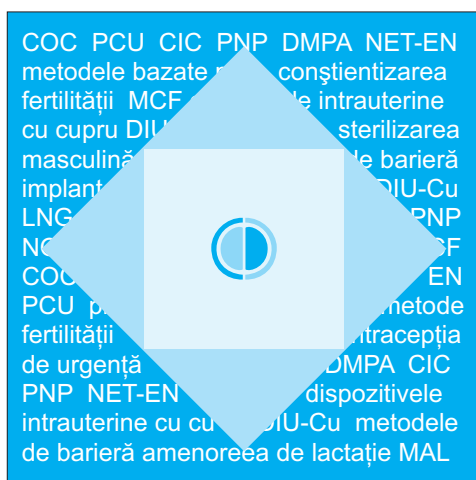


# RECOMANDĂRI DE PRACTICĂ PENTRU UTILIZAREA CONTRACEPTIVELOR



Ediția a doua, 2005



Organizația Mondială a Sănătății

**HR** Sănătatea și Cercetarea Reproducerii  
Sănătatea Familiei și Comunității

 INSTITUTUL EST EUROPEAN DE SĂNĂTATE A REPRODUCERII

Publicat de Organizația Mondială a Sănătății în 2005 sub titlul “**Selected practice recommendations for contraceptive use, second edition**”.

© Organizația Mondială a Sănătății, 2005

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.



**USAID**  
DIN PARTEA POPORULUI AMERICAN



Ediția în limba română a fost realizată cu sprijinul financiar al UNFPA – Fondul Națiunilor Unite pentru Populație și al

USAID – Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională, în cadrul proiectului “Inițiativa pentru sănătatea familiei în România”, implementat sub termenii acordului de cooperare 186-A-00-01-00103-00, printr-un parteneriat coordonat de către Institutul de Cercetare și Formare JSI - Reprezentanța România (JSI/România).

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.

Toate precauțiile rezonabile au fost luate de OMS pentru a verifica informația conținută în această publicație. Totuși, materialul publicat este distribuit fără garanții de nici un fel, explicite sau implicite. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea acestui material aparține cititorului. Organizația Mondială a Sănătății nu va fi în nici un caz responsabilă pentru daune survenite ca urmare a utilizării ei.

© Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii, 2005

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. Dana Mihaela Samu

Traducere în limba română: Ionela Cozoș, Dr. Mihaela Poenariu

ISBN 973-99531-7-4

Tipărit la SC Cromatic Tipo SRL Târgu-Mureș

---

## Mulțumiri

---

Acest document este rezultatul colaborării dintre Departamentul de Sănătate și Cercetare a Reproducerii al Organizației Mondiale a Sănătății și un număr mare de agenții și organizații internaționale active în domeniul politicilor și programelor de planificare familială. Finanțarea și sprijinul pentru acest proiect au fost oferite de către Guvernul Statelor Unite ale Americii (prin Agenția pentru Dezvoltare Internațională a Statelor Unite, Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor și Institutul Național pentru Sănătatea Copilului și Dezvoltare Umană), Federația Internațională a Asociațiilor de Planificare Familială și Fondul Națiunilor Unite pentru Populație. Mulțumim cu recunoștință pentru acest sprijin.

Reprezentanții a 10 agenții și organizații, împreună cu 19 alți specialiști, au participat ca experți la întâlnirea în care s-a ajuns la un consens asupra acestor recomandări pentru utilizarea contraceptivelor. Dorim să ne exprimăm înalta apreciere față de toți cei menționați, pentru oferirea timpului și expertizei lor, care a contribuit la procesul de obținere a consensului.

Dovezile pe care se bazează deciziile din acest document au fost în mare parte obținute prin recenzii sistematice ale literaturii, efectuate și redactate de către Dr. K.M. Curtis, Dr. M.E. Gaffield, D-na A.P. Mohllajee și Dr. K. Nanda. Dr. Curtis, D-na Mohllajee și Dr. Nanda au oferit, de asemenea, un ajutor substanțial Secretariatului. Dr. H. Peterson a fost coordonatorul întregului proiect din partea secretariatului OMS, care i-a inclus pe Dr. C.E. Chrisman, D-na K. Church, Dr. M.E. Gaffield, Dr. C. Huezio, D-na S. Johnson, D-na G. Lamptey, Dr. E. Marsh și D-na R. Salem. D-na M. Dunphy și D-na C. Hamill au fost responsabile cu design-ul și aranjarea în pagină a publicației. D-na M. Ni Mhearain a fost responsabilă cu design-ul copertei. Dorim să exprimăm înalta apreciere față de toți cei menționați aici, precum și față de Dr. L. Edouard (Fondul Națiunilor Unite pentru Populație) și Dr. J. Shelton (Agenția pentru Dezvoltare Internațională a Statelor Unite) pentru sprijinul important acordat acestei lucrări. Dorim de asemenea să ne exprimăm sincera apreciere față de Dr. Paul F.A. Van Look, Director în cadrul Departamentului de Sănătate și Cercetare a Reproducerii al OMS, pentru prețiosul sprijin acordat și pentru revizuirea în detaliu a acestei publicații.

