazin	4
Fumat	4
Obezitate	4
Măsurarea tensiunii arteriale nu se poate efectua	4
AFEȚIUNI CARDIOVASCULARE	4
Factori multipli de risc pentru boala cardiovasculară	4
Hipertensiune arterială	5
Antecedente de hipertensiune arterială în sarcină.....	5
Tromboză venoasă profundă (TVP)/embolie pulmonară (EP)	6
Mutații trombogenice cunoscute	6
Tromboză venoasă superficială.....	6
Cardiopatie ischemică în prezent și în antecedente	6
Accident vascular cerebral.....	6
Dislipidemii diagnosticate.....	7
Valvulopatie.....	7
AFEȚIUNI NEUROLOGICE	7
Cefalee.....	7
Epilepsie.....	8
TULBURĂRI DEPRESIVE	8
Tulburări depresive.....	8
INFECȚII ȘI AFEȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	8
Caracterele sângerării vaginale.....	8
Sângerare vaginală neexplicată.....	8
Endometrioză.....	8
Tumori ovariene benigne.....	8
Dismenoree severă.....	8
Boală trofoblastică.....	8
Ectropion cervical.....	8
Neoplazie intraepitelială cervicală (NIC).....	9
Cancer de col	9
Afecțiuni ale sânelui.....	9
Cancer endometrial.....	9
Cancer ovarian.....	9
Fibroame uterine.....	9
Boală inflamatorie pelvină (BIP).....	9
Infecții transmise sexual (ITS).....	10
INFECȚIE CU HIV/SIDA	10
Risc crescut de infecție cu HIV.....	10
HIV - pozitiv.....	10
SIDA.....	10

ALTE INFECȚII	10
Schistosomiază	10
Tuberculoză	10
Malarie	10
AFECȚIUNI ENDOCRINE	11
Diabet zaharat	11
Afecțiuni tiroidiene	11
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE	11
Afecțiuni ale vezicii biliare	11
Antecedente de colestază	11
Hepatită virală.....	12
Ciroză	12
Tumori hepatice.....	12
ANEMII	12
Talasemie	12
Anemie falciformă.....	12
Anemie feriprivă.....	12
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE	12
Medicamente care afectează enzimele hepatice	12
Antibiotice	12
Tratament antiretroviral	13
Comentarii adiționale	14
Referințe pentru contraceptivele injectabile combinate, plasture și inel.....	17

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBINATE (CIC)

Contraceptivele injectabile combinate (CIC) eliberează un estrogen natural plus un progestativ și acționează prin inhibarea ovulației.¹⁻⁵ Sunt luate în discuție două combinații CIC, ambele administrate la interval de 4 săptămâni:

1) **Cyclofem** = Acetat de medroxiprogesteron 25mg plus estradiol cipionat 5mg

2) **Mesigyna** = Enantat de noretisteron 50mg plus estradiol valerat 5mg

Deoarece estrogenii din CIC pot fi mai fiziologici și mai puțin activi în comparație cu estrogenii sintetici din COC, tipul și amploarea efectelor secundare estrogenice asociate CIC pot fi diferite de cele prezentate de utilizatoarele COC. De fapt, studiile CIC pe termen scurt au demonstrat un efect redus asupra tensiunii arteriale, hemostazei și coagulării, metabolismului lipidic și funcției hepatice în comparație cu COC.⁶⁻⁸ În plus, administrarea parenterală a CIC elimină efectul primului pasaj hepatic al hormonilor.

Totuși, CIC sunt o metodă contraceptivă relativ nouă, și există puține date epidemiologice despre efectele lor pe termen lung. Există temeri legate de faptul că, spre deosebire de COC și PNP la care efectul încărcării hormonale poate fi redus imediat prin abandonarea utilizării lor, acest lucru nu este posibil în cazul injectabilelor, unde efectul continuă un timp după ultima injecție.

În așteptarea unor noi dovezi, Grupul de Lucru a concluzionat că dovezile existente pentru COC se aplică în cazul CIC în multe dar nu în toate situațiile. Prin urmare, Grupul de Lucru a încadrat categoriile pentru CIC undeva între categoriile pentru COC și PNP. Totuși, pentru afecțiunile grave (de exemplu, cardiopatia ischemică), clasificarea afecțiunilor a fost aceeași ca pentru COC. De aceea, alocarea categoriilor trebuie considerată provizorie, reflectând cel mai bun raționament la ora actuală, urmând a fi reevaluată pe măsură ce devin disponibile noi date.

PLASTURELE CONTRACEPTIV COMBINAT (P)

Plasturele contraceptiv combinat utilizează un sistem cu trei straturi cu o suprafață pătrată de 20 cm², aplicat pe fese, trunchi, abdomen sau braț, pentru a elibera transdermic etinilestradiol și un progestativ (norelgestromin). Efectul contraceptiv al plasturelui combinat este obținut prin inhibarea ovulației.⁹

Plasturele contraceptiv combinat disponibil pentru a fi luat în considerare a fost:

Evra=17-deacetyl norgestimate (norelgestromin) 150 μg plus etinilestradiol 20 μg.

Plasturele contraceptiv combinat este o metodă contraceptivă nouă. Despre siguranța plasturelui contraceptiv combinat în cazul femeilor sănătoase sunt disponibile informații relativ limitate, iar pentru femeile cu anumite afecțiuni medicale sunt disponibile și mai puține informații. În plus, Grupul de Lucru nu a avut la dispoziție pentru a analiza date epidemiologice despre efectele pe termen lung ale plasturelui contraceptiv combinat, și toate studiile existente au primit sprijin din partea producătorului plasturelui.

Conform dovezilor disponibile, plasturele contraceptiv combinat oferă o siguranță și profil farmacocinetic comparabile cu a COC cu compoziții hormonale similare.⁹⁻¹⁸ Discomfort pasager, pe termen scurt, la nivelul sânilor și efecte secundare la nivelul zonei de aplicare pe piele a fost raportat la mai puțin de 25% din utilizatoarele plasturelui contraceptiv combinat.¹⁰⁻¹³ Dovezi limitate sugerează că eficiența plasturelui ar putea scădea la femeile cu greutate de 90 kg sau mai mult.¹⁰⁻¹¹ Până în prezent, nu au fost efectuate studii care să examineze dacă evitarea efectului primului pasaj al hormonilor la nivelul ficatului prin utilizarea plasturelui diminuează temerile referitoare la interacțiunile medicamentoase sau la utilizarea plasturelui de către femeile cu afecțiuni hepatice.

Până la obținerea de noi dovezi, Grupul de Lucru a concluzionat că dovezile disponibile pentru COC se aplică și pentru plasture. În consecință, plasturele ar trebui să aibă aceleași categorii ca și COC. De aceea, categoriile stabilite trebuie să fie considerate o soluție preliminară, bazată pe cel mai bun raționament la ora actuală, care va fi reevaluată pe măsură ce devin disponibile noi dovezi.

INELUL VAGINAL COMBINAT (I)

Inelul vaginal contraceptiv combinat (I) eliberează etinilestradiol și un progestativ (etonogestrel) dintr-un inel de 54 mm fabricat dintr-un copolimer de acetat de etilen-vinil. Efectul contraceptiv al inelului vaginal combinat este obținut prin inhibarea ovulației.¹⁹⁻²⁰ Inelul vaginal disponibil pentru a fi luat în considerare a fost: **NuvaRing** = etonogestrel 120 μg plus etinilestradiol 15 μg (ambele cifre reprezintă rate aproximative de eliberare zilnică).

Inelul vaginal contraceptiv combinat este o metodă contraceptivă nouă. Despre siguranța inelului contraceptiv combinat în cazul femeilor sănătoase sunt disponibile informații relativ limitate, iar pentru femeile cu anumite afecțiuni medicale sunt disponibile și mai puține informații. În plus, Grupul de Lucru nu a avut la dispoziție pentru a analiza date epidemiologice despre efectele pe termen lung ale inelului contraceptiv combinat, și toate studiile existente au primit sprijin din partea producătorului inelului.

Conform dovezilor disponibile, inelul vaginal contraceptiv combinat oferă o siguranță și profil farmacocinetic comparabile cu a COC cu compoziții hormonale similare.²⁰⁻²⁵ Dovezile provenite de la femei sănătoase sugerează că inelul vaginal nu modifică flora vaginală,²³⁻²⁴ și dovezi limitate referitoare la femeile cu leziuni intraepiteliale scuamoase de grad scăzut au arătat că utilizarea inelului vaginal nu a agravat afecțiunea.²³ Până în prezent, nu au fost efectuate studii care să examineze dacă evitarea efectului primului pasaj al hormonilor la nivelul ficatului prin utilizarea inelului vaginal diminuează temerile referitoare la interacțiunile medicamentoase sau la utilizarea inelului de către femeile cu afecțiuni hepatice.

Până la obținerea de noi dovezi, Grupul de Lucru a concluzionat că dovezile disponibile pentru COC se aplică și pentru inel. În consecință, inelul ar trebui să aibă aceleași categorii ca și COC. De aceea, categoriile stabilite trebuie să fie considerate o soluție preliminară, bazată pe cel mai bun raționament la ora actuală, care va fi reevaluată pe măsură ce devin disponibile noi dovezi.

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)		CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	I=Inițiere C=Continuare			
	CIC	P	I	
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE				
SARCINĂ	NA	NA	NA	Clarificare: Utilizarea CIC, P sau I nu este necesară. Nu se cunosc efecte dăunătoare pentru femeile, pentru evoluția sarcinii sau pentru făt dacă se utilizează CIC, P sau I accidental în timpul sarcinii.
VÂRSTĂ *				
a) De la menarhă la < 40 ani	1	1	1	
b) ≥ 40 ani	2	2	2	
PARITATE				
a) Nulipară	1	1	1	
b) Multipară	1	1	1	
ALĂPTAT *				
a) < 6 săptămâni după naștere	4	4	4	
b) ≥ 6 săptămâni până la < 6 luni după naștere (femeia alăptează)	3	3	3	
c) ≥ 6 luni după naștere	2	2	2	
DUPĂ NAȘTERE * (la femeile care nu alăptează)				
a) < 21 zile	3	3	3	
b) ≥ 21 zile	1	1	1	
DUPĂ AVORT				
a) Primul trimestru	1	1	1	Clarificare: Se poate începe utilizarea CIC, P sau I imediat după efectuarea avortului.
b) Al doilea trimestru	1	1	1	
c) Imediat după avortul septic	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, plasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ *	1	1	1	
ANTECEDENTE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ÎN MICUL BAZIN	1	1	1	
FUMAT a) Vârstă < 35 ani b) Vârstă ≥ 35 ani (i) <15 țigări/zi (ii) ≥15 țigări/zi	2 2 3	2 3 4	2 3 4	
OBEZITATE Indicele masei corporale (IMC) ≥30 kg/m ²	2	2	2	Dovezi: Dovezi limitate sugerează că eficiența plasturelui poate scădea la femei cu greutatea de 90 kg sau mai mult. ¹⁰⁻¹¹
MĂSURAREA TENSIUNII ARTERIALE NU SE POATE EFECTUA	NA	NA	NA	Clarificare: Înainte de începerea utilizării CIC, P sau I este de dorit să se măsoare tensiunea arterială. Totuși, în unele locuri acest lucru nu este posibil. În multe dintre aceste locuri riscurile morbidității și mortalității asociate sarcinii sunt mari și CIC, P sau I poate fi una din puținele metode larg disponibile. În aceste locuri, femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea CIC, P sau I doar pentru că nu li se poate măsura tensiunea arterială.
AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE				
FACTORI MULTIPLI DE RISC PENTRU BOALA CARDIOVASCULARĂ (de exemplu vârstă, fumat, diabet zaharat și hipertensiune arterială)	3/4	3/4	3/4	Clarificare: În cazul unei femei care are mai mulți factori de risc majori, fiecare dintre ei putând crește semnificativ riscul afecțiunilor cardiovasculare, utilizarea CIC, P sau I poate crește riscul ei până la un nivel inacceptabil. Totuși, însumarea simplă a categoriilor corespunzătoare factorilor de risc multipli nu este o regulă; de exemplu o combinație a doi factori de risc din categoria 2 nu necesită în mod obligatoriu încadrarea într-o categorie superioară.

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, plasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ *				
Pentru toate categoriile de hipertensiune, clasificările se bazează pe presupunerea că nu mai există și alți factori de risc pentru boli cardiovasculare. Când există factori multipli de risc, riscul pentru boli cardiovasculare poate crește semnificativ. O singură măsurare a valorilor tensiunii arteriale nu este suficientă pentru a pune unei femei diagnosticul de hipertensiune arterială.				
a) Antecedente de hipertensiune arterială, unde tensiunea arterială NU POATE fi evaluată (inclusiv hipertensiunea în sarcină)	3	3	3	Clarificare: Se recomandă evaluarea cauzei și valorilor hipertensiunii cât mai repede posibil.
b) Hipertensiune arterială controlată adecvat, unde tensiunea arterială POATE fi evaluată	3	3	3	Clarificare: Femeile tratate adecvat pentru hipertensiune au un risc redus de infarct miocardic acut și de accident vascular cerebral în comparație cu femeile netratate. Deși nu există date, utilizatoarele de CIC, P sau I cu hipertensiune controlată și monitorizată în mod adecvat ar trebui să aibă un risc redus de infarct miocardic acut și de accident vascular cerebral în comparație cu utilizatoarele de CIC, P sau I hipertensive netratate.
c) Valori crescute ale tensiunii arteriale (măsurate corect)				
(i) sistolică 140-159 sau diastolică 90-99	3	3	3	
(ii) sistolică ≥ 160 sau diastolică ≥ 100	4	4	4	
d) Afectare vasculară	4	4	4	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ (unde tensiunea arterială în prezent este măsurabilă și normală)	2	2	2	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP) *				
a) Antecedente de TVP/EP	4	4	4	
b) TVP/EP în prezent	4	4	4	
c) Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi)	2	2	2	
d) Intervenții chirurgicale majore				
(i) cu imobilizare prelungită	4	4	4	
(ii) fără imobilizare prelungită	2	2	2	
e) Intervenții chirurgicale minore fără imobilizare	1	1	1	
MUTAȚII TROMBOGENICE CUNOSCUTE (de exemplu factorul V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei)	4	4	4	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului.
TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ *				
a) Varice	1	1	1	
b) Tromboflebită superficială	2	2	2	
CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE *	4	4	4	
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL * (în antecedente)	4	4	4	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
DISLIPIDEMII DIAGNOSTICATE	2/3	2/3	2/3	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului. Deși unele tipuri de dislipidemie constituie factori de risc pentru boala vasculară, categoria trebuie evaluată în funcție de tipul și gravitatea afecțiunii și de prezența altor factori de risc cardiovasculari.
VALVULOPATIE * a) Necomplicată b) Complicată (hipertensiune pulmonară, risc de fibrilație atrială, antecedente de endocardită bacteriană subacută)	2 4	2 4	2 4	
AFECTIUNI NEUROLOGICE				
CEFALEE * a) Nemigrenoasă (ușoară sau severă)	I C 1 2	I C 1 2	I C 1 2	Clarificare: Clasificarea depinde de stabilirea corectă a diagnosticului de cefalee severă migrenoasă sau nemigrenoasă. Orice cefalee nouă sau cu modificări marcate ale caracterelor durerii trebuie evaluată. Clasificarea se aplică femeilor fără nici un alt factor de risc pentru accident vascular cerebral. Riscul de accident vascular cerebral crește cu vârsta, hipertensiunea arterială și fumatul.
b) Migrenă (i) fără aură Vârsta < 35 Vârsta ≥ 35	2 3 3 4	2 3 3 4	2 3 3 4	
(ii) cu aură (la orice vârstă)	4 4	4 4	4 4	
EPILEPSIE	1	1	1	Clarificare: Dacă femeia ia medicamente antiepileptice, vezi secțiunea despre interacțiuni medicamentoase. Anumite medicamente antiepileptice reduc eficiența COC. Nu se cunoaște măsura în care utilizarea CIC, P sau I este similară, din acest punct de vedere, cu utilizarea COC.

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)		CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
TULBURĂRI DEPRESIVE				
TULBURĂRI DEPRESIVE	1	1	1	Clarificare: Clasificarea se bazează pe date despre femeii cu anumite tulburări depresive. Nu au existat date despre tulburarea bipolară sau depresia postpartum. Există posibilitatea interacțiunilor medicamentoase între anumite medicamente antidepresive și contraceptivele hormonale.
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV				
CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE *				
a) Caracter neregulat fără sângerare abundentă	1	1	1	
b) Sângerare abundentă sau prelungită (cu caracter regulat sau neregulat)	1	1	1	Clarificare: Sângerarea neobișnuit de abundentă trebuie să ridice suspiciunea unei afecțiuni grave subiacente.
SÂNGERARE VAGINALĂ NEEXPLICATĂ * (suspectă pentru o afecțiune gravă) Înainte de evaluare	2	2	2	Clarificare: Dacă se suspectează sarcina sau o afecțiune gravă subiacentă (ca de exemplu cancerul genital), sângerarea trebuie evaluată și categoria trebuie ajustată după evaluare.
ENDOMETRIOZĂ *	1	1	1	
TUMORI OVARIENE BENIGNE (inclusiv chisturi)	1	1	1	
DISMENOREE SEVERĂ	1	1	1	
BOALĂ TROFOBlasticĂ				
a) Boală trofoblastică gestațională benignă	1	1	1	
b) Boală trofoblastică gestațională malignă	1	1	1	
ECTROPION CERVICAL *	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC)	2	2	2	Dovezi: Dovezi limitate, de la femei cu leziuni intraepiteliale scuamoase de grad scăzut, au arătat că folosirea inelului vaginal nu a agravat afecțiunea. ²³
CANCER DE COL * (înainte de tratament)	2	2	2	
AFECȚIUNI ALE SÂNULUI *				Clarificare: Evaluarea trebuie efectuată cât mai curând posibil.
a) Nodul nedagnosticat	2	2	2	
b) Boală benignă a sânelui	1	1	1	
c) Antecedente familiale de cancer	1	1	1	
d) Cancer de sân				
(i) în prezent	4	4	4	
(ii) în antecedente și fără dovezi de boală prezentă în ultimii 5 ani	3	3	3	
CANCER ENDOMETRIAL *	1	1	1	
CANCER OVARIAN *	1	1	1	
FIBROAME UTERINE *				
a) Fără deformarea cavității uterine	1	1	1	
b) Cu deformarea cavității uterine	1	1	1	
BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP) *				
a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent)				
(i) cu sarcină ulterioară	1	1	1	
(ii) fără sarcină ulterioară	1	1	1	
b) BIP - în prezent	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS) *				
a) În prezent cervicită purulentă sau infecție cu Chlamydia sau gonoree	1	1	1	
b) Alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei)	1	1	1	
c) Vaginite (inclusiv Trichomonas vaginalis și vaginoza bacteriană)	1	1	1	
d) Risc crescut de ITS	1	1	1	
INFECȚIE CU HIV/SIDA				
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV *	1	1	1	
HIV-POZITIV	1	1	1	
SIDA	1	1	1	
Subterapie ARV	2	2	2	Clarificare: Dacă femeia utilizează tratament antiretroviral (ARV), vezi secțiunea de interacțiuni medicamentoase. Deoarece pot exista interacțiuni medicamentoase între contraceptivele hormonale și medicația ARV, SIDA cu tratament ARV este clasificată ca și Categoria 2.
ALTE INFECȚII				
SCHISTOSOMIAZĂ				
a) Necomplicată	1	1	1	
b) Fibroză hepatică (dacă este gravă, vezi ciroza)	1	1	1	
TUBERCULOZĂ				
a) Extragenitală	1	1	1	Clarificare: Dacă femeia utilizează rifampicină, vezi secțiunea de interacțiuni medicamentoase. Rifampicina reduce eficiența COC. Nu se cunoaște măsura în care utilizarea CIC, P sau I este similară din acest punct de vedere cu utilizarea COC.
b) Genitală diagnosticată	1	1	1	
MALARIE	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
AFEȚIUNI ENDOCRINE				
DIABET ZAHARAT *				
a) Antecedente de diabet gestațional	1	1	1	
b) Fără afectare vasculară				
(i) non-insulinodependent	2	2	2	
(ii) insulinodependent	2	2	2	
c) Nefropatie/retinopatie/neuropatie	3/4	3/4	3/4	Clarificare: Categoria trebuie evaluată în funcție de gravitatea bolii.
d) Altă afectare vasculară sau durata diabetului de peste 20 de ani	3/4	3/4	3/4	Clarificare: Categoria trebuie evaluată în funcție de gravitatea bolii.
AFEȚIUNI TIROIDIENE				
a) Gușă simplă	1	1	1	
b) Hipertiroidie	1	1	1	
c) Hipotiroidie	1	1	1	
AFEȚIUNI GASTROINTESTINALE				
AFEȚIUNI BILIARE *				
a) Simptomatice				
(i) tratate prin colecistectomie	2	2	2	
(ii) tratate medical	2	3	3	
(iii) în prezent	2	3	3	
b) Asimptomatice	2	2	2	
ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ*				
a) Asociată sarcinii	2	2	2	
b) Asociate cu utilizarea COC sau CIC în trecut	2	3	3	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
HEPATITĂ VIRALĂ * a) Activă b) Purtător	3/4 1	4 1	4 1	Clarificare: Categoria trebuie evaluată în funcție de gravitatea bolii. Clarificare: La femeile cu hepatită virală simptomatică, CIC, P și I nu trebuie utilizate până ce funcția hepatică nu revine la normal, sau timp de 3 luni după ce femeia devine asimptomatică (care din situații survine mai repede).
CIROZĂ * a) Formă ușoară (compensată) b) Formă gravă (decompensată)	2 3	3 4	3 4	
TUMORI HEPATICE * a) Benigne (adenoame) b) Maligne (hepatoame)	3 3/4	4 4	4 4	
ANEMII				
TALASEMIE	1	1	1	
ANEMIE FALCIFORMĂ	2	2	2	
ANEMIE FERIPRIVĂ *	1	1	1	
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE				
MEDICAMENTE CARE AFECTEAZĂ ENZIMELE HEPATICE a) Rifampicină b) Anumite anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidon, topiramat, oxcarbazepină)	2 2	3 3	3 3	Clarificare: Deși interacțiunea dintre rifampicină sau anumite anticonvulsivante și utilizarea P sau I nu este dăunătoare pentru femei, aceasta poate reduce eficiența P sau I. Femeile care utilizează pe termen lung oricare din aceste medicamente trebuie încurajate să utilizeze alte mijloace contraceptive.
ANTIBIOTICE (cu excepția rifampicinei) a) Griseofulvină b) Alte antibiotice	1 1	2 1	2 1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE INJECTABILE COMBinate (CIC), PLASTURELE (P), INELUL VAGINAL (I)	CIC, pasturele și inelul nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	CIC	P	I	
TERAPIE ANTIRETROVIRALĂ	2	2	2	<p>Clarificare: Este important de observat că medicamentele antiretrovirale (ARV) au potențialul fie de a scădea, fie de a crește biodisponibilitatea hormonilor steroizi din contraceptivele hormonale. Datele limitate disponibile (evidențiate în Anexa 1) sugerează că posibila interacțiune medicamentoasă între multe ARV (în special unii inhibitori de revers transcriptază non-nucleozidici (IRTNN) și inhibitori de protează (IP)) și contraceptivele hormonale pot modifica siguranța și eficiența atât a contraceptivelor hormonale cât și a ARV. Nu se știe dacă eficiența contraceptivă a contraceptivelor injectabile numai cu progestogen (de exemplu acetatul de medroxiprogesteron depozit și enantatul de noretisteron) ar fi compromise, deoarece aceste metode asigură nivele hormonale sanguine mai crescute decât alte contraceptive hormonale numai cu progestogen și decât contraceptivele orale combinate. Există studii demarate pentru evaluarea posibilității interacțiunii dintre acetatul de medroxiprogesteron depozit și anumite medicamente IP și IRTNN. Deci, dacă o femeie care utilizează tratament ARV decide să înceapă sau să continue utilizarea contraceptivelor hormonale, folosirea consecventă a prezervativelor este recomandată pentru prevenirea transmiterii HIV și poate deasemenea compensa orice posibilă reducere a eficienței contraceptivelor hormonale.</p>

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

Comentarii adiționale

VÂRSTĂ

De la menarhă la < 40 ani: temerile teoretice legate de utilizarea contraceptivelor hormonale combinate la adolescenți nu sunt susținute de dovezi științifice.