Suntem recunoscători următorilor specialiști care au revizuit Sistemul de Identificare Continuă a Dovezilor Cercetării (Continuous Identification of Research Evidence sau CIRE): Dr. P. Corfman, Dr. M. Cravioto, Dr. A. Glasier, Dr. J. Guillebaud, Dr. M. Gulmezoglu, Dr. K. Hagenfeldt, Dr. R. Hatcher, Dr. P. Lumbiganon, Dr. P. Lynam, Dr. P. Marchbanks, Dr.O. Meirik, dr. K. Nanda, Dr D. Skegg și Dr. E. Weisberg.

Finanțarea tipăririi acestui document a fost furnizată în cadrul Programului de Parteneriat Strategic OMS-UNFPA, și mulțumim cu recunoștință pentru suportul financiar oferit de Fondul Națiunilor Unite pentru Populație.

Pentru alte informații referitoare la versiunea originală a acestei publicații, vă rugăm să contactați Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax direct: + 41 22 791 4189; e-mail: rhrpublications@who.int

Copii ale versiunii originale pot fi obținute de la Centrul de Documentare al Organizației Mondiale a Sănătății, Departamentul de Sănătate a Reproducerii și Cercetare, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax direct: + 41 22 791 4189; telefon: + 41 22 791 4447; e-mail: rhrpublications@who.int . Documentul este disponibil și pe site-ul OMS referitor la sănătatea reproducerii, la adresa [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health). Orice informație nouă conținută în acest document va apare inițial pe acest site.

Mulțumim biroului din România al UNFPA - Fondul Națiunilor Unite pentru Populație, precum și USAID - Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională și Institutului de Cercetare și Formare JSI - Reprezentanța România (JSI/România) pentru sprijinul financiar acordat realizării versiunii în limba română a acestui document.

Mulțumim referenților ediției în limba română: Prof. Dr. Bogdan Marinescu, Dr. Borbala Koo și Dr. Mihai Horga pentru activitatea depusă.

Pentru alte informații referitoare la acest document vă rugăm să contactați Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii. Copii ale versiunii în limba română a acestui document pot fi obținute de la Centrul de Documentare al Institutului Est European de Sănătate a Reproducerii, fax:0265 255370, e-mail: [office@eeirh.org](mailto:office@eeirh.org)

---

## Lista de abrevieri

---

CIC	Contraceptiv injectabil combinat
COC	Contraceptiv oral combinat
DMPA	Acetat de medroxiprogesteron depozit
PCU	Pilulă contraceptivă de urgență
HIV	Virusul imunodeficienței umane
IPPF	International Planned Parenthood Federation
DIU	Dispozitiv intrauterin
MAL	Metoda amenoreei de lactație
DIU LNG	Dispozitiv intrauterin cu eliberare de levonorgestrel
NET-EN	Enantat de noretisteron
AINS	Antiinflamator nesteroidian
BIP	Boală inflamatorie pelvină
INP	Injectabil numai cu progestativ
PNP	Pilulă numai cu progestativ
MZS	Metoda Zilelor Standard
ITS	Infecție cu transmitere sexuală
OMS	Organizația Mondială a Sănătății



## Cuprins

Rezumat .....	1
Privire de ansamblu .....	2
Scop .....	3
Context .....	3
Asistența în sănătatea reproducerii și sexualității .....	4
Aspecte ale calității și accesului la servicii care afectează utilizarea metodelor contraceptive .....	5
Eficiența metodelor contraceptive .....	5
Considerații speciale .....	8
Revenirea fertilității .....	8
Infecții cu transmitere sexuală (ITS) și contracepția: protecția dublă . . . .	8
Adolescenții .....	8
Pacienții cu nevoi speciale .....	9
Metoda de lucru .....	12
Cum se utilizează acest document .....	14
Implicații programatice .....	15
Sumarul modificărilor față de prima ediție .....	16

---

## Rezumat

---

Acest document reprezintă unul dintre cele două documente de referință bazate pe dovezi ale noii inițiative a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) de a dezvolta și implementa ghiduri bazate pe dovezi pentru planificarea familială. Primul document de referință, Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor (ediția a treia) publicat în 2004, oferă îndrumări despre cine poate utiliza metodele contraceptive în siguranță. Acest document, Recomandări de practică pentru utilizarea contraceptivelor (ediția a doua), oferă îndrumări despre cum se utilizează metodele contraceptive sigur și eficient după ce s-a stabilit că acestea sunt adecvate din punct de vedere medical. Recomandările conținute în acest document sunt produsul unui proces care a culminat cu întâlnirea Grupului de Lucru al experților care a avut loc la sediul din Geneva al Organizației Mondiale a Sănătății în perioada 13-16 aprilie 2004. Întâlnirea a reunit 29 de participanți din 15 țări, inclusiv reprezentanți a 10 agenții, pentru a formula recomandări de practică pentru utilizarea contraceptivelor. Lista participanților este anexată la sfârșitul acestui document. Recomandările formulate se bazează pe răspunsul Grupului de Lucru al experților la 33 de întrebări specifice selectate de OMS, incluzând 10 întrebări noi pentru ediția a doua. Aceste întrebări au fost selectate pe baza următoarelor criterii: 1) controversate sau neconcordanțe semnificative în ghidurile existente, 2) probabilitatea existenței unor dovezi relevante, și 3) propunerile făcute de participanții din Grupul de Lucru al experților și de agențiile/organizațiile de planificare familială.

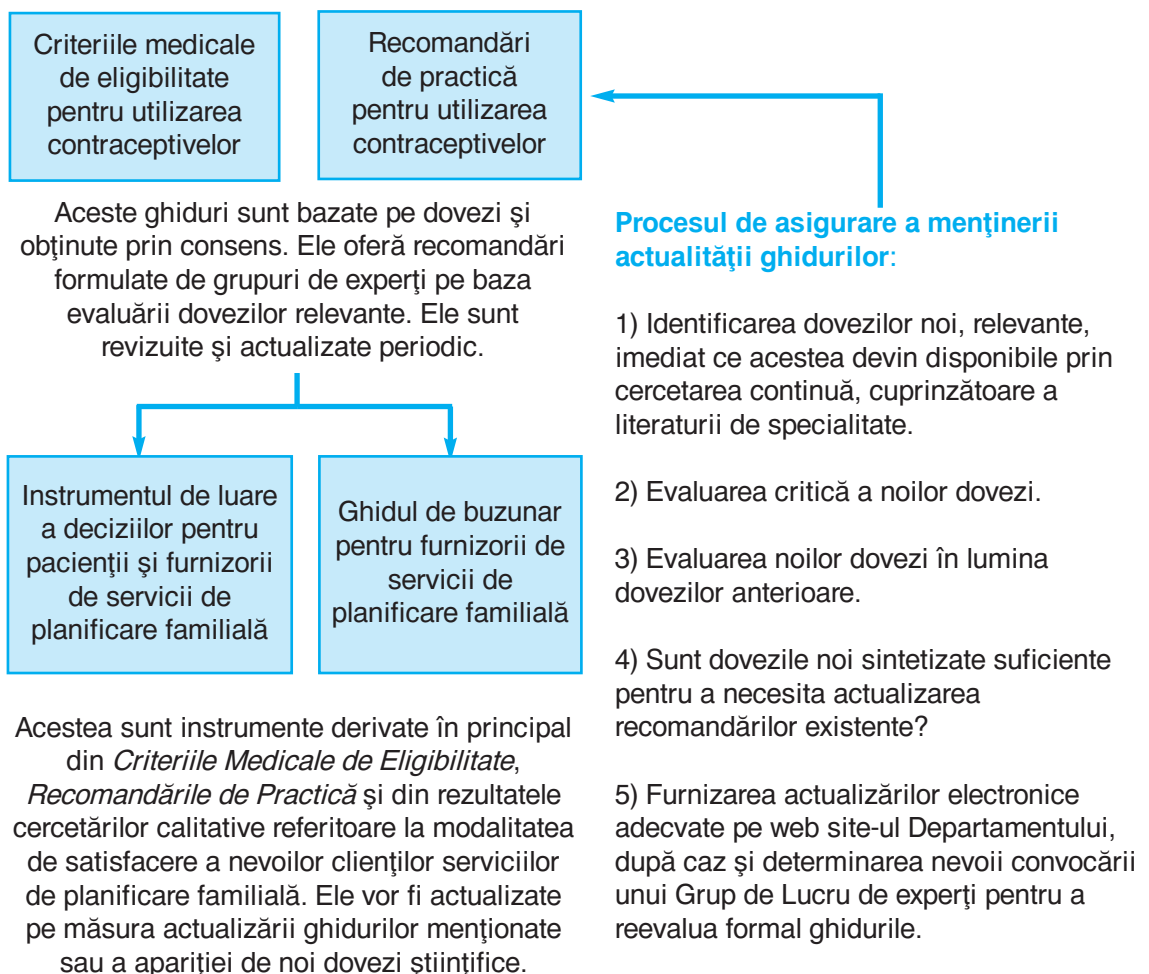
Documentul furnizează recomandări de practică bazate pe cele mai relevante dovezi disponibile la ora actuală și este conceput pentru a fi utilizat de cei care dezvoltă politicile de sănătate, managerii de program și comunitatea științifică. El este conceput pentru a oferi îndrumări programelor naționale de planificare familială/sănătatea reproducerii în scopul dezvoltării ghidurilor pentru furnizarea serviciilor de contracepție. Documentul tratează următoarele metode de planificare familială: contraceptivele orale combinate (COC), contraceptivele injectabile combinate (CIC), pilulele numai cu progestativ (PNP), medroxiprogesteron acetat depozit (DMPA), noretisteron enantat (NET-EN), implantele cu levonorgestrel, pilulele contraceptive de urgență (PCU), dispozitivele intrauterine cu cupru, dispozitivele intrauterine cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG), metodele bazate pe conștientizarea fertilității și sterilizarea.

Periodic, OMS va actualiza și va aduce adăugiri la recomandările din acest document prin intermediul întâlnirilor Grupului de Lucru al experților, reunit la interval de trei sau patru 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](http://www.who.int/reproductive-health)). Site-ul va oferi și informații suplimentare, considerate de OMS ca fiind relevante pentru aceste recomandări, până la următoarea întâlnire formală a Grupului de Lucru al experților. Astfel de actualizări pot fi în mod particular necesare pentru subiecte pentru care dovezile se pot schimba rapid. OMS încurajează cercetarea pentru înțelegerea aspectelor cheie nerezolvate, în scopul stabilirii recomandărilor de practică pentru utilizarea contraceptivelor. 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: *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor*, care indică "cine" poate utiliza în siguranță metode contraceptive și *Recomandările de practică pentru utilizarea contraceptivelor* care indică "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 de bază, un instrument pentru luarea deciziilor pentru pacienții și furnizorii de servicii de planificare familială și un 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 includ recomandările conținute în *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 factorilor de decizie și comunității științifice un set de recomandări care pot fi utilizate pentru realizarea sau revizuirea ghidurilor naționale referitoare la recomandările de practică pentru utilizarea contraceptivelor.