≥ 40 ani: riscul afecțiunilor cardiovasculare crește cu vârsta și poate crește de asemenea prin utilizarea contraceptivelor hormonale combinate. În absența altor afecțiuni, contraceptivele hormonale combinate pot fi utilizate până la menopauză.

ALĂPTAT

< 6 săptămâni după naștere: există unele temeri teoretice că nou-născutul poate avea un risc datorită expunerii la hormonii steroizi în timpul primelor 6 săptămâni după naștere.

≥ 6 săptămâni până la < 6 luni (femeia alăptează): utilizarea COC în timpul alăptării reduce cantitatea de lapte, scade durata lactației și astfel poate afecta negativ creșterea sugarului.

DUPĂ NAȘTERE

>21 zile: există unele temeri teoretice privind asocierea dintre utilizarea contraceptivelor hormonale combinate în primele trei săptămâni după naștere și riscul de tromboză la mamă. Coagularea și fibrinoliza revin în principiu la normal până la 3 săptămâni după naștere.

DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ

Riscul pentru o viitoare sarcină ectopică este crescut la femeile care au o sarcină ectopică în antecedente. Contraceptivele hormonale combinate oferă protecție împotriva sarcinii în general inclusiv împotriva sarcinii ectopice.

HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ

Afectare vasculară: la femeile cu afectare vasculară, riscul crescut de tromboză arterială asociat utilizării contraceptivelor hormonale combinate trebuie evitat.

TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP)

Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi): unele afecțiuni care cresc riscul de TVP/EP sunt ereditare.

Intervenții chirurgicale majore: gradul de risc pentru TVP/EP asociat intervențiilor chirurgicale majore depinde de durata imobilizării femeii. Nu este necesar să se oprească utilizarea contraceptivelor hormonale combinate înaintea sterilizării chirurgicale feminine.

TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ

Varice: varicele nu sunt factori de risc pentru TVP/EP.

CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE

La femeile cu afectare vasculară, riscul crescut de tromboză arterială asociat utilizării contraceptivelor hormonale combinate trebuie evitat.

ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

La femeile cu afectare vasculară, riscul crescut de tromboză arterială asociat utilizării contraceptivelor hormonale combinate trebuie evitat.

VALVULOPATIE

La femeile cu valvulopatie, utilizarea contraceptivelor hormonale combinate poate crește suplimentar riscul de tromboză arterială; femeile cu valvulopatie complicată au cel mai mare risc.

CEFALEE

Aura este un simptom neurologic specific de focar. Pentru mai multe informații despre acest subiect și despre alte criterii de diagnostic, vezi: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE

Sângerările menstruale cu caracter neregular sunt obișnuite la femeile sănătoase.

SÂNGERARE VAGINALĂ NEEPLICATĂ

Nu există afecțiuni care să producă sângerare vaginală și care să fie agravate pe termen scurt prin utilizarea contraceptivelor hormonale combinate.

ENDOMETRIOZĂ

Contraceptivele hormonale combinate nu agravează ci pot ameliora simptomele endometriozei.

ECTROPION CERVICAL

Ectropionul cervical nu este un factor de risc pentru cancerul de col și nu este necesară limitarea utilizării contraceptivelor hormonale combinate.

CANCER DE COL (înainte de tratament)

Există unele temeri teoretice că utilizarea contraceptivelor hormonale combinate poate afecta prognosticul bolii existente. Femeile pot utiliza contraceptive hormonale combinate înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

AFECȚIUNI ALE SÂNULUI

Antecedente familiale de cancer: femeile cu mutații BRCA1 și BRCA2 au risc general mult mai crescut pentru cancer de sân comparativ cu femeile care nu au aceste mutații. Majoritatea femeilor care au antecedente familiale de cancer de sân nu au aceste mutații.

Cancer de sân: cancerul de sân este o tumoră hormono-dependență și prognosticul femeilor cu cancer de sân în prezent sau în antecedentele recente se poate agrava prin utilizarea contraceptivelor hormonale combinate.

CANCER ENDOMETRIAL

Nu se știe dacă utilizarea CIC, P sau I reduce riscul apariției cancerului endometrial, similar cu COC. Femeile pot utiliza CIC, P sau I înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

CANCER OVARIAN

Nu se știe dacă utilizarea CIC, P sau I reduce riscul apariției cancerului ovarian, similar cu COC. Femeile pot utiliza CIC, P sau I înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

FIBROAME UTERINE

Utilizarea COC nu pare să producă creșterea fibroamelor uterine și nu se așteaptă ca CIC, P sau I să se comporte diferit.

BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)

Utilizarea COC poate reduce riscul de BIP la femeile cu ITS, dar nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior. Nu se știe dacă CIC, P sau I reduc riscul de BIP la femeile cu ITS, dar aceste metode nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)

Utilizarea COC poate reduce riscul de BIP la femeile cu ITS, dar nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior. Nu se știe dacă CIC, P sau I reduc riscul de BIP la femeile cu ITS, dar aceste metode nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV

Utilizarea COC poate reduce riscul de BIP la femeile cu ITS, dar nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior. Nu se știe dacă CIC, P sau I reduc riscul de BIP la femeile cu ITS, dar aceste metode nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

DIABET ZAHARAT

Deși toleranța la carbohidrați se poate modifica în timpul utilizării contraceptivelor hormonale combinate, temerile majore sunt legate de afectarea vasculară datorată diabetului și de riscul suplimentar de tromboză arterială datorat utilizării contraceptivelor hormonale combinate.

AFECȚIUNI ALE VEZICII BILIARE

La fel ca COC, P și I pot produce o ușoară creștere a riscului pentru afecțiuni ale vezicii biliare. Există de asemenea temeri că ele pot agrava afecțiunile deja existente ale vezicii biliare. S-a dovedit că, spre deosebire de COC, CIC au un efect minimal asupra funcției hepatice la femeile sănătoase și nu au efect de prim pasaj asupra ficatului.

ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ

Asociată sarcinii: antecedentele de colestază asociată sarcinii pot prezice un risc crescut de apariție a colestazei asociate terapiei hormonale combinate.

Asociată cu utilizarea COC sau CIC în trecut: antecedentele de colestază asociată utilizării COC prezic un risc crescut de colestază la utilizarea ulterioară a P și I. Spre deosebire de COC, s-a constatat că CIC au un efect minimal asupra funcției hepatice la femeile sănătoase și nu au efect de prim pasaj asupra ficatului.

HEPATITĂ VIRALĂ

Activă: S-a dovedit că, spre deosebire de COC, CIC au un efect minimal asupra funcției hepatice la femeile sănătoase și nu au efect de prim pasaj asupra ficatului. Totuși, deoarece CIC sunt metabolizate în ficat, teoretic ar putea afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă.

CIROZĂ

S-a dovedit că, spre deosebire de COC, CIC au un efect minimal asupra funcției hepatice la femeile sănătoase și nu au efect de prim pasaj asupra ficatului. Totuși, deoarece CIC sunt metabolizate în ficat, teoretic ar putea afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă.

TUMORI HEPATICE

S-a dovedit că, spre deosebire de COC, CIC au un efect minimal asupra funcției hepatice la femeile sănătoase și nu au efect de prim pasaj asupra ficatului. Totuși, deoarece CIC sunt metabolizate în ficat, teoretic ar putea afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă.

ANEMIE FERIPRIVĂ

Utilizarea contraceptivelor hormonale combinate poate reduce pierderea de sânge menstrual.

Referințe pentru contraceptivele injectabile combinate, plasture și inel

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-69.
2. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-59.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-72.
4. Garza-Flores J et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depoprovera. *Contraception*, 1987, 36:441-57.
5. Said S et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:1-20.
6. Meng Y-X et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 455-66.
7. Kesserü EV et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-98.
8. Haiba NA et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-32.
9. Pierson RA et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.
10. Audet M-C et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, 285:2347-54.
11. Smallwood GH et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:799-805.
12. Helmerhorst FM et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics [FC 2.30.06], Washington DC, USA, 3-8 September 2000.
13. Dittrich R et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinylestradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:15-20.
14. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylestradiol at four application sites. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002, 53:141-6.
15. Abrams LS et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-94.
16. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinylestradiol delivered by a contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) under conditions of heat, humidity, and exercise. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2001, 41:1301-9.
17. Ziemann M. The introduction of a transdermal hormonal contraceptive (Ortho Evra/Evra). *Fertility & Sterility*, 2002, 77(2): s1-s2.
18. Burkman, RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.
19. Stone SC. Desogestrel. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1995, 38:821-8.
20. Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:865-70.
21. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-42.
22. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:389-95.
23. Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 100:585-93.
24. Roumen FJME et al. The cervico-vaginal epithelium during 20 cycles of use of a combined contraceptive vaginal ring. *Human Reproduction*, 1996, 11:2443-8.
25. Davies GC, Feng LX, Newton JR. The effects of a combined contraceptive vaginal ring releasing ethinylestradiol and 3-ketodesogestrel on vaginal flora. *Contraception*, 1992, 45:511-8.

CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE	1
Sarcină	1
Vârsta	1
Paritate	2
Alăptat	2
După naștere	2
După avort	2
După sarcină ectopică	3
Antecedente de intervenții chirurgicale în micul bazin	3
Fumat	3
Obezitate	3
Măsurarea tensiunii arteriale nu se poate efectua	3
AFECTIUNI CARDIOVASCULARE	3
Factori multipli de risc pentru boala cardiovasculară	3
Hipertensiune arterială	4
Antecedente de hipertensiune arterială în sarcină.....	4
Tromboză venoasă profundă (TVP)/embolie pulmonară (EP)	5
Mutații trombogenice cunoscute	5
Tromboză venoasă superficială.....	5
Cardiopatie ischemică în prezent și în antecedente	5
Accident vascular cerebral.....	5
Dislipidemii diagnosticate.....	6
Valvulopatie.....	6
AFECTIUNI NEUROLOGICE	6
Cefalee.....	6
Epilepsie.....	6
TULBURĂRI DEPRESIVE	7
Tulburări depresive.....	7
INFECȚII ȘI AFECTIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	7
Caracterele sângerării vaginale.....	7
Sângerare vaginală neexplicată.....	7
Endometrioza.....	7
Tumori ovariene benigne.....	7
Dismenoree severă.....	7
Boală trofoblastică.....	8
Ectropion cervical.....	8
Neoplazie intraepitelială cervicală (NIC).....	8
Cancer de col	8
Afecțiuni ale sânelui.....	8
Cancer endometrial.....	8
Cancer ovarian.....	8
Fibroame uterine.....	8
Boală inflamatorie pelvină (BIP).....	9
Infecții transmise sexual (ITS).....	9
INFECȚIE CU HIV/SIDA	9
Risc crescut de infecție cu HIV.....	9
HIV - pozitiv.....	9
SIDA.....	10

ALTE INFECȚII	10
Schistosomiază	10
Tuberculoză	10
Malarie	10
AFEȚIUNI ENDOCRINE	10
Diabet zaharat	10
Afecțiuni tiroidiene	11
AFEȚIUNI GASTROINTESTINALE	11
Afecțiuni ale vezicii biliare	11
Antecedente de colelitiază	11
Hepatită virală.....	11
Ciroză	11
Tumori hepatice.....	12
ANEMII	12
Talasemie	12
Anemie falciformă.....	12
Anemie feriprivă.....	12
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE	12
Medicamente care afectează enzimele hepatice	12
Antibiotice	12
Tratament antiretroviral	13
Comentarii adiționale	14
Referințe pentru contraceptivele numai cu progestativ.....	16

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV

PNP	=	Pilula numai cu progestativ
D/NE	=	Medroxiprogesteron acetat depozit (DMPA)/noretisteron enantat (NET-EN)
LNG/ETG	=	Implantele cu levonorgestrel (Norplant și Jadelle) și implantele cu etonogestrel (Implanon)

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)	CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE				
SARCINĂ	NA			Clarificare: Utilizarea CNP nu este necesară. Nu se cunosc efecte dăunătoare pentru femeie, pentru evoluția sarcinii sau pentru făt dacă se utilizează CNP accidental în timpul sarcinii. Totuși, rămâne neclară relația dintre utilizarea DMPA în timpul sarcinii și efectele sale asupra fătului.
VÂRSTĂ *				
a) De la menarhă la <18 ani	1	2	1	Dovezi: Dovezi limitate arată scăderea densității minerale osoase, în timp, în cadrul adolescentelor utilizatoare de DMPA, dar nu și în cadrul utilizatoarelor de implant cu levonorgestrel. Studiile nu au examinat dacă utilizarea DMPA de către adolescente afectează nivelele maxime ale masei osoase. ¹⁻⁵
b) 18 până la 45 ani	1	1	1	Dovezi: În general, în timpul utilizării DMPA, femeile au avut densitate minerală osoasă scăzută în comparație cu neutilizatoarele; această scădere nu a depășit de obicei o deviație standard față de valorile normale. ⁶ Rezultatele, în timpul utilizării Norplant, au fost contradictorii. ⁶ Un studiu efectuat pe utilizatoarele de Implanon nu a arătat nici o modificare a densității minerale osoase pe durata a doi ani. ⁷
c) >45 ani	1	2	1	Dovezi: Utilizatoarele DMPA mai în vârstă au avut densitate minerală osoasă scăzută în comparație cu neutilizatoarele. Totuși, dovezi limitate au arătat că femeile au câștigat masă osoasă după oprirea DMPA înainte de menopauză. Mai mult, în cadrul femeilor aflate la menopauză, nu au existat diferențe ale densității minerale osoase între femeile care au utilizat anterior DMPA și cele care nu au utilizat niciodată metoda. ⁸⁻¹³

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)	CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.				
	STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
		PNP	D/NE	LNG/ETG	
PARITATE a) Nulipară b) Multipară	1 1	1 1	1 1		
ALĂPTAT a) < 6 săptămâni după naștere b) ≥ 6 săptămâni până la < 6 luni după naștere (femeia alăptează) c) ≥ 6 luni după naștere	3 1 1	3 1 1	3 1 1	Clarificare: Există unele temeri că nou-născutul poate avea un risc datorită expunerii la hormonii steroizi în timpul primelor 6 săptămâni după naștere. Totuși, în multe locuri riscurile morbidității și mortalității asociate sarcinii sunt crescute și accesul la servicii este limitat. CNP poate fi una din puținele metode larg disponibile și accesibile femeilor care alăptează imediat după naștere. Dovezi: Studiile au arătat că în cadrul femeilor care alăptează, în primele 6 săptămâni după naștere, contraceptivele numai cu progestativ nu au afectat alăptarea, nici sănătatea și creșterea nou-născutului. Totuși, nu există date care să evalueze efectele asupra dezvoltării creierului și ficatului prin expunere la progestative prin laptele matern. ¹⁴⁻³⁸	
DUPĂ NAȘTERE * (la femeile care nu alăptează) a) < 21 zile b) ≥ 21 zile	1 1	1 1	1 1		
DUPĂ AVORT a) Primul trimestru b) Al doilea trimestru c) Imediat după avortul septik	1 1 1	1 1 1	1 1 1	Clarificare: Se poate începe utilizarea CNP imediat după efectuarea avortului. Dovezi: Dovezi limitate sugerează că nu există efecte adverse atunci când se începe utilizarea Norplant sau NET - EN după un avort de prim trimestru. ³⁹⁻⁴²	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)	CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ *	2	1	1	
ANTECEDENTE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ÎN MICUL BAZIN	1	1	1	
FUMAT a) Vârsta < 35 ani b) Vârsta ≥ 35 ani (i) <15 țigări/zi (ii) ≥15 țigări/zi	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
OBEZITATE Indicele masei corporale (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	Dovezi: Studiile arată dovezi contradictorii privind eventuala creștere a riscului de câștig ponderal și probleme cu sângerarea la femeile obeze în timpul utilizării DMPA comparativ cu femeile nonobeze în timpul utilizării DMPA. ⁴³⁻⁴⁵ Studiile arată că eficiența capsulelor moi Norplant sau Jadelle nu este scăzută la femeile obeze. ⁴⁶⁻⁴⁸
MĂSURAREA TENSIUNII ARTERIALE NU SE POATE EFECTUA	NA	NA	NA	Clarificare: Înainte de începerea utilizării CNP este de dorit să se măsoare tensiunea arterială. Totuși, în unele locuri acest lucru nu este posibil. În multe dintre aceste locuri riscurile morbidității și mortalității asociate sarcinii sunt mari și CNP este una din puținele metode larg disponibile. În aceste locuri, femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea CNP doar pentru că nu li se poate măsura tensiunea arterială.
AFEȚIUNI CARDIOVASCULARE				
FACTORI MULTIPLI DE RISC PENTRU BOALA CARDIOVASCULARĂ (de exemplu vârstă, fumat, diabet zaharat și hipertensiune arterială)	2	3	2	Clarificare: Când există mai mulți factori de risc majori, riscul afecțiunilor cardiovasculare poate crește semnificativ. Unele CNP pot crește riscul de tromboză, deși această creștere este semnificativ mai mică decât în cazul COC. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după abandonarea metodei.

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)		CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ*				
Pentru toate categoriile de hipertensiune, clasificările se bazează pe presupunerea că nu mai există și alți factori de risc pentru boli cardiovasculare. Când există factori multipli de risc, riscul pentru boli cardiovasculare poate crește semnificativ. O singură măsurare a valorilor tensiunii arteriale nu este suficientă pentru a pune unei femei diagnosticul de hipertensiune arterială.				
a) Antecedente de hipertensiune arterială unde tensiunea arterială NU POATE fi evaluată (inclusiv hipertensiunea în sarcină)	2	2	2	Clarificare: Înainte de începerea utilizării CNP este de dorit să se măsoare tensiunea arterială. Totuși, în unele locuri acest lucru nu este posibil. În multe dintre aceste locuri riscurile morbidității și mortalității asociate sarcinii sunt mari și CNP este una din puținele metode larg disponibile. În aceste locuri, femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea CNP doar pentru că nu li se poate măsura tensiunea arterială.
b) Hipertensiune arterială controlată adecvat, unde tensiunea arterială POATE fi evaluată	1	2	1	Clarificare: Femeile tratate adecvat pentru hipertensiune au un risc redus de infarct miocardic acut și de accident vascular cerebral în comparație cu femeile netratate. Deși nu există date, utilizatoarele de CNP cu hipertensiune controlată și monitorizată în mod adecvat ar trebui să aibă un risc redus de infarct miocardic acut și de accident vascular cerebral în comparație cu utilizatoarele de CNP hipertensive netratate.
c) Valori crescute ale tensiunii arteriale (i) sistolică 140-159 sau diastolică 90-99 (ii) sistolică ≥ 160 sau diastolică ≥ 100	1 2	2 3	1 2	Dovezi: Dovezi limitate sugerează că dintre femeile cu hipertensiune, cele care au utilizat PNP sau injectabile numai cu progestativ au avut o ușoară creștere a riscului de afecțiuni cardiovasculare în comparație cu femeile care nu au utilizat aceste metode. ⁴⁹
d) Afectare vasculară	2	3	2	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ (unde tensiunea arterială în prezent este măsurabilă și normală)	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)	CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
	STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare		CLARIFICĂRI / DOVEZI
		PNP	D/NE	
TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP) * a) Antecedente de TVP/EP b) TVP/EP în prezent c) Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi) d) Intervenții chirurgicale majore (i) cu imobilizare prelungită (ii) fără imobilizare prelungită e) Intervenții chirurgicale minore fără imobilizare	2	2	2	
MUTAȚII TROMBOGENICE CUNOSCUTE (de exemplu factorul V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei)	2	2	2	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului.
TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ a) Varice b) Tromboflebită superficială	1	1	1	
CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE *	I C 2 3	3	I C 2 3	
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL * (în antecedente)	I C 2 3	3	I C 2 3	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)		CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.					
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI			
	PNP	D/NE	LNG/ETG				
DISLIPIDEMII DIAGNOSTICATE	2	2	2	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului. Unele tipuri de dislipidemie constituie factori de risc pentru boala vasculară.			
VALVULOPATIE a) Necomplicată b) Complicată (hipertensiune pulmonară, risc de fibrilație atrială, antecedente de endocardită bacteriană subacută)	1 1	1 1	1 1				
AFECȚIUNI NEUROLOGICE							
CEFALEE *	I	C	I	C	I	C	
a) Nemigrenoasă (ușoară sau severă)	1	1	1	1	1	1	Clarificare: Clasificarea depinde de stabilirea corectă a diagnosticului de cefalee severă migrenoasă sau nemigrenoasă. Orice cefalee nouă sau cu modificări marcate ale caracterelor durerii trebuie evaluată. Clasificarea se aplică femeilor fără nici un alt factor de risc pentru accident vascular cerebral. Riscul de accident vascular cerebral crește cu vârsta, hipertensiunea arterială și fumatul.
b) Migrenă							
(i) fără aură							
<i>Vârsta < 35</i>	1	2	2	2	2	2	
<i>Vârsta ≥ 35</i>	1	2	2	2	2	2	
(ii) cu aură, la orice vârstă	2	3	2	3	2	3	
EPILEPSIE	1	1	1	Clarificare: Dacă femeia ia medicamente antiepileptice, vezi secțiunea despre interacțiuni medicamentoase. Anumite medicamente antiepileptice reduc eficiența CNP.			