Acest document se adresează controverselor și neconcordanțelor privind maximizarea eficienței metodelor contraceptive și rezolvarea efectelor secundare sau a altor probleme apărute în timpul utilizării. Metodele pentru care ghidurile au prezentat cele mai multe neconcordanțe în trecut includ: contraceptivele orale combinate (COC); contraceptivele injectabile combinate (CIC), pilulele numai cu progestativ (PNP), medroxiprogesteron acetat depozit (DMPA), noretisteron enantat (NET-EN), implantele cu levonorgestrel, pilulele contraceptive de urgență (PCU), dispozitivele intrauterine cu cupru, dispozitivele intrauterine cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG), metodele bazate pe conștientizarea fertilității și sterilizarea.

Documentul nu oferă îndrumări rigide, ci mai degrabă recomandări care oferă o bază pentru raționalizarea furnizării și utilizării diferitelor contraceptive prin prisma informațiilor actuale disponibile.

Deoarece situația locală a unei țări și mediul în care se desfășoară un program variază mult, este neadecvată impunerea unor ghiduri internaționale ferme privind utilizarea contraceptivelor. Totuși, se așteaptă ca programele naționale să utilizeze prezentele ghiduri pentru actualizarea sau dezvoltarea propriilor ghiduri 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 a 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 progestativ. Totuși, în unele țări, politicile actuale și practica asistenței medicale se bazează pe studii științifice referitoare la 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 recomandările de practică folosite în furnizarea contraceptivelor, cu accent pe contraceptivele hormonale, dispozitivele intrauterine, contracepția de urgență, metodele bazate pe conștientizarea fertilității și sterilizare.

---

## 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 pacienților, care include luarea în considerare a nevoilor acestora în domeniul sănătății reproducerii și sexualității și luarea în considerare a tuturor criteriilor adecvate de eligibilitate și a recomandărilor de practică în scopul sprijinirii pacienților în alegerea și utilizarea unei metode de planificare familială.

Deși acest document tratează în principal recomandările de practică pentru utilizarea contraceptivelor, trebuie luate în considerare și criteriile medicale de eligibilitate. În plus, trebuie ținut seama de considerentele sociale, comportamentale și alte criterii nemedicale, în special preferința pacientului. Pentru a oferi pacientelor 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 drepturile pacientului în domeniul reproducerii este fundamentală pentru calitatea serviciilor oferite. Dezvoltarea unor norme internaționale referitoare la criteriile medicale de eligibilitate și recomandările de practică 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 cu transmitere sexuală (ITS), promovarea alăptării 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 recomandările de practică pentru utilizarea contraceptivelor, 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 mării, 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 obișnuită. 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 cu variabilitate mare. Majoritatea femeilor și bărbaților tind să ajungă la 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 <sup>3</sup>
	Utilizarea obișnuită <sup>1</sup> (2)	Utilizarea perfectă <sup>2</sup> (3)	(4)
Nici o metodă <sup>4</sup>	85	85	
Spermicide <sup>5</sup>	29	18	42
Coitul întrerupt	27	4	43
Abstinența periodică	25		51
Metoda calendarului		9	
Metoda ovulației		3	
Metoda simptomei <sup>6</sup>		2	
Post-ovulație		1	
Cipola <sup>7</sup>			
Femei multipare	32	26	46
Femei nulipare	16	9	57
Buretele			
Femei multipare	32	20	46
Femei nulipare	16	9	57
Diafragma <sup>7</sup>	16	6	57
Prezervativul <sup>8</sup>			
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)	6	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, Norplant-2/Jadelle)	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<sup>9</sup>

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

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

Note:

- 1 Procentul celor care au avut o sarcină accidentală pe parcursul primului an, din cuplurile *obișnuite* care încep utilizarea unei metode (nu neapărat pentru prima dată), dacă nu încetează utilizarea pentru un alt motiv. Estimările probabilității sarcinii pe parcursul primului an de utilizare obișnuită a spermicidelor, coitului întrerupt, abstinentei 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 estimările privind celelalte metode.
- 2 Procentul celor care au avut o sarcină accidentală pe parcursul primului an, din cuplurile care încep utilizarea unei metode ( nu neapărat pentru prima dată ), și care o utilizează *perfect* (atât consecvent cât și corect), dacă nu încetează utilizarea pentru un alt motiv; vezi sursa originală (Trussell J, 2004) citată mai sus pentru estimările privind fiecare metodă.
- 3 Procentul celor care continuă să utilizeze o metodă timp de 1 an, din cuplurile care încearcă să evite sarcina.
- 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 femeii care încetează utilizarea contracepției pentru a rămâne 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 dacă ar abandona complet contracepția, din femeile care se bazează curent pe metode reversibile de contracepție.
- 5 Spume, creme, geluri, ovule și filme vaginale.
- 6 Metoda mucusului cervical (ovulația) asociată cu calendarul 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, imediat după revenirea menstruației în momentul reducerii frecvenței și duratei alăptării, în momentul introducerii alimentației artificiale, sau când copilul împlinește 6 luni, trebuie utilizată o altă metodă contraceptivă.

---

## Considerații speciale

---

### 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, trebuie informați în această privință. Nici o altă metodă nu produce infertilitate definitivă.

### Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) și contracepția: protecția dublă

Deși dezvoltarea unor norme internaționale pentru furnizarea contracepției este esențială pentru calitatea serviciilor, trebuie luate în considerare și contextul social, cultural și comportamental al fiecărui client. 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 infecțiilor. 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.

### 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 vreo 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 că multe din aceleași criterii de eligibilitate care se aplică clienților mai în vârstă se aplică și tinerilor. Totuși, unele stări (de exemplu afecțiuni cardiovasculare) care pot limita utilizarea anumitor metode de către femeile mai în vârstă în general nu afectează tinerii deoarece aceste stări sunt rare la acest grup de vârstă. Aspectele sociale și comportamentale sunt considerente importante în alegerea metodelor contraceptive de către adolescenți. De exemplu, în unele locuri, adolescenții au și un risc crescut pentru ITS, inclusiv infecția cu HIV. Deși adolescenții pot alege utilizarea oricărei metode contraceptive disponibile în comunitatea în care trăiesc, în unele cazuri poate fi mai adecvată utilizarea metodelor care nu necesită administrare zilnică. S-a arătat că adolescenții, căsătoriți sau nu, acceptă mai puțin efectele secundare și de aceea au rate crescute de abandonare a metodei. Alegerea metodei poate fi de asemenea influențată de factori ca activitate sexuală sporadică și de nevoia 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 și creșterea prevalenței utilizării contraceptivelor. Educația și consilierea corectă, atât înainte cât și în timpul selectării metodei, pot ajuta adolescenții să-și abordeze problemele specifice și să ia decizii voluntare și informate. Trebuie depuse toate eforturile pentru a preveni limitarea opțiunilor disponibile datorită costului serviciilor și metodelor.

## Pacienții cu nevoi speciale

Criteriile medicale de eligibilitate se adresează utilizării metodelor contraceptive de către persoane care prezintă anumite afecțiuni medicale. Mai mult, oferirea metodelor contraceptive persoanelor cu nevoi speciale necesită evaluare suplimentară. 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 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 împuternicite cu responsabilități legale și îngrijitorii pacienților respectivi. În orice astfel de decizie trebuie luate în considerare drepturile indivizilor în domeniul reproducerii.

---

## Tabelul 2. Lista întrebărilor adresate Grupului de Lucru al experților

---

1. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor orale combinate (COC)?
2. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC)?
3. Când se poate repeta administrarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC)?
4. Când poate o femeie să înceapă utilizarea pilulelor numai cu progestativ (PNP)?
5. Când poate o femeie să înceapă utilizarea injectabilelor numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
6. Când se poate repeta administrarea injectabilelor numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
7. Când poate o femeie să înceapă utilizarea unui implant?
8. Cât timp pot fi păstrate după inserție implanturile cu levonorgestrel?
9. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu cupru?
10. La inserarea unui DIU cu cupru trebuie administrate antibiotice profilactic?
11. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?
12. La inserarea unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) trebuie administrate antibiotice profilactic?
13. Cum poate o femeie să utilizeze pilule contraceptive de urgență (PCU)?
14. Poate o femeie să primească în avans pilule contraceptive de urgență (PCU)?
15. Când se poate baza un bărbat pe vasectomie pentru contracepție?
16. Ce poate să facă o utilizatoare a Metodei Zilelor Standard (MZS) dacă are cicluri menstruale mai lungi sau mai scurte de 26-32 de zile?
17. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia contraceptivele orale combinate (COC)?
18. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia pilulele numai cu progestativ (PNP)?
19. Ce poate să facă o femeie dacă vomită și/sau are diaree severă în timp ce utilizează contraceptivele orale combinate (COC) sau pilulele numai cu progestativ (PNP)?
20. Ce poate să facă o femeie pentru a preveni grețurile și vărsăturile atunci când utilizează pilule contraceptive de urgență (PCU)?
21. Ce poate să facă o femeie dacă vomită după luarea pilulelor contraceptive de urgență (PCU)?
22. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui injectabil numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?



23. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării implantului?
24. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu cupru?
25. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?
26. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu cupru este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?
27. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?
28. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu cupru?
29. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?
30. Ce examinări sau teste trebuie efectuate de rutină înainte de furnizarea unei metode de contracepție?
31. Câte folii de pilule (pilule combinate sau pilule numai cu progestativ) trebuie date la vizita inițială și la vizitele de urmărire?
32. Ce scheme de urmărire sunt adecvate utilizatoarelor contraceptivelor orale combinate (COC), pilulelor numai cu progestativ (PNP), implanturilor și DIU?
33. Cum poate un furnizor să fie sigur cu un grad rezonabil de certitudine că o femeie nu este însărcinată?

---

## Metoda de lucru

---

Acest document este produsul unui proces care a culminat cu o întâlnire a Grupului de Lucru al experților care a avut loc la Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 13-16 aprilie 2004. Întâlnirea a reunit 29 de participanți din 15 țări pentru a formula recomandări de practică pentru utilizarea contraceptivelor. (Lista participanților este anexată acestui document). Grupul de Lucru al experților a fost alcătuit din experți în planificare familială internațională, incluzând clinicieni, epidemiologi, decidenți și manageri de program. Grupul de Lucru al experților a inclus de asemenea experți în identificarea și sinteza dovezilor, precum 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 declarat nici unul.