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)		CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
TULBURĂRI DEPRESIVE				
TULBURĂRI DEPRESIVE	1	1	1	<p>Clarificare: Clasificarea se bazează pe date despre femeii cu anumite tulburări depresive. Nu au existat date despre tulburarea bipolară sau depresia postpartum. Există posibilitatea interacțiunilor medicamentoase între anumite medicamente antidepressiv și contraceptivele hormonale.</p> <p>Dovezi: CNP nu au crescut intensitatea simptomelor de depresie la femeii cu depresie în comparație cu momentul inițierii metodei. ⁵⁰⁻⁵³</p>
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV				
CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE *				
a) Caracter neregulat fără sângerare abundentă	2	2	2	
b) Sângerare abundentă sau prelungită (cu caracter regulat sau neregulat)	2	2	2	Clarificare: Sângerarea neobisnuit de abundentă trebuie să ridice suspiciunea unei afecțiuni grave subiacente
SÂNGERARE VAGINALĂ NEEPLICATĂ* (suspectă pentru o afecțiune gravă) Înainte de evaluare	2	3	3	Clarificare: Dacă se suspectează sarcina sau o afecțiune gravă subiacentă (ca de exemplu cancerul genital), sângerarea trebuie evaluată și categoria trebuie ajustată după evaluare.
ENDOMETRIOZĂ	1	1	1	
TUMORI OVARIENE BENIGNE (inclusiv chisturi)	1	1	1	
DISMENOREE SEVERĂ	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)		CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
BOALĂ TROFOBLASTICĂ				
a) Boală trofoblastică gestațională benignă	1	1	1	
b) Boală trofoblastică gestațională malignă	1	1	1	
ECTROPION CERVICAL	1	1	1	
NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC)	1	2	2	Dovezi: În cadrul femeilor cu infecție persistentă cu HPV, utilizarea pe termen lung a DMPA (≥ 5 ani) poate crește riscul de carcinom in situ și de carcinom invaziv. ⁵⁴
CANCER DE COL * (înainte de tratament)	1	2	2	
AFEȚIUNI ALE SÂNULUI *				Clarificare: Evaluarea trebuie efectuată cât mai curând posibil.
a) Nodul nedagnosticat	2	2	2	
b) Boală benignă a sânului	1	1	1	
c) Antecedente familiale de cancer	1	1	1	
d) Cancer de sân				
(i) în prezent	4	4	4	
(ii) în antecedente și fără dovezi de boală prezentă în ultimii 5 ani	3	3	3	
CANCER ENDOMETRIAL *	1	1	1	
CANCER OVARIAN *	1	1	1	
FIBROAME UTERINE *				
a) Fără deformarea cavității uterine	1	1	1	
b) Cu deformarea cavității uterine	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)		CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP) * a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent) (i) cu sarcină ulterioară (ii) fără sarcină ulterioară b) BIP - în prezent				
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS) * a) În prezent cervicită purulentă sau infecție cu Chlamydia sau gonoree b) Alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei) c) Vaginite (inclusiv Trichomonas vaginalis și vaginoza bacteriană) d) Risc crescut de ITS	1	1	1	Dovezi: Dovezi limitate sugerează că poate exista risc crescut de cervicită cu Chlamydia la utilizatoarele de DMPA aflate la risc crescut pentru ITS. Pentru alte ITS, fie dovezile nu arată asocieri între utilizarea DMPA și infectarea cu ITS, fie dovezile sunt limitate și nu se pot trage concluzii. Nu există dovezi pentru alte CNP. ⁵⁵⁻⁶¹
INFECȚIE CU HIV/SIDA				
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV *	1	1	1	Dovezi: În ansamblu, dovezile sunt neconcludente privind eventualitatea creșterii riscului de infecție cu HIV în cadrul utilizatoarelor de CNP comparativ cu neutilizatoarele. ⁶²⁻⁷⁸
HIV-POZITIV	1	1	1	Dovezi: Studiile sunt contradictorii privind eventualitatea creșterii riscului de eliminare virală a HIV și a virusului herpes simplex (HSV) în cadrul femeilor infectate cu HIV și care utilizează DMPA. ⁷⁹⁻⁸¹

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)	CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.				
	STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
		PNP	D/NE	LNG/ETG	
SIDA	1	1	1	Clarificare: Dacă femeia utilizează tratament antiretroviral (ARV), vezi secțiunea de interacțiuni medicamentoase. Deoarece pot exista interacțiuni medicamentoase între contraceptivele hormonale și medicația ARV, SIDA cu tratament ARV este clasificată ca și Categoria 2.	
Sub terapie ARV	2	2	2		
SCHISTOSOMIAZĂ				Dovezi: În cadrul femeilor cu schistosomiază necomplicată, dovezi limitate au arătat că utilizarea DMPA nu a avut efecte adverse asupra funcției hepatice. ⁸²	
a) Necomplicată	1	1	1		
b) Fibroză hepatică (dacă este gravă, vezi ciroza)	1	1	1		
TUBERCULOZĂ				Clarificare: Dacă femeia utilizează rifampicina, vezi secțiunea de interacțiuni medicamentoase. Rifampicina reduce eficiența CNP.	
a) Extragenitală	1	1	1		
b) Genitală diagnosticată	1	1	1		
MALARIE	1	1	1		
AFECȚIUNI ENDOCRINE					
DIABET ZAHARAT *					
a) Antecedente de diabet gestațional	1	1	1		
b) Fără afectare vasculară					
(i) non-insulindependent	2	2	2		
(ii) insulindependent	2	2	2		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)		CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
DIABET (Continuare)				
c) Nefropatie/ retinopatie/ neuropatie	2	3	2	
d) Altă afectare vasculară sau durata diabetului de peste 20 de ani	2	3	2	
AFEȚIUNI TIROIDIENE				
a) Gușă simplă	1	1	1	
b) Hipertiroidie	1	1	1	
c) Hipotiroidie	1	1	1	
AFEȚIUNI GASTROINTESTINALE				
AFEȚIUNI ALE VEZICII BILIARE *				
a) Simptomatice				
(i) tratate prin colecistectomie	2	2	2	
(ii) tratate medical	2	2	2	
(iii) în prezent	2	2	2	
b) Asimptomatice	2	2	2	
ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ *				
a) Asociată sarcinii	1	1	1	
b) Asociată cu utilizarea COC în trecut	2	2	2	
HEPATITĂ VIRALĂ *				
a) Activă	3	3	3	
b) Purtător	1	1	1	
CIROZĂ *				
a) Formă ușoară (compensată)	2	2	2	
b) Formă gravă (decompensată)	3	3	3	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)		CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG	
TUMORI HEPATICE * a) Benigne (adenoame) b) Maligne (hepatoame)	3 3	3 3	3 3	
ANEMII				
TALASEMIE	1	1	1	
ANEMIE FALCIFORMĂ	1	1	1	Dovezi: În cadrul femeilor cu anemie falciformă, utilizarea CNP nu a avut efecte adverse asupra parametrilor hematologici și, în unele studii, a fost benefică în ceea ce privește simptomele clinice. ⁸³⁻⁹⁰
ANEMIE FERIPRIVĂ *	1	1	1	
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE				
MEDICAMENTE CARE AFECTEAZĂ ENZIMELE HEPATICE a) Rifampicină b) Anumite anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidon, topiramat, oxcarbazepină)	3 3	2 2	3 3	Clarificare: Deși interacțiunea dintre rifampicină sau anumite anticonvulsivante și PNP sau implantele LNG/ETG nu este dăunătoare pentru femei, aceasta poate reduce eficiența PNP sau implantelor LNG/ETG. Femeile care utilizează pe termen lung oricare din aceste medicamente trebuie încurajate să utilizeze alte mijloace contraceptive. Încă nu se știe dacă creșterea dozei de hormoni din PNP ar fi benefică în aceste cazuri. Dovezi: Utilizarea anumitor anticonvulsivante a scăzut eficiența contraceptivă a CNP. ⁹¹⁻⁹³
ANTIBIOTICE (cu excepția rifampicinei) a) Griseofulvină b) Alte antibiotice	2 1	1 1	2 1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

CONTRACEPTIVELE NUMAI CU PROGESTATIV (CNP)	CNP nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere, C=Continuare		CLARIFICĂRI / DOVEZI
	PNP	D/NE	LNG/ETG
TERAPIE ANTIRETROVIRALĂ	2	2	<p>Clarificare: Este important de observat că medicamentele antiretrovirale (ARV) au potențialul fie de a scădea, fie de a crește biodisponibilitatea hormonilor steroizi din contraceptivele hormonale. Datele limitate disponibile (evidențiate în Anexa 1) sugerează că posibila interacțiune medicamentoasă între multe ARV (în special unii inhibitori de revers transcriptază non-nucleozidici (IRTNN) și inhibitori de protează (IP)) și contraceptivele hormonale pot modifica siguranța și eficiența atât a contraceptivelor hormonale cât și a ARV. Nu se știe dacă eficiența contraceptivă a contraceptivelor injectabile numai cu progestogen (de exemplu acetatul de medroxiprogesteron depozit și enantatul de noretisteron) ar fi compromise, deoarece aceste metode asigură nivele hormonale sanguine mai crescute decât alte contraceptive hormonale numai cu progestogen și decât contraceptivele orale combinate. Există studii demarate pentru evaluarea posibilității interacțiunii dintre acetatul de medroxiprogesteron depozit și anumite medicamente IP și IRTNN. Deci, dacă o femeie care utilizează tratament ARV decide să înceapă sau să continue utilizarea contraceptivelor hormonale, folosirea consecventă a prezervativelor este recomandată pentru prevenirea transmiterii HIV și poate deasemenea compensa orice posibilă reducere a eficienței contraceptivelor hormonale.</p>

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

Comentarii adiționale

VÂRSTĂ

De la menarhă la <18 ani: Referitor la femeile sub vârsta de 18 ani, există temeri teoretice privind efectul hipoestrogenic al utilizării DMPA, inclusiv dacă aceste femei vor atinge masa osoasă maximă corespunzătoare.

>45 ani: referitor la femeile cu vârsta peste 45 ani, există temeri teoretice privind efectul hipoestrogenic al utilizării DMPA, inclusiv dacă aceste femei își vor recupera toată masa osoasă pierdută, după întreruperea DMPA.

DUPĂ NAȘTERE

<21 zile: CNP pot fi utilizate în siguranță imediat după naștere de femeile care nu alăptează.

DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ

PNP au o rată absolută a sarcinii ectopice mai crescută în comparație cu alte CNP, dar totuși mai scăzută decât în cazul în care nu se utilizează nici o metodă contraceptivă.

HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ

Afectare vasculară: există temeri legate de efectele hipoestrogenice și nivelele reduse ale HDL, în special la utilizatoarele DMPA și NET-EN. Totuși, temerile privind aceste efecte sunt mai reduse în cazul utilizării PNP sau a implantelor LNG/ETG. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după întreruperea metodei.

TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP)

Unele CNP pot crește riscul de tromboză venoasă, deși această creștere este semnificativ mai mică decât în cazul COC.

CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE

Există temeri legate de efectele hipoestrogenice și nivelele reduse ale HDL, în special la utilizatoarele DMPA și NET-EN. Totuși, temerile privind aceste efecte sunt mai reduse în cazul utilizării PNP sau a implantelor LNG/ETG. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după întreruperea metodei.

ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Există temeri legate de efectele hipoestrogenice și nivelele reduse ale HDL, în special la utilizatoarele DMPA și NET-EN. Totuși, temerile privind aceste efecte sunt mai reduse în cazul utilizării PNP sau a implantelor LNG/ETG. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după întreruperea metodei.

CEFALEE

Aura este un simptom neurologic specific de focar. Pentru mai multe informații despre acest subiect și despre alte criterii de diagnostic, vezi: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

Există temeri că frecvența cefaleei severe ar putea crește la utilizarea NET-EN, DMPA și a implantelor. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după întreruperea metodei.

CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE

Caracterile neregulate ale sângerărilor menstruale sunt obișnuite la femeile sănătoase. Utilizarea CNP induce în mod frecvent un caracter neregulat al sângerării. Utilizarea implantului poate induce caractere neregulate ale sângerării, mai ales în primele 3-6 luni, dar acest tip de sângerare poate persista mai mult timp. Posibilitatea de apariție a amenoreei este mai mare la utilizatoarele de ETG decât la utilizatoarele de LNG

SÂNGERARE VAGINALĂ NEEPLICATĂ

CNP pot produce sângerări neregulate care pot masca simptomele unei afecțiuni subiacente. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după întreruperea metodei.

CANCER DE COL (înainte de tratament)

Există unele temeri teoretice că utilizarea CNP poate afecta prognosticul bolii existente. Femeile pot utiliza CNP înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

AFECȚIUNI ALE SÂNULUI

Cancer de sân: Cancerul de sân este o tumoră hormono-dependență și prognosticul femeilor cu cancer de sân în prezent sau în antecedentele recente se poate agrava prin utilizarea CNP.

CANCER ENDOMETRIAL

Femeile pot utiliza CNP înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

CANCER OVARIAN

Femeile pot utiliza CNP înainte de tratament. În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

FIBROAME UTERINE

Utilizarea CNP nu pare să producă creșterea fibroamelor uterine.

BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)

Nu se știe dacă CNP, ca și COC, reduc riscul de BIP la femeile cu ITS, dar aceste metode nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)

Nu se știe dacă CNP, ca și COC reduc riscul de BIP la femeile cu ITS, dar aceste metode nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV

Utilizarea COC poate reduce riscul de BIP la femeile cu ITS, dar nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior. Nu se știe dacă CNP reduc riscul de BIP la femeile cu ITS, dar aceste metode nu protejează împotriva HIV sau împotriva ITS ale tractului genital inferior.

DIABET ZAHARAT

Fără afectare vasculară: CNP pot modifica metabolismul carbohidraților.

Nefropatie, retinopatie, neuropatie: Există temeri legate de efectele hipoestrogenice și nivelele reduse ale HDL, în special la utilizatoarele DMPA și NET-EN. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după întreruperea metodei. Unele CNP pot crește riscul de tromboză venoasă, deși această creștere este semnificativ mai mică decât în cazul COC.

Altă afectare vasculară sau durata diabetului de > 20 de ani: Există temeri legate de efectele hipoestrogenice și nivelele reduse ale HDL, în special la utilizatoarele DMPA și NET-EN. Efectele DMPA și NET-EN pot persista un timp după întreruperea metodei. Unele CNP pot crește riscul de tromboză venoasă, deși această creștere este semnificativ mai mică decât în cazul COC.

ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ

Teoretic, antecedentele de colestază asociată utilizării COC pot prezice colestaza ulterioară la utilizarea CNP. Totuși, acest lucru nu fost dovedit.

HEPATITĂ VIRALĂ

Activă: CNP sunt metabolizate în ficat și utilizarea lor poate afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă. Această temere este similară dar mai redusă decât în cazul COC.

CIROZĂ

CNP sunt metabolizate în ficat și utilizarea lor poate afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă. Această temere este similară dar mai redusă decât în cazul COC.

TUMORI HEPATICE

CNP sunt metabolizate în ficat și utilizarea lor poate afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă. În plus, utilizarea CNP poate stimula creșterea tumorilor. Această temere este similară dar mai redusă decât în cazul COC.

ANEMIE FERIPRIVĂ

Modificările caracterelor menstruațiilor asociate utilizării CNP au un efect redus asupra nivelelor hemoglobinei.

Referințe pentru contraceptivele numai cu progestativ

1. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-9.
2. Cromer BA et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-6.
3. Cundy T et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-73.
4. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.
5. Tharnprisan W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-3.
6. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-21.
7. Beerthuis R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-22.
8. Cundy T et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*, 1994, 308:247-8.
9. Cundy T, Reid I. Depot medroxyprogesterone and bone density. *BMJ*, 1994, 308:1567-8.
10. Cundy T et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-83.
11. Gbolade B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-4.
12. Orr-Walker BJ et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-8.
13. Tang OS et al. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-4.
14. Abdel-Aleem H et al. The use of norgestrel acetate subdermal contraceptive implant, Uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-6.
15. Abdulla KA et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, Norplant, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-6.
16. Bjarnadottir RI et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 108:1174-80.
17. Croxatto HB et al. Fertility regulation in nursing women. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-8.
18. Diaz S et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-25.
19. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-6.
20. Hannon PR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-6.
21. Jimenez J et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-33.
22. Kamal I et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation: clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-8.
23. Karim M et al. Injected progestogen and lactation. *British Medical Journal*, 1971, 1:200-3.
24. Massai R et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.
25. McCann MF et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-48.

26. McEwan JA et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-50.
27. Melis GB et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
28. Moggia AV et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina.[Erratum appears in *Contraception*, 1991 Sep; 44(3):339]. *Contraception*, 1991, 44:31-43.
29. Narducci U, Piatti N. [Use of Depo-Provera as a contraceptive during the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 107-11.
30. Seth U et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-98.
31. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-35.
32. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-10.
33. Shikary ZK et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-12.
34. Sivin I et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper t 380a iud. *Contraception*, 1997, 55:225-32.
35. Velasquez J et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and chemical composition of milk]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 1976, 40(237):31-9.
36. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-9.
37. Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-8.
38. Reinprayoon D et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-46.
39. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-82.
40. Kurunmaki H et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-42.
41. Lahteenmaki P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-62.
42. Ortayli N et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-14.
43. Connor PD et al. Determining risk between Depo-Provera use and increased uterine bleeding in obese and overweight women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2002, 15:7-10.
44. Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.
45. Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
46. Sivin I et al. Contraception with two levonorgestrel rod implants. A 5-year study in the United States and Dominican Republic. *Contraception*, 1998, 58:275-82.
47. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant(R) capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187-94.
48. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43-9.
49. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-24.
50. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.

51. Gupta N et al. Mood changes in adolescents using depot-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2001, 14:71-6.
52. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-5.
53. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-40.
54. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
55. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
56. Giuliano AR et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-36.
57. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
58. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
59. Moscicki AB et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001, 285:2995-3002.
60. Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-7.
61. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
62. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
63. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
64. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
65. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
66. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
67. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
68. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
69. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
70. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
71. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
72. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
73. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
74. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
75. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
76. Siraprapasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
77. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.

78. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.
79. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
80. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
81. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
82. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
83. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *American Journal of the Medical Sciences*, 1973, 265:367-70.
84. Barbosa IC et al. Carbohydrate Metabolism in Sickle Cell Patients Using a Subdermal Implant Containing Nomegestrol Acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-5.
85. de Abood M et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the Painful Crises of Sickle Cell Anemia Patients. *Contraception*, 1997, 56:313-6.
86. De Ceulaer K et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-31.
87. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, Counselling, and Pregnancy in Women with Sickle Cell Disease. *BMJ*, 1993, 306:1735-7.
88. Ladipo OA et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1993, 41:85-7.
89. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Nomegestrol acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-8.
90. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-70.
91. Haukkamaa M. Contraception by Norplant subdermal capsules is not reliable in epileptic patients on anticonvulsant treatment. *Contraception*, 1986, 33:559-65.
92. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-61.
93. Shane-McWhorter L et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-4.

Pilulele contraceptive de urgență

PILULELE CONTRACEPTIVE DE URGENȚĂ

PILULELE CONTRACEPTIVE DE URGENȚĂ (PCU) (incluzând pilulele contraceptive cu levonorgestrel și pilulele contraceptive orale combinate)	PCU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICĂRI / DOVEZI
SARCINĂ	NA	Clarificare: Deși această metodă nu este indicată pentru femeia cu o sarcină diagnosticată sau suspectată, nu se cunosc efecte dăunătoare pentru femeie, pentru evoluția sarcinii sau pentru făt la utilizarea accidentală a PCU.
ALĂPTARE	1	
ANTECEDENTE DE SARCINĂ ECTOPICĂ	1	
ANTECEDENTE DE COMPLICAȚII CARDIOVASCULARE GRAVE * (cardiopatie ischemică, accident vascular cerebral, sau alte afecțiuni tromboembolice)	2	
ANGINĂ PECTORALĂ *	2	
MIGRENĂ *	2	
HEPATOPATIE GRAVĂ (cu icter) *	2	
UTILIZARE REPETATĂ A PCU	1	Clarificare: Utilizarea repetată a PCU este o dovadă a faptului că femeia necesită o consiliere suplimentară despre celelalte opțiuni contraceptive. Repetarea frecventă a utilizării PCU poate fi dăunătoare femeilor cu afecțiuni din categoria 2, 3 sau 4 pentru utilizarea COC, CIC sau CNP.
VIOL *	1	

* Comentarii adiționale

ANTECEDENTE DE COMPLICAȚII CARDIOVASCULARE GRAVE

Durata utilizării PCU este mai scurtă decât cea a utilizării obișnuite a COC sau PNP și de aceea se presupune că PCU au un impact clinic mai redus.

ANGINĂ PECTORALĂ

Durata utilizării PCU este mai scurtă decât cea a utilizării obișnuite a COC sau PNP și de aceea se presupune că PCU au un impact clinic mai redus.

MIGRENĂ

Durata utilizării PCU este mai scurtă decât cea a utilizării obișnuite a COC sau PNP și de aceea se presupune că PCU au un impact clinic mai redus.

HEPATOPATIE GRAVĂ (cu icter)

Durata utilizării PCU este mai scurtă decât cea a utilizării obișnuite a COC sau PNP și de aceea se presupune că PCU au un impact clinic mai redus.

VIOL

Nu există restricții pentru utilizarea PCU în caz de viol.

CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE	1
Sarcină	1
Vârsta	1
Paritate	1
După naștere	1
După avort	2
După sarcină ectopică	2
Antecedente de intervenții chirurgicale în micul bazin	2
Fumat	2
Obezitate	2
Măsurarea tensiunii arteriale nu se poate efectua	2
AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE	3
Factori multipli de risc pentru boala cardiovasculară	3
Hipertensiune arterială	3
Antecedente de hipertensiune arterială în timpul sarcinii	3
Tromboză venoasă profundă (TVP)/ embolie pulmonară (EP)	4
Mutații trombogence cunoscute	4
Tromboză venoasă superficială	4
Cardiopatie ischemică în prezent și în antecedente	4
Accident vascular cerebral	4
Dislipidemii diagnosticate	5
Valvulopatie	5
AFECȚIUNI NEUROLOGICE	5
Cefalee	5
Epilepsie	5
TULBURĂRI DEPRESIVE	5
Tulburări depresive	5
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	6
Caracterele sângerării vaginale	6
Sângerare vaginală neexplicată	6
Endometrioză	5
Tumori ovariene benigne	6
Dismenoree severă	6
Boală trofoblastică	6
Ectropion cervical	6
Neoplazie intraepitelială cervicală (NIC)	6
Cancer de col	6
Afecțiuni ale sânelui	7
Cancer endometrial	7
Cancer ovarian	7
Fibroame uterine	7
Anomalii uterine anatomice	7
Boală inflamatorie pelvină (BIP)	8
Infecții transmise sexual (ITS)	8
INFECȚIE CU HIV/SIDA	9
Risc crescut de infecție cu HIV	9
HIV - pozitiv.....	9
SIDA	9

ALTE INFECȚII	9
Schistosomiază	9
Tuberculoză	9
Malarie	10
AFECȚIUNI ENDOCRINE	10
Diabet zaharat	10
Afecțiuni tiroidiene	10
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE	10
Afecțiuni ale vezicii biliare.....	10
Antecedente de colelitiază	10
Hepatită virală.....	11
Ciroză	11
Tumori hepatice	11
ANEMII	11
Talasemie	11
Anemie falciformă.....	11
Anemie feriprivă.....	11
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE	11
Medicamente care afectează enzimele hepatice	11
Antibiotice	11
Tratament antiretroviral.....	12
Comentarii adiționale	13
Referințe pentru dispozitivele intrauterine	15

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE

DIU-Cu = DIU cu cupru

DIU-LNG = DIU cu eliberare de levonorgestrel (20 µg/24ore)

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI
	DIU-Cu	DIU-LNG	
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE			
SARCINĂ	4	4	Clarificare: DIU nu este indicat în timpul sarcinii și nu trebuie utilizat datorită riscului de infecții grave în sfera ginecologică și de avort spontan septic.
VÂRSTĂ *			
a) De la menarhă la < 20 ani	2	2	
b) ≥ 20 ani	1	1	
PARITATE *			
a) Nulipară	2	2	Dovezi: Există date contradictorii privind asocierea utilizării DIU cu infertilitatea la femeile nulipare, deși studii recente, bine conduse, nu sugerează creșterea riscului. ¹⁻⁹
b) Multipară	1	1	
DUPĂ NAȘTERE * (la femeile care alăptează sau nu, inclusiv după operație cezariană)			
a) < 48 ore	2	3	Dovezi: A existat o ușoară creștere a ratei expulziei comparând inserția întârziată după naștere, cu inserția imediată și comparând inserția imediată după naștere cu inserția după un interval de timp. ¹⁰⁻¹⁶
b) 48 ore până la < 4 săptămâni	3	3	
c) ≥ 4 săptămâni	1	1	
d) Stare septică puerperală	4	4	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI
	DIU-Cu	DIU-LNG	
DUPĂ AVORT * a) Primul trimestru	1	1	<p>Clarificare: DIU poate fi inserat imediat după un avort în primul trimestru, spontan sau la cerere.</p> <p>Dovezi: Nu a existat diferență între riscul complicațiilor pentru inserția imediată față de inserția întârziată a unui DIU după avort. Expulzia a fost mai mare când un DIU a fost inserat după un avort în al doilea trimestru față de inserția după un avort în primul trimestru. Nu au existat diferențe în siguranță sau expulzii între inserția după avort a unui DIU-LNG comparativ cu un DIU-Cu.¹⁷⁻³⁰</p>
b) Al doilea trimestru	2	2	
c) Imediat după avortul septic	4	4	
DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ *	1	1	
ANTECEDENTE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ÎN MICUL BAZIN (vezi paragraful după naștere, inclusiv operația cezariană)	1	1	
FUMAT a) Vârsta < 35 ani	1	1	
b) Vârsta ≥ 35 ani (i) < 15 țigări/zi	1	1	
(ii) ≥ 15 țigări/zi	1	1	
OBEZITATE Indicele masei corporale (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	
MĂSURAREA TENSIUNII ARTERIALE NU SE POATE EFECTUA	NA	NA	<p>Clarificare: Deși măsurarea tensiunii arteriale poate fi adecvată pentru o bună asistență medicală preventivă, ea nu este legată direct de siguranța și eficiența utilizării DIU. Femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea DIU doar pentru că nu li se poate măsura tensiunea arterială.</p>

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI
	DIU-Cu	DIU-LNG	
AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE			
FACTORI MULTIPLI DE RISC PENTRU BOALA CARDIOVASCULARĂ (de exemplu vârstă, fumat, diabet zaharat și hipertensiune arterială)	1	2	
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ *			
Pentru toate categoriile de hipertensiune, clasificările se bazează pe presupunerea că nu mai există și alți factori de risc pentru boli cardiovasculare. Când există factori multipli de risc, riscul pentru boli cardiovasculare poate crește semnificativ. O singură măsurare a valorilor tensiunii arteriale nu este suficientă pentru a pune unei femei diagnosticul de hipertensiune arterială.			
a) Antecedente de hipertensiune arterială unde tensiunea arterială NU POATE fi evaluată (inclusiv hipertensiunea în sarcină)	1	2	
b) Hipertensiune arterială controlată adecvat, unde tensiunea arterială POATE fi evaluată	1	1	
c) Valori crescute ale tensiunii arteriale (măsurate corect)			
(i) sistolică 140-159 sau diastolică 90-99	1	1	
(ii) sistolică ≥ 160 sau diastolică ≥ 100	1	2	
d) Afectare vasculară	1	2	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ (unde tensiunea arterială în prezent este măsurabilă și normală)	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI
	DIU-Cu	DIU-LNG	
DISLIPIDEMII DIAGNOSTICATE	1	2	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului.
VALVULOPATIE a) Necomplicată b) Complicată (hipertensiune pulmonară, risc de fibrilație atrială, antecedente de endocardită bacteriană subacută)	1 2	1 2	Clarificare: La inserție se recomandă administrarea profilactică de antibiotice pentru a preveni endocardita.
AFECȚIUNI NEUROLOGICE			
CEFALEE * a) Nemigrenoasă (ușoară sau severă) b) Migrenă (i) fără aură <i>Vârsta < 35</i> <i>Vârsta ≥ 35</i> (ii) cu aură, la orice vârstă	1 1 1 1	I C 1 2 2 2 3	Clarificare: Orice cefalee nouă sau cu modificări marcate ale caracterelor durerii trebuie evaluată.
EPILEPSIE	1	1	
TULBURĂRI DEPRESIVE			
TULBURĂRI DEPRESIVE	1	1	Clarificare: Clasificarea se bazează pe date despre femei cu anumite tulburări depresive. Nu au existat date despre tulburarea bipolară sau depresia postpartum. Sunt posibile interacțiuni medicamentoase între anumite medicamente antidepressive și contraceptivele hormonale.

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI		
	DIU-Cu	DIU-LNG			
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV					
CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE *			I	C	
a) Caracter neregulat fără sângerare abundentă	1		1	1	
b) Sângerare abundentă sau prelungită (cu caracter regulat sau neregulat)	2		1	2	Clarificare: Sângerarea neobișnuit de abundentă trebuie să ridice suspiciunea unei afecțiuni grave subiacente. Dovezi: În cadrul femeilor cu sângerări abundente sau prelungite, DIU-LNG a fost benefic în tratarea menoragiei. ³¹⁻³⁵
SÂNGERARE VAGINALĂ NEEPLICATĂ (suspectă pentru o afecțiune gravă) Înainte de evaluare					Clarificare: Dacă se suspectează sarcina sau o afecțiune gravă subiacentă (ca de exemplu cancerul genital), sângerarea trebuie evaluată și categoria trebuie ajustată după evaluare. Nu este necesară extragerea DIU înainte de evaluare.
			I	C	
			4	2	
ENDOMETRIOZĂ *	2		1		Dovezi: Utilizarea DIU-LNG la femeile cu endometrioză reduce dismenoreea și durerea pelvină. ^{36,37}
TUMORI OVARIENE BENIGNE (inclusiv chisturi)	1		1		
DISMENOREE SEVERĂ *	2		1		
BOALĂ TROFOBlastică *					
a) Boală trofoblastică gestațională benignă	3		3		
b) Boală trofoblastică gestațională malignă	4		4		
ECTROPION CERVICAL	1		1		
NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC) *	1		2		
CANCER DE COL * (înainte de tratament)					
			I	C	
			4	2	
			I	C	
			4	2	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)	DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.											
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI									
	DIU-Cu	DIU-LNG										
AFECȚIUNI ALE SÂNULUI * a) Nodul nedagnosticat b) Boală benignă a sânelui c) Antecedente familiale de cancer d) Cancer de sân: (i) în prezent (ii) în antecedente și fără dovezi de boală prezentă în ultimii 5 ani	1 1 1 1 1	2 1 1 4 3										
CANCER ENDOMETRIAL *	<table border="1"> <tr><td>I</td><td>C</td></tr> <tr><td>4</td><td>2</td></tr> </table>	I	C	4	2	<table border="1"> <tr><td>I</td><td>C</td></tr> <tr><td>4</td><td>2</td></tr> </table>	I	C	4	2		
I	C											
4	2											
I	C											
4	2											
CANCER OVARIAN *	<table border="1"> <tr><td>I</td><td>C</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> </table>	I	C	3	2	<table border="1"> <tr><td>I</td><td>C</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> </table>	I	C	3	2		
I	C											
3	2											
I	C											
3	2											
FIBROM UTERIN * a) Fără deformarea cavității uterine b) Cu deformarea cavității uterine	1 4	1 4	Dovezi: În cadrul femeilor cu fibroame nu au existat evenimente neplăcute în timpul utilizării DIU-LNG și s-a observat ameliorarea simptomelor și scăderea în volum a fibroamelor la unele femei. ³⁸⁻⁴⁴									
ANOMALII UTERINE ANATOMICE * a) Cavităte uterină deformată (orice anomalie uterină congenitală sau dobândită care deformează cavitătea astfel încât nu se poate efectua inserția) b) Alte anomalii (inclusiv stenoză sau leziune de col) care nu deformează cavitătea și nu împiedică inserția	4 2	4 2										

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)	DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.																						
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI																				
	DIU-Cu	DIU-LNG																					
<p>BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP) *</p> <p>a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent)</p> <p>(i) cu sarcină ulterioară</p> <p>(ii) fără sarcină ulterioară</p> <p>b) BIP - în prezent</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	I	C			1	1	2	2	4	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	I	C			1	1	2	2	4	2	<p>Clarificare pentru continuare: Tratați BIP utilizând antibiotice adecvate. De obicei nu este necesară îndepărtarea DIU dacă pacienta dorește utilizarea lui în continuare (Vezi <i>Recomandări de practică pentru utilizarea contraceptivelor</i>. OMS, Geneva, 2002 și IEESR, 2002). Continuarea utilizării unui DIU depinde de alegerea informată a pacientei și de factorii ei de risc prezenți pentru ITS și BIP.</p> <p>Dovezi: În cadrul utilizatoarelor de DIU tratate pentru BIP, nu au existat diferențe în evoluția clinică dacă DIU era extras sau lăsat pe loc.⁴⁵⁻⁴⁷</p>
I	C																						
1	1																						
2	2																						
4	2																						
I	C																						
1	1																						
2	2																						
4	2																						
<p>INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS) *</p> <p>a) În prezent cervicite purulente sau infecții cu Chlamydia sau cu gonoree.</p> <p>b) Alte ITS (cu excepția infecției cu HIV și a hepatitelor).</p> <p>c) Vaginite (inclusiv trichomonas vaginalis și vaginoze bacteriene)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	I	C	4	2	2	2	2	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>I</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	I	C	4	2	2	2	2	2	<p>Clarificare pentru continuare: Tratați ITS utilizând antibiotice adecvate. De obicei nu este necesară îndepărtarea DIU dacă pacienta dorește să continue utilizarea lui. Continuarea utilizării unui DIU depinde de alegerea informată a pacientei și de factorii ei de risc prezenți pentru ITS și BIP.</p> <p>Dovezi: Nu există dovezi dacă inserția DIU la femeile cu ITS crește riscul de BIP comparativ cu cele fără inserție de DIU. În cadrul femeilor cărora li se inseră un DIU, riscul absolut al unei BIP ulterioare era scăzut la femeile cu ITS în momentul inserției, însă era mai mare decât la femeile fără ITS în momentul inserției DIU.⁴⁸⁻⁵⁴</p>				
I	C																						
4	2																						
2	2																						
2	2																						
I	C																						
4	2																						
2	2																						
2	2																						

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI		
	DIU-Cu	DIU-LNG			
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS) (continuare)					
d) Risc crescut de ITS	2/3	2	2/3	2	<p>Clarificare pentru inițiere: Dacă o femeie are o probabilitate individuală foarte crescută de expunere la gonoree sau infecție cu Chlamydia, starea este clasificată în Categoria 3.</p> <p>Dovezi: Utilizând un algoritm pentru a clasifica starea de risc pentru ITS la utilizatoarele de DIU, un studiu a raportat un risc crescut pentru ITS de 11% la femeile care au avut complicații legate de DIU, comparativ cu 5% la cele neclasificate ca având risc crescut.</p>
INFECȚIE CU HIV/SIDA					
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV *	I	C	I	C	Dovezi: La femeile care au risc crescut de infecție cu HIV, utilizarea DIU cu cupru nu crește riscul de a contacta infecție cu HIV. ⁵⁵⁻⁶⁵
	2	2	2	2	
INFECTAT - HIV	2	2	2	2	Dovezi: La utilizatoarele de DIU, există dovezi limitate care arată că nu există risc crescut al complicațiilor generale sau al infecțiilor relatate ca și complicații atunci când comparăm femeile infectate cu HIV, cu femeile neinfectate. Mai mult decât atât, utilizarea DIU la femeile infectate cu HIV nu a fost asociată cu creșterea riscului de transmitere la partenerii sexuali. ^{55, 66-69}
SIDA	3	2	3	2	Clarificarea pentru continuare: Utilizatoarele de DIU, cu SIDA, trebuie monitorizate îndeaproape pentru infecții pelvine.
Bine din punct de vedere clinic sub terapie ARV	2	2	2	2	
ALTE INFECȚII					
SCHISTOSOMIAZĂ					
a) Necomplicată	1		1		
b) Fibroză hepatică (dacă este gravă, vezi ciroza)	1		1		
TUBERCULOZĂ *	I	C	I	C	
a) Extragenitală	1	1	1	1	
b) Genitală diagnosticată	4	3	4	3	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI
	DIU-Cu	DIU-LNG	
MALARIE	1	1	
AFECȚIUNI ENDOCRINE			
DIABET ZAHARAT *			
a) Antecedente de diabet gestațional	1	1	
b) Fără afectare vasculară			
(i) non-insulinodependent	1	2	
(ii) insulinodependent	1	2	
c) Nefropatie/ retinopatie/ neuropatie	1	2	
d) Altă afectare vasculară sau durată diabetului de peste 20 de ani	1	2	
AFECȚIUNI TIROIDIENE			
a) Gușă simplă	1	1	
b) Hipertiroidie	1	1	
c) Hipotiroidie	1	1	
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE			
AFECȚIUNI BILIARE			
a) Simptomatice			
(i) tratate prin colecistectomie	1	2	
(ii) tratate medical	1	2	
(iii) în prezent	1	2	
b) Asimptomatice	1	2	
ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ *			
a) Asociată sarcinii	1	1	
b) Asociată cu utilizarea COC în trecut	1	2	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)		DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI	
	DIU-Cu	DIU-LNG		
HEPATITĂ VIRALĂ * a) Activă b) Purtător	1 1	3 1		
CIROZĂ * a) Formă ușoară (compensată) b) Formă gravă (decompensată)	1 1	2 3		
TUMORI HEPATICE * a) Benigne (adenoame) b) Maligne (heptoame)	1 1	3 3		
ANEMII				
TALASEMIE *	2	1		
ANEMIE FALCIFORMĂ MANIFESTĂ *	2	1		
ANEMIE FERIPRIVĂ *	2	1		
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE				
MEDICAMENTE CARE INTERACȚIONEAZĂ CU ENZIMELE HEPATICE a) Rifampicina b) Unele anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidon, topiramă, oxcarbazepină)	1 1	1 1	Dovezi: Un studiu a constatat că rifabutina, care face parte din aceeași clasă cu rifampicina, nu are impact asupra eficienței DIU-LNG. ⁷⁰	
ANTIBIOTICE (cu excepția rifampicinei) a) Griseofulvină b) Alte antibiotice	1 1 1	1 1 1		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

DISPOZITIVELE INTRAUTERINE (DIU)	DIU nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.				
STAREA	CATEGORIA I=Inițiere C=Continuare		CLARIFICĂRI/DOVEZI		
	DIU-Cu	DIU-LNG			
TRATAMENT ANTIRETROVIRAL	I	C	I	C	Clarificare: Nu se cunosc interacțiuni medicamentoase între terapia ARV și utilizarea DIU. Totuși, SIDA ca și afecțiune este clasificată în Categoria 3 pentru inserție și Categoria 2 pentru continuare, în afară de cazul în care femeia este bine din punct de vedere clinic sub tratament ARV, caz în care atât inserția cât și continuarea sunt clasificate în Categoria 2 (vezi starea SIDA mai sus).
	2/3	2	2/3	2	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

Comentarii adiționale

VÂRSTĂ

De la menarhă la < 20 ani: există temeri legate atât de riscul expulzării datorită nuliparității cât și de riscul ITS datorită comportamentului sexual la grupele de vârstă tinere.

PARITATE

Nulipară: nuliparitatea este asociată unui risc crescut de expulzie.

DUPĂ NAȘTERE:

< 48 ore, de la 48 de ore până la < 4 săptămâni, ≥ 4 săptămâni: temerile că nou-născutul ar putea avea un risc datorită expunerii la hormoni steroizi în timpul utilizării DIU cu LNG în primele 6 săptămâni după naștere sunt aceleași ca și pentru alte progestative.

Stare puerperală septică: inserția unui DIU poate agrava semnificativ afecțiunea.

DUPĂ AVORT

Imediat după avortul septic: inserția unui DIU poate agrava semnificativ afecțiunea.

DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ

Riscul absolut de sarcină ectopică este extrem de scăzut datorită eficienței deosebite a DIU. Totuși, dacă femeia rămâne însărcinată în timpul utilizării DIU, probabilitatea relativă de apariție a sarcinii ectopice este crescută.

HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ

Există temeri teoretice despre efectul LNG asupra lipidelor. Nu există restricții pentru DIU cu cupru.

TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP)

Unele progestative pot crește riscul de tromboză venoasă, deși această creștere este semnificativ mai mică decât în cazul COC.

CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE

Există temeri teoretice despre efectul LNG asupra lipidelor. NU există restricții pentru DIU cu cupru.

ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Există temeri teoretice despre efectul LNG asupra lipidelor. NU există restricții pentru DIU cu cupru.

CEFALEE

Aura este un simptom neurologic specific de focar. Pentru mai multe informații despre acest subiect și despre alte criterii de diagnostic, vezi: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl1): 1-150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE

Utilizarea DIU-LNG determină frecvent schimbări în caracterele sângerării menstruale. Cu timpul utilizatoarele de DIU-LNG, față de neutilizatoare, pot să devină mult mai probabil amenoreice, astfel că DIU-LNG sunt câteodată utilizate ca tratament pentru a corecta sângerările abundente.