Recomandările din acest document sunt răspunsul Grupului de Lucru al experților la analiza a 33 de întrebări specifice selectate de OMS, bazate pe 1) controverse importante sau neconcordanțe în îndrumările existente, 2) posibilitatea ca dovezi relevante să fie disponibile, și 3) propuneri din partea participanților la Grupul de Lucru al experților și organizații/agenții de planificare familială. Lista întrebărilor adresate Grupului de Lucru al experților se află în Tabelul 2.

Acest document este o reactualizare a primei ediții a Recomandărilor de practică pentru utilizarea contraceptivelor publicată în 2002 după o întâlnire a unui Grup de Lucru al experților convocată de OMS. Acea întâlnire a avut loc în Londra, 3-6 octombrie 2001, cu sprijinul International Planned Parenthood Federation (IPPF) care a facilitat participarea Comitetului Consultativ Internațional al IPPF. Întâlnirea din 2001 a reunit 33 de participanți din 16 țări pentru a formula recomandări de practică pentru utilizarea contraceptivelor bazate pe răspunsurile Grupului de Lucru al experților la 23 de întrebări specifice selectate de OMS, bazate pe criteriile menționate mai sus.

Folosind un sistem pentru identificarea continuă a noilor dovezi (Continuous Identification of Research Evidence sau sistemul CIRE, [www.infoforhealth.org/cire/cire\\_pub.pl](http://www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl)), OMS a identificat 7 recomandări din prima ediție pentru care au devenit disponibile noi dovezi. OMS a decis de asemenea să formuleze 10 noi recomandări de practică pentru utilizarea contraceptivelor. Au fost efectuate recenzii sistematice ale literaturii pentru a evalua totalitatea dovezilor existente pentru aceste 17 recomandări.

Grupul de Lucru al experților din 2004 a avut sarcina de a revizui dovezile obținute în special din recenzii sistematice ale literaturii publicate până în februarie 2004. Întrucât revizuirea dovezilor pentru prima ediție s-a limitat la căutări pe MEDLINE și POPLINE din 1980 până în 2000, pentru a doua ediție au fost efectuate căutări în baze de date cu bibliografie mai vastă și cu ani de publicare adiționali, în funcție de tema reviziei sistematice. Au fost identificate rapoarte adiționale în referințele bibliografice ale articolelor obținute prin căutare în literatură. Aceste căutări sistematice, cuprinzătoare, în bazele de date cu bibliografie, au găsit toate studiile esențiale legate de recomandarea relevantă. Fiecare articol a fost analizat de OMS pentru a preciza care este relevanța lui pentru întrebarea formulată, calitatea dovezii furnizate, și dacă dovada oferă răspuns direct sau indirect întrebării (Tabelul 3). Din dovezile din diferite articole au fost apoi efectuate sinteze prin recenzii sistematice, care au stat la baza deliberărilor Grupului de Lucru al experților.

Scopul recenziilor sistematice a fost să identifice dovezi adresate componentelor biomedicale și comportamentale ale problemelor clinice frecvent întâlnite reprezentate de Întrebările 1-29. Întrebările 30-33 s-au referit la aspecte programatice și nu au primit răspunsuri prin recenzii sistematice. Recenziile sistematice au fost furnizate Grupului de Lucru al experților anterior întâlnirii. În plus, membrii componenței ai Grupului de Lucru au fost rugați să servească drept experți în domeniu pentru întrebări specifice.

Acolo unde Grupul de Lucru al experților a avut o recenzie sistematică a dovezilor pe care s-o ia în considerare pentru formularea unei recomandări, dovezile sunt citate în lista referințelor bibliografice aflată la sfârșitul fiecărei recomandări. Recomandările pentru care nu s-au citat dovezi s-au bazat pe opinii ale experților și/sau dovezi obținute din alte surse, nu din recenzii sistematice. Prima ediție a inclus 23 de recomandări care sunt larg utilizate pe plan mondial. Grupul de Coordonare a Ghidurilor, care s-a întrunit în 13 aprilie 2004, a fost de acord cu Secretariatul și a propus ca Grupul de Lucru al experților să ia în considerare, din prima ediție, doar acele recomandări pentru care au fost disponibile noi dovezi sau care s-au dovedit necesare. Grupul de Lucru al experților a acceptat această propunere în 14 aprilie și, astfel, restul timpului alocat întâlnirii Grupului de Lucru al experților a fost alocat pentru 7 recomandări curente cu dovezi noi și 10 noi recomandări. Cele 33 de recomandări finale (23 de recomandări din ediția precedentă și 10 noi recomandări) au fost aprobate de către toți membrii Grupului de Coordonare a Ghidurilor și de Grupul de Lucru al experților la finalul întâlnirii, în 16 aprilie 2004.

Cele 10 noi recomandări din această ediție, precum și modificările recomandărilor din prima ediție, sunt listate în sumarul modificărilor față de prima ediție, la pagina 16.