ENDOMETRIOZĂ

Utilizarea DIU cu cupru poate agrava dismenoreea asociată acestei afecțiuni.

DISMENOREE SEVERĂ

Dismenoreea se poate intensifica la utilizarea DIU cu cupru. Utilizarea DIU-LNG a fost asociată cu reducerea dismenoreei.

BOALĂ TROFOBLASTICĂ

Există un risc crescut de perforație deoarece tratamentul acestei afecțiuni poate necesita chiuretaje uterine multiple.

NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC)

Există unele temeri că DIU-LNG pot accelera progresiunea NIC.

CANCER DE COL (înainte de tratament)

Există temeri privind riscul crescut de infecție și sângerare la inserție. DIU va trebui probabil extras în momentul începerii tratamentului, dar până atunci femeia are risc de sarcină.

AFEȚIUNI ALE SÂNULUI

Cancer de sân: Cancerul de sân este o tumoră hormono-dependentă. Temerile despre progresiunea afecțiunii pot fi mai reduse la utilizarea DIU-LNG decât în cazul COC sau a CNP cu doze mari.

CANCER ENDOMETRIAL

Există temeri privind riscul crescut de infecție, perforație și sângerare la inserție. DIU va trebui probabil extras în momentul începerii tratamentului, dar până atunci femeia are risc de sarcină.

CANCER OVARIAN

DIU va trebui probabil extras în momentul începerii tratamentului, dar până atunci femeia are risc de sarcină.

FIBROM UTERIN

Fără deformarea cavității uterine: Femeile cu sângerări mari sau prelungite trebuie încadrate în categoria corespunzătoare acestei afecțiuni.

Cu deformarea cavității uterine: Fibroamele uterine preexistente care deformează cavitatea uterină pot fi incompatibile cu inserția și plasarea corectă a DIU.

ANOMALII UTERINE ANATOMICE

Cavitate uterină deformată: În prezența unei anomalii anatomice care deformează cavitatea uterină este posibil ca plasarea corectă a DIU să nu poată fi efectuată.

BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)

DIU nu protejează împotriva ITS/HIV/BIP. La femeile cu risc redus de ITS, inserția DIU are un risc redus de BIP. Riscul prezent de ITS și dorința de a avea o sarcină în viitor sunt factori relevanți de luat în considerare.

INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)

DIU nu protejează împotriva ITS/HIV/BIP. În cadrul femeilor cu infecție cu Chlamydia sau Gonoree, riscul potențial crescut de BIP asociat cu inserția unui DIU trebuie evitat. Temerea este mai redusă pentru alte ITS.

RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV

DIU nu protejează împotriva ITS/HIV/BIP.

TUBERCULOZĂ

Genitală diagnosticată: inserția unui DIU poate agrava semnificativ afecțiunea cunoscută.

DIABET ZAHARAT

Nu este clar dacă cantitatea de LNG eliberată de DIU poate influența ușor metabolismul carbohidraților și al lipidelor. Unele progestative pot crește riscul de tromboză, deși această creștere este semnificativ mai mică decât în cazul COC.

ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ

Există temeri că antecedentele de colestază asociată utilizării COC prezic riscul de colestază ulterioară la utilizarea LNG. Nu este clar dacă există vreun risc la utilizarea DIU-LNG.

HEPATITĂ VIRALĂ

Activă: CNP sunt metabolizate de ficat și în utilizarea lor pot să determine efecte secundare la femeile a căror funcție hepatică este compromisă. Această temere este similară, dar mai redusă decât în cazul COC.

CIROZĂ

CNP sunt metabolizate de ficat și în utilizarea lor pot să determine efecte secundare la femeile a căror funcție hepatică este compromisă. Această temere este similară, dar mai redusă decât în cazul COC.

TUMORI HEPATICE

CNP sunt metabolizate în ficat și utilizarea lor poate afecta negativ femeile a căror funcție hepatică este compromisă. În plus, utilizarea progestativelor poate stimula creșterea tumorilor. Această temere este similară, dar mai redusă decât în cazul COC.

TALASEMIE

Există temeri despre riscul de creștere a pierderilor sanguine la utilizarea DIU cu cupru.

ANEMIE FALCIFORMĂ MANIFESTĂ

Există temeri despre riscul de creștere a pierderilor sanguine la utilizarea DIU cu cupru.

ANEMIE FERIPRIVĂ

Există temeri despre riscul de creștere a pierderilor sanguine la utilizarea DIU cu cupru.

Referințe pentru dispozitivele intrauterine

1. Cramer DW et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-7.
2. Daling JR et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-41.
3. Daling JR et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-4.
4. Delborge W et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
5. Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-14.
6. Hubacher D et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-7.
7. Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-45.
8. Urbach DR et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-71.
9. Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-6.
10. Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-47.
11. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices--an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-34.
12. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 26:253-62.
13. Grimes D et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices.[update of *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2001, CD003036; PMID: 11406064]. [Review] [30 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, CD003036.
14. Morrison C et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
15. Thiery M et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-3.
16. Thiery M, Delbeke L, Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
17. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiloop 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-28.
18. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.
19. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-14.
20. El Tagy A et al. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-34.
21. Gillett PG et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-4.

22. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID: 10796820]. [Review] [28 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
23. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper "T" device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-9.
24. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-7.
25. Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003, 68:31-4.
26. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168-73.
27. Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996, 54:201-8.
28. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-60.
29. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Advances in Contraception*, 1986, 2:387-92.
30. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-71.
31. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, Abdel-Fattah. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2003, 108:72-4.
32. Hurskainen R et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet*, 2001, 357:273-7.
33. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-9.
34. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, CD002126.
35. Stewart A et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.
36. Fedele L et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-8.
37. Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-8.
38. Fedele L et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-9.
39. Grigorieva V et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-8.
40. Mercorio F et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-80.
41. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001, 6:192-8.
42. Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002, 102:74-9.
43. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002, 66:93-99.
44. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003, 44:237-45.
45. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143-9.

46. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137-43.
47. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-5.
48. Faundes A et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-9.
49. Ferraz do Lago R et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-9.
50. Morrison CS et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
51. Pap-Akeson M et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-9.
52. Sinei SK et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-9.
53. Skjeldestad FE et al. IUD users in Norway are at low risk for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-12.
54. Walsh TL et al. IUD Study Group. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-27.
55. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
56. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
57. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
58. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
59. Mann JM et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1988, 2:249-54.
60. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
61. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
62. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
63. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
64. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
65. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
66. Morrison CS et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-90.
67. Sinei SK et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-41.
68. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
69. Richardson BA et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-7.
70. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.

DIU cu cupru pentru contracepția de urgență

DIU-U

DIU CU CUPRU PENTRU CONTRACEPȚIA DE URGENȚĂ

Această metodă este deosebit de eficientă pentru prevenirea sarcinii. Un DIU cu eliberare de cupru (DIU-Cu) poate fi utilizat în termen de 5 zile de la contactul sexual neprotejat ca metodă contraceptivă de urgență. Totuși, atunci când se poate estima momentul ovulației, DIU-Cu poate fi inserat și după 5 zile după contactul sexual, dacă este necesar, cu condiția ca inserția să nu se efectueze la peste 5 zile după ovulație.

Criteriile de eligibilitate pentru inserția DIU-Cu în perioada de interval se aplică și în cazul inserției DIU-Cu ca metodă contraceptivă de urgență.

DIU CU CUPRU PENTRU CONTRACEPȚIA DE URGENȚĂ		DIU pentru contracepția de urgență nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV, se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICĂRI / DOVEZI
SARCINĂ	4	Clarificare: DIU nu este indicat în timpul sarcinii și nu trebuie utilizat datorită riscului de infecții grave în sfera ginecologică și de avort spontan septic.
VIOL *		
a) Risc crescut de infecții transmise sexual	3	
b) Risc redus de infecții transmise sexual	1	

* Comentariile adiționale

VIOL

DIU nu protejează împotriva ITS/HIV/BIP. În cadrul femeilor cu infecție cu Chlamydia sau gonoree, riscul potențial crescut de BIP asociat cu inserția unui DIU trebuie evitat. Temerea este mai redusă pentru alte ITS.

CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE.....	1
Sarcină	1
Vârstă	1
Paritate	1
După naștere	1
După avort	1
După sarcină ectopică	1
Antecedente de intervenții chirurgicale în micul bazin	1
Fumat	2
Obezitate	2
Măsurarea tensiunii arteriale nu se poate efectua	2
AFEȚIUNI CARDIOVASCULARE	2
Factori multipli de risc pentru boala cardiovasculară	2
Hipertensiune arterială	2
Antecedente de hipertensiune arterială în sarcină.....	3
Tromboză venoasă profundă (TVP)/embolie pulmonară (EP)	3
Mutații trombogenice cunoscute	3
Tromboză venoasă superficială.....	3
Cardiopatie ischemică în prezent și în antecedente	3
Accident vascular cerebral.....	3
Dislipidemii diagnosticate.....	4
Valvulopatie.....	4
AFEȚIUNI NEUROLOGICE	4
Cefalee.....	4
Epilepsie.....	4
TULBURĂRI DEPRESIVE	4
Tulburări depresive.....	4
INFECȚII ȘI AFEȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	4
Sângerare vaginală neexplicată.....	4
Endometrioza.....	4
Tumori ovariene benigne.....	5
Dismenoree severă.....	5
Boală trofoblastică.....	5
Ectropion cervical.....	5
Neoplazie intraepitelială cervicală (NIC).....	5
Cancer de col	5
Afecțiuni ale sânelui.....	5
Cancer endometrial.....	5
Cancer ovarian.....	5
Fibroame uterine.....	5
Anomalii uterine anatomice	6
Boală inflamatorie pelvină (BIP).....	6
Infecții transmise sexual (ITS)	6
INFECȚIE CU HIV/SIDA	6
Risc crescut de infecție cu HIV.....	6
HIV - pozitiv.....	6
SIDA.....	6

ALTE INFECȚII	6
Schistosomiază	6
Tuberculoză	7
Malarie	7
Antecedente de sindrom al șocului toxic	7
Infecție a tractului urinar.....	7
AFEȚIUNI ENDOCRINE	7
Diabet zaharat	7
Afețiuni tiroidiene	7
AFEȚIUNI GASTROINTESTINALE	7
Afețiuni ale vezicii biliare.....	7
Antecedente de colestază	8
Hepatită virală.....	8
Ciroză	8
Tumori hepatice.....	8
ANEMII	8
Talasemie	8
Anemie falciformă.....	8
Anemie feriprivă.....	8
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE	8
Medicamente care afectează enzimele hepatice	8
Antibiotice	8
Tratament antiretroviral.....	8
Alergie la latex	8
Comentarii adiționale	9
Referințe pentru metodele de barieră	10

METODELE DE BARIERĂ

P = Prezervative masculine din latex, prezervative masculine din poliuretan, prezervative feminine

S = Spermicide (peliculă, tabletă, spumă, gel)

D = Diafragmă (cu spermicid), cupolă cervicală

METODELE DE BARIERĂ		Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE				
SARCINĂ	NA	NA	NA	Clarificare: Nici una dintre aceste metode nu se utilizează în scop contraceptiv după ce sarcina este diagnosticată. Totuși, pentru femeile care continuă să aibă risc de ITS/HIV în timpul sarcinii, se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor.
VÂRSTĂ a) De la menarhă la < 40 ani b) ≥ 40 ani	1 1	1 1	1 1	
PARITATE a) Nulipară b) Multipară	1 1	1 1	1 2	Clarificare: Există un risc mai mare de eșec al cupolei cervicale la femeile multipare decât la cele nulipare.
DUPĂ NAȘTERE a) < 6 săptămâni după naștere b) ≥ 6 luni după naștere	1 1	1 1	NA 1	Clarificare: Diafragma și cupola sunt alegeri nepotrivite până când involuția uterină este completă.
DUPĂ AVORT a) Primul trimestru b) Al doilea trimestru c) Imediat după avortul septici	1 1 1	1 1 1	1 1 1	Clarificare: Diafragma și cupola sunt alegeri nepotrivite până la 6 săptămâni după avortul în al doilea trimestru.
DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ	1	1	1	
ANTECEDENTE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ÎN MICUL BAZIN	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

METODELE DE BARIERĂ	Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
FUMAT a) Vârstă < 35 ani b) Vârstă ≥ 35 ani (i) <15 țigări/zi (ii) ≥15 țigări/zi	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
OBEZITATE * Indicele masei corporale (IMC) ≥30 kg/m ²	1	1	1	
MĂSURAREA TENSIUNII ARTERIALE NU SE POATE EFECTUA	NA	NA	NA	Clarificare: Deși măsurarea tensiunii arteriale poate fi adecvată pentru o bună asistență medicală preventivă, ea nu este necesară pentru siguranța și eficiența utilizării metodelor de barieră. Femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea metodelor de barieră doar pentru că nu li se poate măsura tensiunea arterială.
AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE				
FACTORI MULTIPLI DE RISC PENTRU BOALA CARDIOVASCULARĂ (de exemplu vârstă, fumat, diabet zaharat și hipertensiune arterială)	1	1	1	
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ a) Antecedente de hipertensiune arterială, unde tensiunea arterială NU POATE fi evaluată (inclusiv hipertensiunea în sarcină) b) Hipertensiune arterială controlată adecvat, unde tensiunea arterială POATE fi evaluată c) Valori crescute ale tensiunii arteriale (măsurate corect) (i) sistolică 140-159 sau diastolică 90-99 (ii) sistolică ≥160 sau diastolică ≥100 d) Afectare vasculară	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

METODELE DE BARIERĂ	Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ (unde tensiunea arterială în prezent este măsurabilă și normală)	1	1	1	
TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP) a) Antecedente de TVP/EP b) TVP/EP în prezent c) Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi) d) Intervenții chirurgicale majore (i) cu imobilizare prelungită (ii) fără imobilizare prelungită e) Intervenții chirurgicale minore fără imobilizare	1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1	
MUTAȚII TROMBOGENICE CUNOSCUTE (de exemplu factorul V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei)	1	1	1	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului.
TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ a) Varice b) Tromboflebită superficială	1 1	1 1	1 1	
CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE	1	1	1	
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (în antecedente)	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

METODELE DE BARIERĂ		Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
DISLIPIDEMII DIAGNOSTICATE	1	1	1	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului.
VALVULOPATIE *				
a) Necomplicată	1	1	1	
b) Complicată (hipertensiune pulmonară, risc de fibrilație atrială, antecedente de endocardită bacteriană subacută)	1	1	2	
AFECȚIUNI NEUROLOGICE				
CEFALEE				
a) Nemigrenoasă (ușoară sau severă)	1	1	1	
b) Migrenă				
(i) fără aură				
<i>Vârstă < 35</i>	1	1	1	
<i>Vârstă ≥ 35</i>	1	1	1	
(ii) cu aură, la orice vârstă	1	1	1	
EPILEPSIE	1	1	1	
TULBURĂRI DEPRESIVE				
TULBURĂRI DEPRESIVE	1	1	1	
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV				
SÂNGERARE VAGINALĂ NEEEXPLICATĂ (suspectă pentru o afecțiune gravă) Înainte de evaluare	1	1	1	Clarificare: Dacă se suspectează sarcina sau o afecțiune gravă subiacentă (ca de exemplu cancerul genital), sângerarea trebuie evaluată și categoria trebuie adaptată după evaluare.
ENDOMETRIOZĂ	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

METODELE DE BARIERĂ		Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
TUMORI OVARIENE BENIGNE (inclusiv chisturi)	1	1	1	
DISMENOREE SEVERĂ	1	1	1	
BOALĂ TROFOBlasticĂ				
a) Boală trofoblastică gestațională benignă	1	1	1	
b) Boală trofoblastică gestațională malignă	1	1	1	
ECTROPION CERVICAL	1	1	1	
NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC)	1	1	1	Clarificare: Cupola nu ar trebui folosită. Nu există restricții pentru utilizarea diafragmei.
CANCER DE COL * (înainte de tratament)	1	2	1	Clarificare: Cupola nu ar trebui folosită. Nu există restricții pentru utilizarea diafragmei.
AFECȚIUNI ALE SÂNULUI				
a) Nodul nediagnosticat	1	1	1	
b) Boală benignă a sânelui	1	1	1	
c) Antecedente familiale de cancer	1	1	1	
d) Cancer de sân				
(i) în prezent	1	1	1	
(ii) în antecedente și fără dovezi de boală prezentă în ultimii 5 ani	1	1	1	
CANCER ENDOMETRIAL	1	1	1	
CANCER OVARIAN	1	1	1	
FIBROAME UTERINE				
a) Fără deformarea cavității uterine	1	1	1	
b) Cu deformarea cavității uterine	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

METODELE DE BARIERĂ		Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
ANOMALII UTERINE ANATOMICE	1	1	NA	Clarificare: Diafragma nu poate fi utilizată în anumite cazuri de prolaps. Utilizarea cupolei nu este adecvată pacienților cu deformări marcate ale colului uterin.
BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)				
a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent)				
(i) cu sarcină ulterioară	1	1	1	
(ii) fără sarcină ulterioară	1	1	1	
b) BIP - în prezent	1	1	1	
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)				
a) În prezent cervicită purulentă sau infecție cu Chlamydia sau gonoree	1	1	1	
b) Alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei)	1	1	1	
c) Vaginite (inclusiv Trichomonas vaginalis și vaginoza bacteriană)	1	1	1	
d) Risc crescut de ITS	1	1	1	
INFECȚIE CU HIV/SIDA				
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV *	1	4	3	Dovezi: Utilizarea repetată și în doză mare a spermicidului nonoxynol-9 fost asociată cu risc crescut de apariție a leziunilor genitale, care pot crește riscul de a contracta infecția cu HIV. ¹
HIV-POZITIV	1	4	3	
SIDA	1	4	3	
ALTE INFECȚII				
SCHISTOSOMIAZĂ				
a) Necomplicată	1	1	1	
b) Fibroză hepatică	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

METODELE DE BARIERĂ	Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.			
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
TUBERCULOZĂ				
a) Extragenitală	1	1	1	
b) Genitală diagnosticată	1	1	1	
MALARIE	1	1	1	
ANTECEDENTE DE SINDROM AL ȘOCULUI TOXIC *	1	1	3	
INFECȚIE A TRACTULUI URINAR *	1	1	2	
AFECȚIUNI ENDOCRINE				
DIABET ZAHARAT				
a) Antecedente de diabet gestațional	1	1	1	
b) Fără afectare vasculară				
(i) non-insulinodependent	1	1	1	
(ii) insulinodependent	1	1	1	
c) Nefropatie/ retinopatie/ neuropatie	1	1	1	
d) Altă afectare vasculară sau durata diabetului de peste 20 de ani	1	1	1	
AFECȚIUNI TIROIDIENE				
a) Gușă simplă	1	1	1	
b) Hipertiroidie	1	1	1	
c) Hipotiroidie	1	1	1	
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE				
AFECȚIUNI ALE VEZICII BILIARE				
a) Simptomatice				
(i) tratate prin colecistectomie	1	1	1	
(ii) tratate medical	1	1	1	
(iii) în prezent	1	1	1	
b) Asimptomatice	1	1	1	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

METODELE DE BARIERĂ		Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.		
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele de barieră ar putea să nu fie adecvate celor care nu le pot utiliza corect și consecvent, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.				
STAREA	CATEGORIA			CLARIFICĂRI / DOVEZI
	P	S	D	
ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ				
a) Asociată sarcinii	1	1	1	
b) Asociate cu utilizarea COC în trecut	1	1	1	
HEPATITĂ VIRALĂ				
a) Activă	1	1	1	
b) Purtător	1	1	1	
CIROZĂ				
a) Formă ușoară (compensată)	1	1	1	
b) Formă gravă	1	1	1	
TUMORI HEPATICE				
a) Benigne (adenoame)	1	1	1	
b) Maligne (hepatoame)	1	1	1	
ANEMII				
TALASEMIE	1	1	1	
ANEMIE FALCIFORMĂ MANIFESTĂ	1	1	1	
ANEMIE FERIPRIVĂ	1	1	1	
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE				
MEDICAMENTE CARE AFECTEAZĂ ENZIMELE HEPATICE				
a) Rifampicină	1	1	1	
b) Anumite anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidon, topiramă, oxcarbazepină)	1	1	1	
ANTIBIOTICE (cu excepția rifampicinei)				
a) Griseofulvină	1	1	1	
b) Alte antibiotice	1	1	1	
TERAPIE ANTIRETROVIRALĂ	1	1	1	
ALERGIE LA LATEX	3	1	3	Clarificare: Această categorie nu se aplică prezervativelor/diafragmelor din plastic.

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

Comentarii adiționale

OBEZITATE

Obezitatea severă poate face ca plasarea diafragmei sau cupolei să fie dificilă.

VALVULOPATIE

Riscul de infecție a tractului urinar la utilizarea diafragmei poate crește riscul la pacientele cu endocardită bacteriană subacută.

CANCER DE COL (înainte de tratament)

Utilizarea repetată și în doză mare a nonoxynol-9 poate produce iritații sau eroziuni ale vaginului și ale colului.

RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV

Utilizarea diafragmei este încadrată în Categoria 3 datorită temerilor privind spermicidele, nu privind diafragma.

ANTECEDENTE DE SINDROM AL ȘOCULUI TOXIC

Sindromul șocului toxic a fost semnalat în asociere cu utilizarea buretelui contraceptiv și a diafragmei.

INFECȚIE A TRACTULUI URINAR

Există o creștere potențială a infecțiilor tractului urinar la utilizarea diafragmelor și spermicidelor.

Referințe pentru metodele de barieră

1. Wilkinson D et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, 4:CD003936.

CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE	2
Sarcină	2
Ciclu vital	2
Alăptat	2
După naștere	2
După avort	2
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	2
ALTE	2
Utilizarea medicamentelor care afectează regularitatea ciclului menstrual, hormonii și/sau semnele fertilității	2
Afecțiuni care cresc temperatura corpului	2
Comentarii adiționale	3

METODELE BAZATE PE CONȘTIENTIZAREA FERTILITĂȚII

Metodele de planificare familială bazate pe conștientizarea fertilității (MCF) implică identificarea zilelor fertile ale ciclului menstrual, fie prin observarea semnelor fertilității, ca de exemplu modificarea caracterelor mucusului cervical și a temperaturii corporale bazale, fie prin monitorizarea zilelor ciclului. MCF pot fi utilizate în combinație cu abținerea sau cu metodele de barieră în perioada fertilă. Dacă se utilizează metode de barieră, vezi secțiunea metodele de barieră (BAR).

Nu există afecțiuni medicale care să se agraveze datorită utilizării metodelor MCF. În general, aceste metode pot fi recomandate fără teamă pentru efectele asupra sănătății persoanelor care le aleg. Totuși, există câteva afecțiuni care fac ca utilizarea lor să fie mai complicată. Existența acestor afecțiuni sugerează că (1) utilizarea acestor metode trebuie amânată până la tratarea sau vindecarea afecțiunii sau (2) utilizatoarele necesită consiliere specială și este necesar în general un furnizor mai bine instruit pentru a se asigura o utilizare corectă.

Definiții

SIM	Metode bazate pe simptome	MCF bazate pe observarea semnelor fertilității (de exemplu modificarea caracterelor mucusului cervical, a temperaturii corporale bazale) cum ar fi metoda mucusului cervical, metoda simptotermică, și metoda celor două zile.
CAL	Metode bazate pe calendar	MCF bazate pe calcule calendaristice cum ar fi metoda calendarului și metoda zilelor standard.
A	Acceptare	Nu există motive medicale pentru a refuza o anumită MCF unei femei aflată în această situație.
C	Prudență (Caution)	Metoda este recomandată în localizările obișnuite, dar cu pregătiri și precauții suplimentare. Pentru MCF, aceasta înseamnă de obicei că poate fi necesară o consiliere specială pentru a se asigura utilizarea corectă a metodei de către femeia aflată în această situație.
D	Amânare (Delay)	Utilizarea metodei trebuie amânată până la evaluarea sau tratarea afecțiunii. Trebuie furnizate metode alternative temporare de contracepție.
NA	Nu se aplică	

METODELE BAZATE PE CONȘTIENTIZAREA FERTILITĂȚII		Metodele bazate pe conștientizarea fertilității nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că metodele bazate pe conștientizarea fertilității ar putea să nu fie adecvate, datorită ratelor lor de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.			
STAREA	CATEGORIA		CLARIFICĂRI / DOVEZI
	SIM	CAL	
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE			
SARCINĂ	NA		Clarificare: MCF nu sunt relevante în timpul sarcinii.
CICLU VITAL a) Imediat după menarhă b) Perimenopauzal	C C	C C	Clarificare: Neregularitățile menstruale sunt obișnuite imediat după menarhă și în perimenopauză și pot complica utilizarea MCF.
ALĂPTAT * a) < 6 săptămâni după naștere b) ≥ 6 săptămâni c) După reparația menstruației	D C C	D D C	
DUPĂ NAȘTERE * (la femeile care nu alăptează) a) < 4 săptămâni b) ≥ 4 săptămâni	D A	D D	
DUPĂ AVORT *	C	D	
INFECȚII ȘI AFECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV			
SÂNGERARE VAGINALĂ NEREGULATĂ*	D	D	
LEUCOREE *	D	A	
ALTE			
UTILIZAREA MEDICAMENTELOR CARE AFECTEAZĂ REGULARITATEA CICLULUI MENSTRUAL, HORMONII ȘI/SAU SEMNELE FERTILITĂȚII *	C/D	C/D	
AFECȚIUNI CARE CRESC TEMPERATURA CORPULUI * a) Afecțiuni cronice b) Afecțiuni acute	C D	A A	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

Comentarii adiționale

ALĂPTAT

MCF utilizate în timpul alăptatului pot fi mai puțin eficiente decât atunci când sunt utilizate în afara alăptatului.

<6 săptămâni după naștere: femeile care alăptează integral și sunt amenoreice au o probabilitate redusă de a avea o funcție ovariană suficientă pentru a produce semne detectabile ale fertilității și modificări hormonale în primele 6 luni după naștere. Totuși, probabilitatea revenirii fertilității crește cu timpul scurs după naștere și cu substituirea laptelui de mamă cu alte alimente.

După reparația menstruației: când femeia observă semnele fertilității (în special modificările mucusului cervical), ea poate utiliza o metodă bazată pe simptome. După ce a avut deja 3 menstruații după naștere, ea poate utiliza o metodă bazată pe calendar. Înainte de acest moment, trebuie furnizată o metodă de barieră dacă femeia intenționează să utilizeze în viitor o MCF.

DUPĂ NAȘTERE

<4 săptămâni: femeile care nu alăptează nu au, cu mare probabilitate, o funcție ovariană suficientă pentru a necesita o MCF sau pentru a avea semne detectabile ale fertilității sau modificări hormonale înainte de 4 săptămâni după naștere. Deși riscul de sarcină este redus, trebuie furnizată o metodă adecvată pentru perioada de după naștere.

≥4 săptămâni: femeile care nu alăptează au, cu mare probabilitate, o funcție ovariană suficientă pentru a avea semne detectabile ale fertilității și/sau modificări hormonale în acest moment; probabilitatea crește rapid cu timpul scurs după naștere. Femeile pot utiliza metodele bazate pe calendar imediat după ce au avut 3 menstruații după naștere. Înainte de acest moment, trebuie furnizate metode adecvate pentru perioada de după naștere.

DUPĂ AVORT

Femeile care au avut un avort au probabil o funcție ovariană suficientă pentru a avea semne detectabile ale fertilității și/sau modificări hormonale; probabilitatea crește cu timpul scurs după avort. Femeile pot începe utilizarea metodelor bazate pe calendar după ce au avut cel puțin o menstruație după avort (de exemplu, femeile care înainte acestei sarcini au avut majoritatea ciclurilor menstruale cuprinse între 26 și 32 de zile, pot începe utilizarea metodei zilelor standard). Înainte de acest moment, trebuie furnizate metode adecvate pentru perioada de după avort.

SÂNGERARE VAGINALĂ NEREGULATĂ

Prezența acestei stări face ca MCF să fie nesigure. De aceea, trebuie recomandate metode de barieră până când caracterul sângerării este compatibil cu utilizarea corectă a metodelor. Starea trebuie tratată și evaluată după necesitate.

LEUCOREE

Deoarece leucoreea face dificilă recunoașterea caracterelor mucusului cervical, ea trebuie evaluată și tratată după necesitate înainte de recomandarea metodelor bazate pe mucusul cervical.

UTILIZAREA MEDICAMENTELOR CARE AFECTEAZĂ REGULARITATEA CICLULUI MENSTRUAL, HORMONII ȘI/SAU SEMNELE FERTILITĂȚII

Utilizarea anumitor medicamente psihomodulatoare cum ar fi litiul, antidepresivele triciclice, și tratamentele anxiolitice, ca și a unor antibiotice și medicamente antiinflamatorii, poate modifica regularitatea ciclului menstrual sau afecta semnele fertilității. Situația trebuie evaluată atent și trebuie furnizată o metodă de barieră până când se determină nivelul efectului medicamentului sau până când acesta nu se mai utilizează.

AFECȚIUNI CARE CRESC TEMPERATURA CORPULUI

Temperaturile crescute pot face dificil de interpretat temperatura bazală corporală, dar nu au efect asupra mucusului cervical. Astfel, utilizarea unei metode bazate pe temperatură trebuie amânată până la vindecarea afecțiunii acute. Metodele bazate pe temperatură nu sunt adecvate femeilor cu temperaturi crescute în mod cronic. În plus, unele afecțiuni cronice interferează cu regularitatea ciclului menstrual, făcând metodele bazate pe calendar dificil de interpretat.

Metoda amenoreei de lactație

MAL

METODA AMENOREEI DE LACTAȚIE

Metoda amenoreei de lactație nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV. Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că s-ar putea ca metoda amenoreei de lactație să nu le fie adecvată datorită ratei sale de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.

Consensul conferinței de la Bellagio a oferit o bază științifică pentru definirea stărilor în care alăptatul poate fi utilizat în siguranță și eficient pentru spațierea nașterilor. Pe baza lui au fost elaborate ghiduri pentru programe în scopul utilizării amenoreei de lactație în planificarea familială. Aceste ghiduri includ următoarele trei criterii, toate trebuind îndeplinite obligatoriu pentru a se asigura protecția adecvată față de o sarcină neplanificată: **1) Amenoree; 2) Alăptat integral sau aproape integral; și 3) Interval mai mic de șase luni de la naștere.**

Indicațiile principale pentru alăptat rămân necesitatea de a oferi un aliment ideal sugarului și de a-l proteja împotriva bolilor. Nu există afecțiuni medicale în care utilizarea amenoreei de lactație să fie interzisă și nu există dovezi despre impactul său negativ asupra sănătății materne. Totuși, anumite afecțiuni sau obstacole care afectează alăptatul pot afecta și durata amenoreei, făcând din această metodă o alegere mai puțin utilă în scopul planificării familiale. Acestea includ:

Infecție cu HIV

Alăptatul trebuie promovat, protejat, și sprijinit la toate categoriile de populație, la toate femeile HIV-negative sau cu status HIV necunoscut. Atunci când alimentația artificială este acceptabilă, realizabilă, accesibilă, de durată și sigură, se recomandă evitarea în totalitate a alăptării de către mamele infectate cu HIV.

În caz contrar, se recomandă alăptare integrală în primele luni de viață, alăptarea urmând a fi oprită cât de curând este posibil. Femeile HIV pozitive ar trebui să fie informate în cadrul consilierii despre riscurile și beneficiile diferitelor opțiuni de alimentare a sugarului, bazate pe evaluări locale, să fie ajutate în alegerea celei mai bune opțiuni pentru situația lor, și să fie sprijinită în alegerea lor. De asemenea, ele ar trebui să aibă acces la îngrijire și sprijin în continuare, inclusiv la planificare familială și suport nutrițional.

Medicamente utilizate în timpul alăptatului

Pentru a proteja sănătatea sugarului, alăptatul nu este recomandat femeilor care utilizează medicamente ca: antimetaboliți, bromocriptină, anumite anticoagulante, corticosteroizi (doze mari), ciclosporină, ergotamină, litiu, psiho-modulatoare, preparate radioactive și rezepină.

Afecțiuni ale nou-născutului

Malformațiile congenitale ale gurii, maxilarului sau palatului, nou-născuții cu greutate scăzută la naștere sau prematuri și care necesită îngrijire neonatală intensivă, precum și anumite tulburări metabolice ale sugarului pot face ca alăptatul să fie dificil.

Coitul întrerupt

COITUL ÎNTRERUPT

Coitul întrerupt nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv în timpul sarcinii sau după naștere), trebuie recomandată utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.

Femeile cu afecțiuni care fac ca sarcina să reprezinte un risc inacceptabil trebuie sfătuite că s-ar putea ca metoda coitului întrerupt să nu le fie adecvată datorită ratei sale de eșec relativ mai ridicate în utilizarea tipică.

Coitul întrerupt (CI), cunoscut și sub denumirea de "ferit", este o metodă tradițională de planificare familială în care bărbatul își retrage complet penisul din vagin și îl îndepărtează de organele genitale externe ale partenerii sale înainte de a ejacula. Prin CI se împiedică intrarea spermelor în vagin, împiedicând astfel contactul dintre spermatozoizi și ovul.

Această metodă poate fi adecvată cuplurilor:

- care au o motivație puternică și sunt capabile să utilizeze eficient această metodă;
- care au motive religioase sau filozofice pentru a nu utiliza alte metode de contracepție;
- care necesită contracepție imediată și au început contactul sexual fără să fi avut la dispoziție alte metode;
- care necesită o metodă temporară înainte de inițierea altei metode;
- care au contacte sexuale rare.

Beneficiile CI includ faptul că dacă este utilizat corect, nu interferează cu alăptatul, și este întotdeauna disponibil pentru a fi utilizat ca metodă principală sau ca metodă suplimentară. În plus, CI nu implică cheltuieli sau utilizarea unor substanțe chimice. Nu există riscuri pentru sănătate asociate direct cu CI. Bărbații și femeile care au un risc crescut de infectare cu ITS/HIV trebuie să utilizeze prezervative la fiecare contact sexual.

În cazul utilizării incorecte, CI duce invariabil la eșecul prevenirii sarcinii. Eficiența sa depinde de dorința și abilitatea cuplului de a-l utiliza la fiecare contact sexual.

A. Sterilizarea chirurgicală feminină	2
Sarcină	2
Vârsta	2
Paritate	2
Alăptat	2
După naștere	2
După avort	2
După sarcină ectopică	3
Fumat	3
Obezitate	3
AFECTIUNI CARDIOVASCULARE	4
Factori multipli de risc pentru boala cardiovasculară	4
Hipertensiune	4
Antecedente de hipertensiune arterială în timpul sarcinii	4
Tromboză venoasă profundă (TVP)/ embolie pulmonară (EP)	4
Mutații trombogene cunoscute	5
Tromboză venoasă superficială	5
Cardiopatie ischemică în prezent și în antecedente	5
Accident vascular cerebral	5
Dislipidemii diagnosticate	5
Valvulopatie	5
AFECTIUNI NEUROLOGICE	6
Cefalee	6
Epilepsie	6
TULBURĂRI DEPRESIVE	6
Tulburări depresive	6
INFECȚII ȘI AFECTIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	6
Caracterele sângerării vaginale	6
Sângerare vaginală neexplicată	6
Endometrioză	6
Tumori ovariene benigne	6
Dismenoree severă	6
Boală trofoblastică	7
Ectropion cervical	7
Neoplazie intraepitelială cervicală (NIC)	7
Cancer de col	7
Afecțiuni ale sânelui	7
Cancer endometrial	7
Cancer ovarian	7
Fibroame uterine	7
Boală inflamatorie pelvină (BIP)	7
Infecții transmise sexual (ITS)	8
INFECȚIE CU HIV/SIDA	8
Risc crescut de infecție cu HIV	8
HIV - pozitiv.....	8
SIDA	8
ALTE INFECȚII	8
Schistosomiază	8
Tuberculoză	8
Malarie	8

AFECȚIUNI ENDOCRINE	8
Diabet zaharat	8
Afecțiuni tiroidiene	9
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE	9
Afecțiuni ale vezicii biliare.....	9
Antecedente de colestază	9
Hepatită virală.....	9
Ciroză	9
Tumori hepatice.....	9
ANEMII	9
Talasemie	9
Anemie falciformă.....	9
Anemie feriprivă.....	10
ALTE AFECȚIUNI RELEVANTE NUMAI PENTRU STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ ...	10
Infecție locală	10
Tulburări de coagulare	10
Afecțiuni respiratorii.....	10
Infecție sistemică sau gastroenterită	10
Uter fixat datorită intervențiilor chirurgicale sau infecțiilor în antecedente	10
Hernie abdominală sau ombilicală	10
Hernie diafragmatică	10
Afecțiuni renale	10
Deficiențe nutriționale severe	10
Intervenții chirurgicale abdominale sau în micul bazin în antecedente	10
Sterilizare simultană cu intervenții chirurgicale pe abdomen	11
Sterilizare simultană cu operație cezariană	11
B. Sterilizarea chirurgicală masculină	13
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE	13
Vârsta tânără	13
TULBURĂRI DEPRESIVE	13
Tulburări depresive	13
INFECȚIE CU HIV/SIDA	13
Risc crescut de infecție cu HIV	13
HIV - pozitiv.....	13
SIDA	13
BOLI ENDOCRINE	13
Diabet zaharat	13
ANEMII	13
Anemie falciformă	13
ALTE AFECȚIUNI RELEVANTE NUMAI PENTRU STERILIZAREA CHIRURGICALĂ MASCULINĂ	13
Infecții locale	13
Tulburări de coagulare	13
Leziuni scrotale anterioare	13
Infecție sistemică sau gastroenterită	13
Varicocel mare	14
Hidrocel mare	14
Filarioză; elefantiază	14
Formațiune tumorală intrascrotală	14
Criptorhidie	14
Hernie inghinală	14
Comentarii adiționale	15
Referințe pentru procedurile de sterilizarea chirurgicală	17

PROCEDURILE DE STERILIZARE CHIRURGICALĂ

Datorită faptului că sterilizarea este o procedură chirurgicală intenționată a fi permanentă, trebuie luate măsuri speciale pentru a asigura că fiecare pacient(ă) face o alegere voluntară informată a metodei. O atenție specială trebuie acordată în cazul tinerilor, nuliparelor, bărbaților care nu au copii și pacienților cu afecțiuni psihiatrice, inclusiv depresii. Toți pacienții trebuie consiliați despre caracterul permanent al sterilizării și despre disponibilitatea metodelor alternative pe termen lung, deosebit de eficiente; acest lucru este extrem de important în cazul tinerilor. În procesul de decizie trebuie luate în considerare legislația națională și normele pentru furnizarea procedurilor de sterilizare.

Aceste recomandări nu se adresează metodelor transcervicale de sterilizare chirurgicală feminină.

Nu există nici o afecțiune medicală care să interzică în mod absolut eligibilitatea unei persoane pentru sterilizare, deși unele afecțiuni și situații, inclusiv cele unde recomandarea este C (Prudență/Caution), D (Amânare/Delay), sau S (Special/Special), indică faptul că trebuie luate anumite precauții.

Pentru anumite afecțiuni și situații unde recomandarea este C (Prudență/Caution), D (Amânare / Delay), sau S (Special / Special), riscurile teoretice sau dovedite pot depăși avantajele sterilizării chirurgicale alese, în special a celei feminine. În cazurile în care riscurile sterilizării chirurgicale depășesc beneficiile, o alternativă de preferat o constituie metodele contraceptive pe termen lung cu eficiență crescută. Decizia în această privință va fi luată individual, de la caz la caz, comparând riscurile și beneficiile sterilizării chirurgicale contrar cu riscurile unei sarcini, și ținând cont de disponibilitatea și acceptabilitatea metodelor alternative cu eficiență crescută.

Clasificarea stărilor în cele patru categorii se bazează pe analiza aprofundată a dovezilor epidemiologice și clinice relevante pentru eligibilitatea medicală. Procedurile de sterilizare chirurgicală trebuie efectuate doar de către furnizori bine pregătiți în unități clinice specializate folosind un echipament adecvat. Pentru o siguranță maximă a pacienților trebuie urmate cu atenție ghidurile medicale și protocoalele de prevenire a infecțiilor.