---

### Tabelul 3. Gradarea nivelelor dovezilor\*

---

Nivelele și categoriile dovezilor pe care s-au bazat recomandările sunt următoarele:

<b>Nivelul I:</b>	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic randomizat, controlat, corect conceput.
<b>Nivelul II-1:</b>	Dovezi obținute din studii clinice controlate bine concepute, fără randomizare.
<b>Nivelul II-2:</b>	Dovezi obținute din studii de cohortă sau studii analitice caz-martor bine concepute, preferabil realizate în mai multe centre sau grupuri de cercetare.
<b>Nivelul II-3:</b>	Dovezi obținute din studii de tip serii multiple cu sau fără intervenție. Rezultate spectaculoase obținute în experimente necontrolate pot fi de asemenea privite ca astfel de dovezi.
<b>Nivelul III:</b>	Opinii ale autorităților cu reputație în domeniu, bazate pe experiență clinică, studii descriptive sau rapoarte ale comitetelor de experți.

#### Calitatea dovezilor

**Fiecare studiu a fost de asemenea gradat drept bun, satisfăcător sau slab, bazat pe nivelele validității interne a studiului.**

\* Harris RP et al. Methods Work Group, Third US Preventive Services Task Force. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(Suppl.3):21-35.

#### Tipuri de dovezi

**Direct:** Dovezile se bazează pe date care vizează întrebarea în mod direct.

**Indirect:** Dovezile au fost extrapolate din alte date relevante.

---

### Cum se utilizează acest document

---

Acest document este conceput pentru utilizare de către factori de decizie manageri de programe de planificare familială și comunitatea științifică. El este conceput pentru a oferi programelor naționale de planificare familială/sănătate a reproducerii îndrumări 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 localizărilor în care sunt furnizate contraceptivele.

Întrebările din acest document sunt organizate în patru mari categorii care se referă la utilizarea eficientă și în siguranță a metodelor contraceptive, inclusiv inițiere/continuare, utilizare incorectă, probleme în timpul utilizării și aspecte programatice. Pentru fiecare întrebare, recomandările Grupului de Lucru al experților sunt furnizate pentru situații

specifice importante, alături de „Comentarii” și „Aspecte importante nerezolvate”. Mai mult, pentru întrebările la care s-au căutat răspunsuri prin recenzie sistematică a literaturii de specialitate (Întrebările 1-29), sunt furnizate și următoarele informații: 1) formularea întrebării din care au derivat termenii de căutare a literaturii, 2) nivelul și calitatea dovezilor și dacă dovezile au fost în legătură directă sau indirectă cu întrebarea, și 3) referințele bibliografice identificate prin recenzia sistematică a literaturii și furnizate Grupului de Lucru al experților.

Fiecare întrebare se finalizează cu recomandări despre ce poate face o femeie într-o situație specifică. În unele cazuri, anumite categorii de femei nu sunt eligibile medical pentru a urma recomandările pentru acea situație. În aceste situații, documentul furnizează comentarii de atenționare bazate pe *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor, ediția a treia*; aceste comentarii sunt marcate cu un asterisc în italice, imediat după starea relevantă, drept recomandări adiționale din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor, ediția a treia*.

---

## Implicații programatice

---

Aspectele programatice care trebuie rezolvate includ:

- alegerea informată
- elemente ale calității îngrijirii
- procedurile de screening esențiale pentru administrarea metodelor
- instruirea și abilitățile furnizorilor
- trimiterile sau vizitele de urmărire adecvate pentru utilizarea contracepției

În aplicarea recomandărilor de practică în cadrul programelor, trebuie să se facă o diferențiere clară între practici esențiale pentru utilizarea în siguranță a unui contraceptiv și practici care pot fi potrivite pentru îngrijirea adecvată a sănătății, dar nu au legătură cu utilizarea metodei. Promovarea practicilor pentru îngrijirea adecvată a sănătății care nu sunt legate de siguranța contracepției, nu trebuie considerată o condiție esențială sau un obstacol în calea furnizării unei metode contraceptive, ci o acțiune complementară.

Ca un pas următor, recomandările de practică trebuie luate în considerare din perspectiva situațiilor existente în diverse țări, astfel încât să fie aplicabile furnizorilor de la toate nivelele sistemului de furnizare a serviciilor. La nivel național trebuie să se determine cât de larg și prin ce mijloace poate fi posibilă extinderea serviciilor la nivele mai puțin specializate. Acest lucru poate implica perfecționarea personalului și a dotării acolo unde este posibil și accesibil din punct de vedere financiar, sau poate necesita îmbunătățirea abilităților anumitor categorii de personal medical, sau o suplimentare modestă a echipamentului și rezervelor de consumabile și reorganizarea spațiului. Va fi de asemenea necesară abordarea problemelor legate de unele percepții greșite ale furnizorilor și utilizatorilor despre riscurile și efectele secundare ale metodelor și examinarea atentă a nevoilor și perspectivelor femeilor și bărbaților în contextul alegerii informate.

---

## Sumarul modificărilor față de prima ediție

---

Zece noi recomandări au fost adăugate în ediția a doua:

- Cum poate o femeie să utilizeze pilule contraceptive de urgență?
- Poate o femeie să primească în avans pilule contraceptive de urgență?
- Ce poate să facă o femeie pentru a preveni grețurile și vărsăturile atunci când utilizează pilule contraceptive de urgență?
- Cât timp pot fi păstrate după inserție implanturile cu levonorgestrel?
- Când poate fi inserat unei femei un DIU cu eliberare de levonorgestrel?
- Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu eliberare de levonorgestrel?
- Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină?
- Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel?
- La inserarea unui DIU cu eliberare de levonorgestrel trebuie administrate antibiotice profilactic?
- Când se poate baza un bărbat pe vasectomie pentru contracepție?