DEFINIȚII

- | | | |
|----------|--------------------|---|
| A | Acceptare | Nu există motive medicale de a refuza sterilizarea unei persoane aflată în această situație. |
| C | Prudență (Caution) | Procedura este furnizată normal în unitățile obișnuite, dar cu pregătiri și precauții suplimentare. |
| D | Amânare (Delay) | Procedura este amânată până la evaluarea sau tratarea afecțiunii. Trebuie furnizate metode alternative temporare de contracepție. |
| S | Special | Procedura trebuie efectuată în unități cu chirurghi și personal cu experiență, dotate cu echipamentul necesar pentru anestezie generală și cu alte echipamente medicale specializate. Pentru aceste afecțiuni, este de asemenea necesară capacitatea de a decide asupra celor mai adecvate proceduri și a tipului de anestezie. Dacă este necesară trimiterea la alt serviciu sau orice amânare a procedurii, trebuie furnizate metode alternative temporare de contracepție. |

A. Sterilizarea chirurgicală feminină

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ		Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI	
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE			
SARCINĂ	D		
VÂRSTĂ TÂNĂRĂ *	C	<p>Clarificare: Femeile tinere ca de altfel toate femeile, trebuie consiliate despre caracterul permanent al sterilizării și despre disponibilitatea metodelor alternative pe termen lung, deosebit de eficiente.</p> <p>Dovezi: Studiile arată că până la 20% din femeile sterilizate la o vârstă tânără regretă mai târziu această decizie, și că vârsta tânără este unul din cei mai puternici factori de predicție a regretului care poate fi identificat înainte de sterilizare (incluzând cererea de informații cu privire la reversibilitatea metodei și obținerea reversibilității). ¹⁻¹⁹</p>	
PARITATE *			
a) Nulipară	A		
b) Multipară	A		
ALĂPTAT	A		
DUPĂ NAȘTERE *			
a) < 7 zile	A		
7 până la 42 zile	D		
≥ 42 zile	A		
b) Preeclampsie/ eclampsie			
(i) preeclampsie ușoară	A		
(ii) preeclampsie gravă/ eclampsie	D		
c) Ruptură membranelor prelungită: de 24 de ore sau mai mult	D		
d) Stare septică puerperală, febră intrapartum sau puerperală	D		
e) Hemoragie gravă ante-partum sau postpartum	D		
f) Traumatism grav al tractului genital: ruptura colului sau vaginului în timpul nașterii	D		
g) Ruptură sau perforație uterină	S	<p>Clarificare: Dacă se efectuează o intervenție chirurgicală sau laparoscopică exploratorie și starea pacientei este stabilă, rezolvarea leziunii și ligatura tubară pot fi efectuate simultan dacă nu există nici un risc suplimentar.</p>	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ	Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI
DUPĂ AVORT * a) Necomplicat b) Stare septică sau febră după avort c) Hemoragie severă după avort d) Traumatism grav al tractului genital: ruptura colului sau vaginului în timpul avortului e) Perforație uterină f) Hematometrie acută	A D D D S D	Clarificare: Dacă se efectuează o intervenție chirurgicală sau laparoscopică exploratorie, rezolvarea leziunii și ligatura tubară pot fi efectuate simultan dacă nu există nici un risc suplimentar.
DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ	A	
FUMAT a) Vârstă < 35 ani b) Vârstă ≥ 35 ani (i) <15 țigări/zi (ii) <15 țigări/zi	A A A	
OBEZITATE Indicele masei corporale (IMC) ≥ 30 kg/m ²	C	Clarificare: Procedura poate fi mai dificilă. Există un risc crescut de infecție și dehiscentă a plăgii. Femeile obeze pot avea funcțiile respiratorii limitate și vor necesita mult mai probabil anestezie generală. Dovezi: La femeile obeze, probabilitatea de apariție a complicațiilor în urma sterilizării chirurgicale este mai mare. ²⁰⁻²³

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ		Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI	
AFEȚIUNI CARDIOVASCULARE			
FACTORI DE RISC MULTIPLI PENTRU BOALA CARDIOVASCULARĂ * (de exemplu vârstă, fumat, diabet zaharat și hipertensiune arterială)	S		
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ			
Pentru toate categoriile de hipertensiune, clasificările se bazează pe presupunerea că nu mai există și alți factori de risc pentru boli cardiovasculare. Când există factori multipli de risc, riscul pentru boli cardiovasculare poate crește semnificativ. O singură măsurare a valorilor tensiunii arteriale nu este suficientă pentru a pune unei femei diagnosticul de hipertensiune arterială.			
a) Hipertensiune arterială controlată adecvat	C	Clarificare: Valorile crescute ale tensiunii arteriale trebuie ținute sub control înainte de intervenția chirurgicală. Există riscuri crescute legate de anestezie și un risc crescut de aritmie cardiacă în cazul hipertensiunii necontrolate. În aceste situații este necesară în mod particular monitorizarea atentă a tensiunii arteriale în timpul intervenției chirurgicale.	
b) Valori crescute ale tensiunii arteriale (măsurate corect)			
(i) sistolică 140-159 sau diastolică 90-99	C		
(ii) sistolică ≥ 160 sau diastolică ≥ 100	S		
c) Afectare vasculară	S		
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ (unde tensiunea arterială în prezent este măsurabilă și normală)	A		
TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP)		Clarificare: Pentru a reduce riscul de TVP/EP se recomandă mobilizarea precoce.	
a) Antecedente de TVP/EP	A		
b) TVP/EP în prezent	D		
c) Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi)	A		
d) Intervenții chirurgicale majore			
(i) cu imobilizare prelungită	D		
(ii) fără imobilizare prelungită	A		
e) Intervenții chirurgicale minore fără imobilizare	A		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ	Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI
MUTAȚII TROMBOGENICE CUNOSCUTE (de exemplu factor V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei)	A	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat.
TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ a) Varice b) Tromboflebită superficială	A A	
CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE * a) Cardiopatie ischemică în prezent b) Cardiopatie ischemică în antecedente	D C	
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (în antecedente)	C	
HIPERLIPIDEMII DIAGNOSTICATE	A	Clarificare: Screening-ul de rutină nu este indicat datorită rarității afecțiunilor și costului ridicat al screening-ului.
VALVULOPATIE a) Necomplicată b) Complicată (hipertensiune pulmonară, fibrilație atrială, antecedente de endocardită bacteriană subacută)	C S	Clarificare: Pacienta necesită profilaxie cu antibiotice. Clarificare: Pacienta are un risc crescut de complicații asociate anesteziei și intervenției chirurgicale. Dacă ea are fibrilație atrială care nu a putut fi tratată cu succes sau endocardită bacteriană subacută activă, procedura trebuie amânată.

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ	Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI
AFEȚIUNI NEUROLOGICE		
CEFALEE a) Nemigrenoasă (ușoară sau severă) b) Migrenă (i) fără aură <i>Vârstă < 35</i> <i>Vârstă ≥ 35</i> (ii) cu aură (la orice vârstă)	A A A A	
EPILEPSIE	C	
TULBURĂRI DEPRESIVE		
TULBURĂRI DEPRESIVE	C	
INFECȚII ȘI AFEȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV		
CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE a) Caracter neregulat <i>fără</i> sângerare abundentă b) Sângerare abundentă sau prelungită (cu caracter regulat sau neregulat)	A A	
SÂNGERARE VAGINALĂ NEEPLICATĂ (suspectă pentru o afecțiune gravă) Înainte de evaluare	D	Clarificare: Sângerarea trebuie evaluată înainte de efectuarea procedurii.
ENDOMETRIOZĂ	S	
TUMORI OVARIENE BENIGNE (inclusiv chisturi)	A	
DISMENOREE SEVERĂ	A	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ	Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI
BOALĂ TROFOBLASTICĂ a) Boală trofoblastică gestațională benignă b) Boală trofoblastică gestațională malignă	A D	
ECTROPION CERVICAL	A	
NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC)	A	
CANCER DE COL * (înainte de tratament)	D	
AFECȚIUNI ALE SÂNULUI a) Nodul nedagnosticat b) Boală benignă a sânului c) Antecedente familiale de cancer d) Cancer de sân în prezent (i) în prezent (ii) în antecedente și fără dovezi de boală prezentă în ultimii 5 ani	A A A C A	
CANCER ENDOMETRIAL*	D	
CANCER OVARIAN *	D	
FIBROAME UTERINE * a) Fără deformarea cavității uterine b) Cu deformarea cavității uterine	C C	
BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)* a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent) (i) cu sarcină ulterioară (ii) fără sarcină ulterioară b) BIP - în prezent	A C D	Clarificare: Trebuie efectuat un examen ginecologic atent pentru a exclude infecția recurentă sau persistentă și pentru a determina mobilitatea uterului.

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ		Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI	
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS) *			
a) În prezent cervicită purulentă sau infecție cu Chlamydia sau gonoree	D	Clarificare: Dacă simptomele dispar după tratament, sterilizarea poate fi efectuată.	
b) Alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei)	A		
c) Vaginite (inclusiv Trichomonas vaginalis și vaginoza bacteriană)	A		
d) Risc crescut de ITS	A		
INFECȚIE CU HIV/SIDA			
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV	A	Clarificare: Nu este necesar un screening de rutină. În cazul tuturor procedurilor chirurgicale trebuie respectate atent procedurile corecte de prevenire a infecțiilor, inclusiv precauțiile universale. După sterilizare este recomandată utilizarea prezervativelor.	
HIV-POZITIV	A		
SIDA	S	Clarificare: Prezența unei boli asociate SIDA poate necesita amânarea procedurii	
SCHISTOSOMIAZĂ			
a) Necomplicată	A	Clarificare: Funcția hepatică poate necesita evaluare.	
b) Fibroză hepatică	C		
TUBERCULOZĂ			
a) Extragenitală	A		
b) Genitală diagnosticată	S		
MALARIE	A		
AFECȚIUNI ENDOCRINE			
DIABET ZAHARAT *			
a) Antecedente de diabet gestațional	A	Clarificare: Dacă nivelul glicemiei nu este bine controlat se recomandă trimiterea la o unitate medicală de nivel superior.	
b) Fără afectare vasculară:			
(i) non-insulinodependent	C	Clarificare: Există o posibilă încetinire a vindecării și un risc crescut de infectare a plăgii. Se recomandă utilizarea profilactică a antibioticelor. Dovezi: Femeile diabetice au fost mai predispuse la apariția complicațiilor în timpul sterilizării chirurgicale. ²²	
(ii) insulinodependent	C		
c) Nefropatie/retinopatie/neuropatie	S		
d) Altă afectare vasculară sau durata diabetului de peste 20 de ani	S		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ	Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI
ALTE INFECȚII		
AFECȚIUNI TIROIDIENE * a) Gușă simplă b) Hipertiroidie c) Hipotiroidie	A S C	
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE		
AFECȚIUNI BILIARE a) Simptomatice (i) tratate prin colecistectomie (ii) tratate medical (iii) în prezent b) Asimptomatice	A A D A	
ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ a) Asociată sarcinii b) Asociată cu utilizarea COC în trecut	A A	
HEPATITĂ VIRALĂ* a) Activă b) Purtător	D A	Clarificare: În cazul tuturor procedurilor chirurgicale trebuie respectate atent procedurile corecte de prevenire a infecțiilor, inclusiv precauțiile universale.
CIROZĂ a) Formă ușoară (compensată) b) Formă gravă (decompensată)	C S	Clarificare: Funcția hepatică și coagularea ar putea fi modificate. Funcția hepatică trebuie evaluată.
TUMORI HEPATICE a) Benigne (adenoame) b) Maligne (hepatoame)	C C	Clarificare: Funcția hepatică și coagularea ar putea fi modificate. Funcția hepatică trebuie evaluată.
ANEMII		
TALASEMIE	C	
ANEMIE FALCIFORMĂ MANIFESTĂ *	C	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ	Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI
ANEMIE FERIPRIVĂ a) Hb < 7g/dl b) Hb între 7 - 10 g/dl	D C	Clarificare: Trebuie identificată afecțiunea subiacentă. Atât nivelul hemoglobinei înainte de intervenția chirurgicală cât și pierderea sanguină în timpul intervenției sunt factori importanți la paciențele cu anemie. Dacă irigația sanguină periferică este inadecvată, aceasta poate încetini vindecarea plăgii.
ALTE AFECȚIUNI RELEVANTE NUMAI PENTRU STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ		
INFECȚIE LOCALĂ Infecție cutanată abdominală	D	Clarificare: Există un risc crescut de infecție postoperatorie.
TULBURĂRI DE COAGULARE *	S	
AFECȚIUNI RESPIRATORII * a) Acute (bronșită, pneumonie) b) Cronice (i) astm (ii) bronșită (iii) emfizem (iv) infecții pulmonare	D S S S S	Clarificare: Procedura trebuie amânată până la corectarea afecțiunii. Există un risc crescut de complicații asociate anesteziei și intervenției chirurgicale.
INFECȚIE SISTEMICĂ SAU GASTROENTERITĂ*	D	
UTER FIXAT DATORITĂ INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE SAU INFECȚIILOR ÎN ANTECEDENTE *	S	
HERNIE ABDOMINALĂ SAU OMBILICALĂ	S	Clarificare: Cura herniei și sterilizarea tubară trebuie efectuate simultan, dacă este posibil.
HERNIE DIAFRAGMATICĂ*	C	
AFECȚIUNI RENALE *	C	
DEFICIENȚE NUTRIȚIONALE SEVERE *	C	
ANTECEDENTE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ABDOMINALE SAU ÎN MICUL BAZIN	C	Dovezi: Femeile cu antecedente de intervenții chirurgicale abdominale sau în micul bazin au avut risc crescut de complicații în timpul sterilizării. ^{21, 22, 24-26}

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ FEMININĂ	Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV (inclusiv după naștere), se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICARE / DOVEZI
STERILIZARE SIMULTANĂ CU INTERVENȚII CHIRURGICALE PE ABDOMEN a) Elective b) De urgență (fără consiliere prealabilă) c) Afecțiuni infecțioase	 C D D	
STERILIZARE SIMULTANĂ CU OPERAȚIA CEZARIANĂ *	A	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

B. Sterilizarea chirurgicală masculină

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ MASCULINĂ		Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICĂRI / DOVEZI
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE		
VÂRSTĂ TÂNĂRĂ	C	Clarificare: Bărbații tineri ca de altfel toți bărbații, trebuie consiliați despre caracterul permanent al sterilizării și despre disponibilitatea metodelor alternative pe termen lung, deosebit de eficiente. Dovezi: Bărbații cărora li s-a efectuat vasectomia la o vârstă tânără au solicitat în măsură mai mare reversibilizarea procedurii în comparație cu cei cărora li s-a efectuat vasectomia la vârste mai înaintate.
TULBURĂRI DEPRESIVE		
TULBURĂRI DEPRESIVE	C	
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV	A	Clarificare: Nu este necesar un screening de rutină. În cazul procedurilor chirurgicale trebuie respectate atent procedurile corecte de prevenire a infecțiilor, inclusiv precauțiile universale. După sterilizare este recomandată utilizarea prezervativelor.
HIV POZITIV	A	
SIDA	S	Clarificare: Prezența unei boli asociate SIDA poate necesita amânarea procedurii.
BOLI ENDOCRINE		
DIABET ZAHARAT *	C	
ANEMII		
ANEMIE FĂLCIFORMĂ MANIFESTĂ	A	
ALTE AFECȚIUNI RELEVANTE NUMAI PENTRU STERILIZAREA CHIRURGICALĂ MASCULINĂ		
INFECȚII LOCALE * a) infecție cutanată scrotală b) ITS activă c) balanită d) epididimită sau orhită	D D D D	
TULBURĂRI DE COAGULARE *	S	
LEZIUNI SCROTALE ANTERIOARE	C	
INFECȚIE SISTEMICĂ SAU GASTROENTERITĂ*	D	

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

STERILIZAREA CHIRURGICALĂ MASCULINĂ		Sterilizarea nu protejează împotriva ITS/HIV. Dacă există un risc de ITS/HIV se recomandă utilizarea corectă și consecventă a prezervativelor, fie singure fie împreună cu o altă metodă contraceptivă. S-a dovedit că prezervativele masculine din latex protejează împotriva ITS/HIV.	
STAREA	CATEGORIA	CLARIFICĂRI / DOVEZI	
VARICOCEL MARE *	C		
HIDROCEL MARE *	C		
FILARIOZĂ; ELEFANTIAZĂ *	D		
FORMAȚIUNEA TUMORALĂ INTRASCROTALĂ *	D		
CRIPTORHIDIE	C	<p>Clarificare: Dacă criptorhidia este bilaterală și fertilitatea a fost confirmată, necesită o intervenție chirurgicală lărgită pentru localizarea ductului, și atunci se încadrează în Categoria S. Dacă criptorhidia este unilaterală și fertilitatea a fost confirmată, vasectomia se poate efectua pe partea normală și se face spermograma ca de obicei. Dacă aceasta indică persistența spermatozoizilor, poate fi necesară o intervenție chirurgicală lărgită pentru localizarea celuilalt duct, și atunci se încadrează în Categoria S.</p>	
HERNIE INGHINALĂ *	S		

* Vezi și comentariile adiționale la sfârșitul tabelului

Comentarii adiționale

A. Sterilizarea chirurgicală feminină

PARITATE

Nulipară: femeile nulipare, ca de altfel toate femeile, trebuie consiliate despre caracterul permanent al sterilizării și despre disponibilitatea metodelor alternative pe termen lung, deosebit de eficiente.

DUPĂ NAȘTERE

<7 zile după naștere: sterilizarea poate fi efectuată în condiții de siguranță imediat după naștere.

7 până la 42 zile: există un risc crescut de complicații când uterul nu a involuat complet.

Preeclampsie/eclampsie: există riscuri crescute legate de anestezie.

Ruptura membranelor prelungită, de 24 de ore sau mai mult: există riscuri crescute de infecție postoperatorie.

Stare septică puerperală, febră intrapartum sau puerperală: există un risc crescut de infecție postoperatorie.

Hemoragie gravă antepartum sau postpartum: femeia poate fi anemică și incapabilă să tolereze pierderi sanguine suplimentare.

Traumatism grav al tractului genital: ruptura colului sau vaginului în timpul nașterii: este posibil ca pierderile sanguine și anemia să fi fost semnificative. Procedura poate fi mai dureroasă.

Ruptură sau perforație uterină: este posibil ca pierderile sanguine sau leziunile abdominale interne să fi fost semnificative.

DUPĂ AVORT

Stare septică sau febră după avort: există un risc crescut de infecție postoperatorie.

Hemoragie gravă după avort: femeia poate fi anemică și incapabilă să tolereze pierderi sanguine suplimentare.

Traumatism grav al tractului genital: ruptura colului sau vaginului în timpul avortului: femeia poate fi anemică și incapabilă să tolereze pierderi sanguine suplimentare. Procedura poate fi mai dureroasă.

Perforație uterină: este posibil ca pierderile sanguine sau leziunile abdominale interne să fi fost semnificative.

Hematometrie acută: femeia poate fi anemică și incapabilă să tolereze pierderi sanguine suplimentare.

FACTORI MULTIPLI DE RISC PENTRU BOALA CARDIOVASCULERĂ

Când sunt prezenți concomitent factori multipli de risc, femeia poate avea un risc crescut de complicații asociate anesteziei și intervenției chirurgicale.

CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE

Femeia are un risc crescut de complicații asociate anesteziei și intervenției chirurgicale.

CANCER DE COL (înainte de tratament)

În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

CANCER ENDOMETRIAL

În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

CANCER OVARIAN

În general, tratamentul acestei afecțiuni induce sterilitatea femeii.

FIBROAME UTERINE

În funcție de mărimea și situarea fibroamelor, localizarea trompelor și mobilizarea uterului pot fi dificile.

BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)

BIP poate duce la un risc crescut de infecție sau aderențe după sterilizare.

INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)

Există un risc crescut de infecție postoperatorie.

DIABET ZAHARAT

Există un risc de hipoglicemie sau cetoacidoză.

AFECȚIUNI TIROIDIENE

Femeia are un risc crescut de complicații asociate anesteziei și intervenției chirurgicale.

HEPATITĂ VIRALĂ

Femeia are un risc crescut de complicații asociate anesteziei și intervenției chirurgicale.

ANEMIE FALCIFORMĂ

Există un risc crescut de complicații pulmonare, cardiace sau neurologice și un risc posibil crescut de infectare a plăgii.

TULBURĂRI DE COAGULARE

Femeile cu tulburări de coagulare au un risc crescut de complicații hematologice datorită intervenției chirurgicale.

AFECȚIUNI RESPIRATORII

În cazul laparoscopiei, femeia poate prezenta complicații cardiorespiratorii acute induse de pneumoperitoneu sau de poziția Trendelenburg.

INFECȚIE SISTEMICĂ SAU GASTROENTERITĂ

Există riscuri crescute de infecție postoperatorie, complicații datorită deshidratării și complicații legate de anestezie.

UTER FIXAT DATORITĂ INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE SAU INFECȚIILOR ÎN ANTECEDENTE

Mobilitatea redusă a uterului, trompelor uterine și intestinelor poate face ca laparoscopia și minilaparotomia să fie dificile și poate crește riscul complicațiilor.

HERNIE DIAFRAGMATICĂ

În cazul laparoscopiei, femeia poate prezenta complicații cardiorespiratorii acute induse de pneumoperitoneu sau de poziția Trendelenburg.

AFECȚIUNI RENALE

Coagularea sângelui poate fi alterată. Poate apărea riscul crescut de infecție și șoc hipovolemic. Afecțiunea poate provoca anemie primară, tulburări electrolitice și tulburări în metabolizarea și excreția medicamentelor.

DEFICIENȚE NUTRIȚIONALE SEVERE

Poate exista un risc crescut de infecție și dificultăți în vindecarea plăgii.

STERILIZARE SIMULTANĂ CU OPERAȚIA CEZARIANĂ

Sterilizarea simultană nu crește riscul complicațiilor la pacienta stabilă din punct de vedere chirurgical.

B. Sterilizarea chirurgicală masculină**TULBURĂRI DE COAGULARE**

Tulburările de coagulare duc la creșterea riscului formării de hematoame postoperatorii care, la rândul lor, duc la creșterea riscului de infecție.

DIABET ZAHARAT

Diabeticii au o probabilitate mai mare de infectare postoperatorie a plăgii. Dacă apar semne de infecție, trebuie administrat tratament antibiotic.

INFECȚII LOCALE

Există un risc crescut de infecție postoperatorie.

INFECȚIE SISTEMICĂ SAU GASTROENTERITĂ

Există un risc crescut de infecție postoperatorie.

VARICOCEL MARE

Ductul deferent poate fi dificil sau imposibil de localizat; procedura unică de rezolvare a varicocelului și efectuare a vasectomiei reduce riscul complicațiilor.

HIDROCEL MARE

Ductul deferent poate fi dificil sau imposibil de localizat; procedura unică de rezolvare a hidrocelului și efectuare a vasectomiei reduce riscul complicațiilor.

FILARIOZĂ; ELEFANTIAZĂ

Dacă elefantiaza implică și scrotul, poate fi imposibilă palparea cordonului spermatic și a testiculelor.

FORMAȚIUNE TUMORALĂ INTRASCROTALĂ

Aceasta poate indica o afecțiune subiacentă.

HERNIE INGHINALĂ

Vasectomia poate fi efectuată simultan cu rezolvarea herniei.

Referințe pentru procedurile de sterilizare chirurgicală

1. Abraham S et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia*, 1986, 145:4-7.
2. Allyn DP et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine*, 1986, 31:1027-32.
3. Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:973-81.
4. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation--assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:748-50.
5. Grubb GS et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility*, 1985, 44:248-53.
6. Hardy E et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 1996, 54:159-62.
7. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives*, 1986, 18:238-40.
8. Hillis SD et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:889-95.
9. Jamieson DJ et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:1073-9.
10. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002, 42:526-9.
11. Leader A et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:198-202.
12. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning*, 1995, 26:39-48.
13. Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives*, 1988, 20:222-7.
14. Platz-Christensen JJ et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1992, 38:223-6.
15. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal*, 1991, 36:44-6.
16. Schmidt JE et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:892-8.
17. Thranov I et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1988, 16:41-8.
18. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology*, 2003, 101:677-84.
19. Wilcox LS et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility*, 1991, 55:927-33.
20. Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1980, 138:307-12.
21. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1984, 148:322-7.
22. Jamieson DJ et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 96:997-1002.
23. White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:623-5.
24. Baggish MS et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology*, 1979, 54:54-9.
25. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:841-6.
26. Feldblum PJ et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception*, 1986, 34:505-12.

CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE	1
Sarcină	1
Vârsta	1
Paritate	1
Alăptat	1
După naștere	1
După avort	1
După sarcină ectopică	1
Antecedente de intervenții chirurgicale în micul bazin	2
Fumat	2
Obezitate	2
Măsurarea tensiunii arteriale nu se poate efectua	2
AFEECȚIUNI CARDIOVASCULARE	2
Factori multipli de risc pentru boala cardiovasculară	2
Hipertensiune	2
Antecedente de hipertensiune arterială în timpul sarcinii	3
Tromboză venoasă profundă (TVP)/ embolie pulmonară (EP)	3
Mutații trombogene cunoscute	3
Tromboză venoasă superficială	3
Cardiopatie ischemică în prezent și în antecedente	3
Accident vascular cerebral	3
Dislipidemii diagnosticate	3
Valvulopatie	3
AFEECȚIUNI NEUROLOGICE	4
Cefalee	4
Epilepsie	4
TULBURĂRI DEPRESIVE	4
Tulburări depresive	4
INFECCȚII ȘI AFEECȚIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV	4
Caracterele sângerării vaginale	4
Sângerare vaginală neexplicată	4
Endometrioză	4
Tumori ovariene benigne	4
Dismenoree severă	5
Boală trofoblastică	5
Ectropion cervical	5
Neoplazie intraepitelială cervicală (NIC)	5
Cancer de col	5
Afecțiuni ale sânului	5
Cancer endometrial	5
Cancer ovarian	5
Fibroame uterine	5
Anomalii uterine anatomice	5
Boală inflamatorie pelvină (BIP)	6
Infecții transmise sexual (ITS)	6
INFECCȚIE CU HIV/SIDA	6
Risc crescut de infecție cu HIV	6
HIV - pozitiv.....	6
SIDA	6

ALTE INFECȚII	6
Schistosomiază	6
Tuberculoză	6
Malarie	6
AFECȚIUNI ENDOCRINE	7
Diabet zaharat	7
Afecțiuni tiroidiene	7
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE	7
Afecțiuni ale vezicii biliare.....	7
Antecedente de colestază	7
Hepatită virală.....	7
Ciroză	7
Tumori hepatice	8
ANEMII	8
Talasemie	8
Anemie falciformă.....	8
Anemie feriprivă.....	8
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE	8
Medicamente care afectează enzimele hepatice	8
Antibiotice	8
Tratament antiretroviral.....	8

TABELE REZUMATIVE								
STAREA	COC	CIC	P/I	PNP	DMPA NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Inițiere, C = Continuare								
CARACTERISTICI PERSONALE ȘI ANTECEDENTE REPRODUCTIVE								
SARCINĂ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4
VÂRSTĂ	De la menarhă la <40=1 ≥40=2	De la menarhă la <40=1 ≥40=2	De la menarhă la <18=1 18-45=1 >45=1	De la menarhă la <18=2 18-45=1 >45=2	De la menarhă la <18=1 18-45=1 >45=1	<20=2 ≥20=1	<20=2 ≥20=1	
PARITATE								
a) Nulipară	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Multipară	1	1	1	1	1	1	1	1
ALĂPTAT								
a) < 6 săptămâni după naștere	4	4	4	3*	3*	3*		
b) ≥ 6 săptămâni până la < 6 luni după naștere (femeia alăptează)	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 luni după naștere	2	2	2	1	1	1		
DUPĂ NAȘTERE (la femeile care nu alăptează)								
a) < 21 zile	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 zile	1	1	1	1	1	1		
DUPĂ NAȘTERE (la femeile care alăptează sau nu, inclusiv după operație cezariană)								
a) < 48 ore							2	3
b) 48 ore până la < 4 săptămâni							3	3
c) ≥ 4 săptămâni							1	1
d) Stare septică puerperală							4	4
DUPĂ AVORT								
a) Primul trimestru	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Al doilea trimestru	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Imediat după avortul septic	1	1	1	1	1	1	4	4
DUPĂ SARCINĂ ECTOPICĂ	1	1	1	2	1	1	1	1

* Vă rugăm consultați tabele din text pentru clarificarea acestei clasificări

TABELE REZUMATIVE								
STAREA	COC	CIC	P/I	PNP	DMPA NET-EN	Implante LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Inițiere, C = Continuare								
ANTECEDENTE DE INTERVENȚII CHIRURGICALE ÎN MICUL BAZIN (inclusiv operația cezariană) (vezi și secțiunea După naștere)	1	1	1	1	1	1	1	1
FUMAT								
a) Vârstă < 35 ani	2*	2	2	1	1	1	1	1
b) Vârstă ≥ 35 ani								
(i) < 15 țigări/zi	3*	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥ 15 țigări/zi	4*	3	4	1	1	1	1	1
OBEZITATE Indicele masei corporale (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	2	1	1	1	1	1
MĂSURAREA TENSIUNII ARTERIALE NU SE POATE EFECTUA	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
AFEȚIUNI CARDIOVASCULARE								
FACTORI MULTIPLI DE RISC PENTRU BOALA CARDIOVASCULARĂ (de exemplu vârstă, fumat, diabet zaharat și hipertensiune arterială)	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ								
a) Antecedente de hipertensiune arterială, unde tensiunea arterială NU POATE fi evaluată (inclusiv hipertensiunea în sarcină)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Hipertensiune arterială controlată adecvat, unde tensiunea arterială POATE fi evaluată	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Valori crescute ale tensiunii arteriale (măsurate corect)								
(i) sistolică 140-159 sau diastolică 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistolică ≥160 sau diastolică ≥100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Afectare vasculară	4	4	4	2	3	2	1	2

* Vă rugăm consultați tabele din text pentru clarificarea acestei clasificări

TABELE REZUMATIVE								
STAREA	COC	CIC	P/I	PNP	DMPA NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Inițiere, C = Continuare								
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ (unde tensiunea arterială în prezent este măsurabilă și normală)	2	2	2	1	1	1	1	1
TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)/EMBOLIE PULMONARĂ (EP)								
a) Antecedente de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP în prezent	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Antecedente familiale de TVP/EP (rudele de gradul întâi)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Intervenții chirurgicale majore								
(i) cu imobilizare prelungită	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) fără imobilizare prelungită	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Intervenții chirurgicale minore fără imobilizare	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTAȚII TROMBOGENICE CUNOSCUTE (de exemplu factorul V Leiden; mutația protrombinei; deficiențele proteinei S, proteinei C și antitrombinei)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
TROMBOZĂ VENOASĂ SUPERFICIALĂ								
a) Varice	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Tromboflebită superficială	2	2	2	1	1	1	1	1
CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN PREZENT ȘI ÎN ANTECEDENTE				I C		I C		I C
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2 3
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (în antecedente)				I C		I C		
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2
DISLIPIDEMII DIAGNOSTICATE (screening-ul NU este necesar pentru utilizarea în siguranță a metodelor contraceptive)	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*	1*	2*

* Vă rugăm consultați tabele din text pentru clarificarea acestei clasificări

TABELE REZUMATIVE															
STAREA	COC		CIC		P/I		PNP		DMPA NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG			
I = Inițiere, C = Continuare															
VALVULOPATIE															
a) Necomplicată	2		2		2		1		1	1	1	1			
b) Complicată (hipertensiune pulmonară, risc de fibrilație atrială, antecedente de endocardită bacteriană subacută)	4		4		4		1		1	1	2*	2*			
AFECTIUNI NEUROLOGICE															
CEFALEE	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C		I	C		
a) Nemigrenoasă (ușoară sau severă)	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*		
b) Migrenă															
(i) fără aură															
Vârsta < 35	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*		
Vârsta ≥ 35	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*		
(ii) cu aură, la orice vârstă	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	3*		
EPILEPSIE	1*		1*		1*		1*		1*	1*	1	1			
TULBURĂRI DEPRESIVE															
TULBURĂRI DEPRESIVE	1*		1*		1*		1*		1*	1*	1*	1*			
INFECȚII ȘI AFECTIUNI ALE TRACTULUI REPRODUCTIV															
CARACTERELE SÂNGERĂRII VAGINALE													I	C	
a) Caracter neregulat fără sângerare abundentă	1		1		1		2		2	2	2	1	1	1	
b) Sângerare abundentă sau prelungită (cu caracter regulat sau neregulat)	1*		1*		1*		2*		2*	2*	2*	2*	1*	2*	
SÂNGERARE VAGINALĂ NEEXPLICATĂ (suspectă pentru o afecțiune gravă) Înainte de evaluare													I	C	
													4*	2*	
	2*		2*		2*		2*		3*	3*	3*	4*	2*	4*	2*
ENDOMETRIOZĂ	1		1		1		1		1	1	2	1			
TUMORI OVARIENE BENIGNE (inclusiv chisturi)	1		1		1		1		1	1	1	1			

* Vă rugăm consultați tabele din text pentru clarificarea acestei clasificări

TABELE REZUMATIVE								
STAREA	COC	CIC	P/I	PNP	DMPA NET-EN	Implante LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Inițiere, C = Continuare								
DISMENOREE SEVERĂ	1	1	1	1	1	1	2	1
BOALĂ TROFOBlastică								
a) Boală trofoblastică gestațională benignă	1	1	1	1	1	1	3	3
b) Boală trofoblastică gestațională malignă	1	1	1	1	1	1	4	4
ECTROPION CERVICAL	1	1	1	1	1	1	1	1
NEOPLAZIE INTRAEPITELIALĂ CERVICALĂ (NIC)	2	2	2	1	2	2	1	2
CANCER DE COL (înainte de tratament)	2	2	2	1	2	2	I C 4 2	I C 4 2
AFEȚIUNI ALE SÂNULUI								
a) Nodul nedagnosticat	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1	2
b) Boală benignă a sânelui	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Antecedente familiale de cancer	1	1	1	1	1	1	1	1
d) Cancer de sân:								
(i) în prezent	4	4	4	4	4	4	1	4
(ii) în antecedente și fără dovezi de boală prezentă în ultimii 5 ani	3	3	3	3	3	3	1	3
CANCER ENDOMETRIAL	1	1	1	1	1	1	I C 4 2	I C 4 2
CANCER OVARIAN	1	1	1	1	1	1	I C 3 2	I C 3 2
FIBROAME UTERINE								
a) Fără deformarea cavității uterine	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Cu deformarea cavității uterine	1	1	1	1	1	1	4	4
ANOMALII UTERINE ANATOMICE								
a) Cu deformarea cavității uterine							4	4
b) Fără deformarea cavității uterine							2	2

* Vă rugăm consultați tabele din text pentru clarificarea acestei clasificări

TABELE REZUMATIVE										
STAREA	COC	CIC	P/I	PNP	DMPA NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = Inițiere, C = Continuare										
BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ (BIP)										
a) BIP în antecedente (fără factori de risc pentru ITS în prezent)							I	C	I	C
(i) cu sarcină ulterioară	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) fără sarcină ulterioară	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) BIP - în prezent	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
INFECȚII TRANSMISE SEXUAL (ITS)							I	C	I	C
a) În prezent cervicită purulentă sau infecție cu Chlamydia sau gonoree	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
b) Alte ITS (cu excepția infecției HIV și a hepatitei)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginite (inclusiv Trichomonas vaginalis și vaginoza bacteriană)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Risc crescut de ITS	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2
INFECȚIE CU HIV/SIDA										
RISC CRESCUT DE INFECȚIE CU HIV							I	C	I	C
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
HIV-POZITIV	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
SIDA	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*
Stare clinică bună sub tratament ARV	Vezi TERAPIE ANTIRETROVIRALĂ mai jos						2	2	2	2
ALTE INFECȚII										
SCHISTOSOMIAZĂ										
a) Necomplicată	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Fibroză hepatică	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TUBERCULOZĂ							I	C	I	C
a) Extragenitală	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1
b) Genitală diagnosticată	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3
MALARIE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

* Vă rugăm consultați tabele din text pentru clarificarea acestei clasificări

STAREA	COC	TABELE REZUMATIVE			DMPA NET-EN	Implante LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
		CIC	P/I	PNP				
I = Inițiere, C = Continuare								
AFECȚIUNI ENDOCRINE								
DIABET ZAHARAT								
a) Antecedente de diabet gestațional	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Fără afectare vasculară								
(i) non-insulindependent	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) insulindependent	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Nefropatie/ retinopatie/ neuropatie	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
d) Altă afectare vasculară sau durata diabetului de peste 20 de ani	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
AFECȚIUNI TIROIDIENE								
a) Gușă simplă	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidie	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidie	1	1	1	1	1	1	1	1
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE								
AFECȚIUNI ALE VEZICII BILIARE								
a) Simptomatice								
(i) tratate prin colecistectomie	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) tratate medical	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) în prezent	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Asimptomatice	2	2	2	2	2	2	1	2
ANTECEDENTE DE COLESTAZĂ								
a) Asociată sarcinii	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Asociată cu utilizarea COC în trecut	3	2	3	2	2	2	1	2
HEPATITĂ VIRALĂ								
a) Activă	4	3/4*	4*	3	3	3	1	3
b) Purtător	1	1	1	1	1	1	1	1
CIROZĂ								
a) Formă ușoară (compensată)	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Formă gravă (decompensată)	4	3	4	3	3	3	1	3

* Vă rugăm consultați tabele din text pentru clarificarea acestei clasificări

TABELE REZUMATIVE										
STAREA	COC	CIC	P/I	PNP	DMPA NET-EN	Implante LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = Inițiere, C = Continuare										
TUMORI HEPATICE										
a) Benigne (adenoame)	4	3	4	3	3	3	1	3		
b) Maligne (hepatoame)	4	3/4	4	3	3	3	1	3		
ANEMII										
TALASEMIE	1	1	1	1	1	1	2	1		
ANEMIE FALCIFORMĂ	2	2	2	1	1	1	2	1		
ANEMIE FERIPRIVĂ	1	1	1	1	1	1	2	1		
INTERACȚIUNI MEDICAMENTOASE										
MEDICAMENTE CARE AFECTEAZĂ ENZIMELE HEPATICE										
a) Rifampicină	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1		
b) Anumite anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidon, topiramă, oxcarbazepină)	3*	2*	3*	3*	2	3	1	1		
ANTIBIOTICE (cu excepția Rifampicinei)										
a) Griseofulvină	2	1	2	2	1	2	1	1		
b) Alte antibiotice	1	1	1	1	1	1	1	1		
TERAPIE ANTIRETROVIRALĂ	2*	2*	2*	2*	2*	2*	I	C	I	C
							2/3*	2	2/3*	2

* Vă rugăm consultați tabelele din text pentru clarificarea acestei clasificări

Anexa 1. COC și terapiile antiretrovirale

Puține date provenite din studii mici, majoritatea nepublicate, sugerează faptul că diverse terapii antiretrovirale (ARV) pot influența farmacocinetica unei singure doze de COC. Totuși, nu a fost efectuate studii ale efectelor clinice, iar semnificația clinică a unor astfel de modificări, în special atunci când COC nu au putut atinge un nivel constant, este necunoscută. Tabelul următor cuprinde dovezile referitoare la datele privind efectele ARV asupra nivelurilor steroizilor contraceptivi și efectele contraceptivelor hormonale asupra nivelurilor ARV.

Tabelul 1. Interacțiuni medicamentoase farmacocinetice COC-ARV

Efectul ARV	Nivelele steroizilor contraceptivi	Nivelele ARV
Inhibitori de protează		
Nelfinavir	↓	Nu există date
Ritonavir	↓	Nu există date
Lopinavir/ritonavir	↓	Nu există date
Atazanavir	↑	Nu există date
Amprenavir	↑	↓
Indinavir	↑	Nu există date
Saquinavir	Nu există date	Nici o modificare
Inhibitori de revers transcriptază non-nucleozidici		
Nevirapine	↓	Nici o modificare
Efavirenz	↑	Nici o modificare
Delavirdine	?↑	Nu există date

Referințe:

- Ouellet D et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 46(2):111-6.
- Mildvan D et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 2002, 29(5):471-7.
- Tackett D et al. Atazanavir: A Summary of Two Pharmacokinetic Drug Interaction Studies in Healthy Subjects (abstract). Prezentat la the 10th Retrovirus Conference, Boston, MA, February 10-14, 2003. Disponibil pe internet la <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=649>. (Accesat în data de 31 iulie 2003).
- Mayer K et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (Saquinavir) soft gel capsules (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens (abstract). Prezentat la the XIII International AIDS Conference, Durban, 2000. Disponibil pe internet la <http://www.iac2000.org/abdetail.asp?ID=TuPeB3226>. (Accesat în data de 31 iulie 2003).
- Merck & Co., Inc. Indinavir prescribing information. 2002.
- Abbot Laboratories. Ritonavir prescribing information, 2001.
- Abbot Laboratories. Lopinavir/ritonavir prescribing information. 2003.
- Agouron Pharmaceuticals, Inc. Nelfiravine prescribing information. 2003.
- Glaxo Smith Kline. Amprenavir prescribing information, 2002.
- Pharmacia & Upjohn Co. Delavirdine prescribing information. 2001.
- DuPont Pharmaceuticals Co. Efavirenz prescribing information. 2001.
- Bristol-Myers Squibb Company. Atazanavir prescribing information. 2003

Anexa 2. Lista participanților

**Întâlnirea Grupului de Lucru al experților pentru actualizarea
Criteriilor Medicale de Eligibilitate pentru Utilizarea Contraceptivelor
Sala C, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 21-24 Octombrie 2003**

Dr Halida Akhter
Managing Director
Health Promotion Limited (HPL)
H-310, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Lindsay Edouard
Senior Reproductive Health Officer
Technical and Policy Division
United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
United States of America

Dr Willard Cates
President
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Anna Glasier
Family Planning and Well Woman Services
18 Dean Terrace
Edinburgh EH4 1NL
United Kingdom

Dr Tsungai Chipato
Department of OB/GYN
University of Zimbabwe
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr John Guillebaud
White Leas Mead
14 Hidscope Road
Cumnor Hill
Oxford OX2 9JJ
United Kingdom

Dr Maria del Carmen Cravioto
Department of Reproductive Biology
National Institute of Nutrition,
Salvador Zubiran, Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000
Mexico, D.F.
Mexico

Dr Kerstin Hagenfeldt
Department of OB/GYN
Karolinska Institute
Box 140
S-171 76 Stockholm
Sweden

Dr Juan Diaz
Medical Advisor for Latin
America and the Caribbean
The Population Council
Cidade Universitaria
Caixa postal 6509
13084-970 Campinas SP
Sao Paulo
Brazil

Dr Ezzeldin Othman Hassan
The National Egyptian Fertility Care Foundation
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egypt

Dr Soledad Diaz
Consultorio de Planificación Familiar
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Victorino Latarría 29
Depto 101, Correo 22, Casilla 96
Santiago
Chile

Dr Mihai Horga
Directorate of Family and Social Asst.
Ministry of Health & Family
1-3 Cristian Popisteanu St.
70109 Bucharest
Romania

Dr Douglas Huber
Management Sciences for Health
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400
United States of America

Dr Carlos Huevo
International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Dr Roy Jacobstein
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 1001
United States of America

Dr Victoria Jennings
Institute for Reproductive Health
Georgetown University Medical Center
Georgetown Center, 6th Floor
2115 Wisconsin Avenue, NW
Washington, D.C. 20007
United States of America

Dr Liliana Kapetanovic-Milosevic
Pharmaco-Toxico-Clinical Evaluation Unit
Agence Française de Sécurité Sanitaire des
Produits de Santé
143/147, Boulevard Anatole France
93285 Saint Denis Cedex
France

Dr Robert Leke
WHO Centre for Research in Human
Reproduction
Faculty of Medicine & Biological Sciences
University of Yaoundé 1, BP 1935
Yaoundé
Cameroon

Dr Enriquito R. Lu
STARH/FP Program
Tifa Building, 5th Floor, Suite 503
JI Kuningan Barat 26
Jakarta 12710
Indonesia

Dr Trent MacKay
Contraception and Reproductive Health
Branch, NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13
Rockville, MD 20892
United States of America

Dr Maurizio Macaluso
Women's Health and Fertility Branch
CDC
Koger Rhodes Building Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dr Suneeta Mittal
Head, Department of OB/GYN
Director-in-Charge, WHO CCR in Human
Reproduction
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
New Delhi, 110 029
India

Dr Helen Randera-Rees
Reproductive Health Unit
Department of OB/GYN
Baragwanath Hospital
PO Betsham 2013
Johannesburg
South Africa

Mr Ward Rinehart
John Hopkins University
Center for Communications Program
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
United States of America

Dr Roberto Rivera
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Fred Sai
P. O. Box 9983
Kotoka Airport, 4404
Accra
Ghana

Dr Pramilla Senanayake
International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Dr James Shelton
Office of Population
Bureau of Science and Technology
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
United States of America

Dr Connie Smith
Westside Contraceptive Services
Westminster PCT
Raymede Clinic
St Charles Hospital
Exmoor Street
London W10 6DZ
United Kingdom

Mr Irving Sivin
Centre for Biomedical Research
The Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, N.Y. 10017
United States of America

Dr Bulbul Sood
Program Management Specialist, CEDPA
50 M Shantipath, Gate No 3,
Niti Marg, Chanakyapuri,
New Delhi-110021
India

Dr Marcel Vekemans
IntraHealth International
1700 Airport Road, Suite 300 CB# 8100,
Chapel Hill, NC 27514
United States of America

Dr Edith Weisberg
Sydney Centre for Reproductive Health
Research
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australia

Dr Wu Shangchun
National Research Institute for Family Planning
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)
Beijing 100081
People's Republic of China

CONSULTANȚI TEMPORARI

Dr Kate Curtis
Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Ms Anshu Mohllajee
Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Kavita Nanda
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Jennifer Smith
1 bis Montée de Garillan
69005 Lyon
France

SECRETARIAT

Ms Kathryn Church, RHR
Dr MaryLyn Gaffied, RHR
Ms Sarah Johnson, RHR
Ms Cath Hamill, RHR
Mrs Gloria Lamptey, RHR
Dr Herbert Peterson, RHR
Dr Paul Van Look, RHR
Dr Effy Vayena, RHR

OBSERVATORI

Dr Vanessa E. Cullins
Vice President for Medical Affairs
Planned Parenthood Federation of America
434 West 33rd Street
New York, N.Y. 10001
United States of America

Dr Fatiha Terki
International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