Din cele 23 de recomandări păstrate din prima ediție, îndrumările pentru managementul pilulelor contraceptive uitate (Întrebarea 17 din această ediție) au suferit cele mai mari modificări și au fost simplificate considerabil. Modificări limitate au fost făcute la 11 întrebări (Întrebările 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 22, 23, 28 și 30 din această ediție); acestea au cuprins în primul rând îndrumări suplimentare pentru femeile care încep să utilizeze metode contraceptive după naștere și după avort. Alte 11 întrebări se mențin neschimbate față de prima ediție. Formatul documentului a fost de asemenea reorganizat astfel încât recomandările sunt acum grupate în funcție de tipul întrebării.

Este recunoscut faptul că unele din recomandările de practică pentru utilizarea contraceptivelor din acest document vor trebui să fie revizuite pe măsură ce noi cercetări vor deveni disponibile. Periodic, OMS va reactualiza și va aduce completări recomandărilor de practică din acest document. Aceste recomandări sunt disponibile pe site-ul web al OMS dedicat sănătății reproducerii ([www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)). Site-ul web va furniza și informații suplimentare considerate de OMS a fi relevante pentru aceste recomandări de practică, până la următoarea întâlnire formală pentru consens a Grupului de Lucru al experților. OMS încurajează cercetarea care să se adreseze aspectelor importante nerezolvate menționate în acest document.

## Întrebări pentru care Grupul de Lucru al experților a furnizat recomandări

### Inițiere/continuare

1. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor orale combinate (COC)?
2. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC)?
3. Când se poate repeta administrarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC)?
4. Când poate o femeie să înceapă utilizarea pilulelor numai cu progestativ (PNP)?
5. Când poate o femeie să înceapă utilizarea injectabilelor numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
6. Când se poate repeta administrarea injectabilelor numai cu progestativ (INP) -acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
7. Când poate o femeie să înceapă utilizarea unui implant?
8. Cât timp pot fi păstrate după inserție implanturile cu levonorgestrel?
9. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu cupru?
10. La inserarea unui DIU cu cupru trebuie administrate antibiotice profilactic?
11. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?
12. La inserarea unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) trebuie administrate antibiotice profilactic?
13. Cum poate o femeie să utilizeze pilule contraceptive de urgență (PCU)?
14. Poate o femeie să primească în avans pilule contraceptive de urgență (PCU)?
15. Când se poate baza un bărbat pe vasectomie pentru contracepție?
16. Ce poate să facă o utilizatoare a Metodei Zilelor Standard (MZS) dacă are cicluri menstruale mai lungi sau mai scurte de 26-32 de zile?

### Utilizare incorectă

17. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia contraceptivele orale combinate (COC)?
18. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia pilulele numai cu progestativ (PNP)?



## Probleme în timpul utilizării

### ***Vărsături și/sau diaree***

19. Ce poate să facă o femeie dacă vomită și/sau are diaree severă în timp ce utilizează contraceptivele orale combinate (COC) sau pilulele numai cu progestativ (PNP)?
20. Ce poate să facă o femeie pentru a preveni grețurile și vărsăturile atunci când utilizează pilule contraceptive de urgență (PCU)?
21. Ce poate să facă o femeie dacă vomită după luarea pilulelor contraceptive de urgență (PCU)?

### ***Tulburări menstruale***

22. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui injectabil numai cu progestativ (INP)-acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
23. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării implantului?
24. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu cupru?
25. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?

### ***Boală inflamatorie pelvină***

26. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu cupru este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?
27. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?

### ***Sarcină***

28. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu cupru?
29. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?

## Aspecte programatice

30. Ce examinări sau teste trebuie efectuate de rutină înainte de furnizarea unei metode de contracepție?
31. Câte folii de pilule (pilule combinate sau pilule numai cu progestativ) trebuie date la vizita inițială și la vizitele de urmărire?
32. Ce scheme de urmărire sunt adecvate utilizatoarelor contraceptivelor orale combinate (COC), pilulelor numai cu progestativ (PNP), implanturilor și DIU?
33. Cum poate un furnizor să fie sigur cu un grad rezonabil de certitudine că o femeie nu este însărcinată?



## Inițiere/continuare

1. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor orale combinate (COC)?
2. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC)?
3. Când se poate repeta administrarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC)?
4. Când poate o femeie să înceapă utilizarea pilulelor numai cu progestativ (PNP)?
5. Când poate o femeie să înceapă utilizarea injectabilelor numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
6. Când se poate repeta administrarea injectabilelor numai cu progestativ (INP)-acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
7. Când poate o femeie să înceapă utilizarea unui implant?
8. Cât timp pot fi păstrate după inserție implanturile cu levonorgestrel?
9. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu cupru?
10. La inserarea unui DIU cu cupru trebuie administrate antibiotice profilactice?
11. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?
12. La inserarea unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) trebuie administrate antibiotice profilactice?
13. Cum poate o femeie să utilizeze pilule contraceptive de urgență (PCU)?
14. Poate o femeie să primească în avans pilule contraceptive de urgență (PCU)?
15. Când se poate baza un bărbat pe vasectomie pentru contracepție?
16. Ce poate să facă o utilizatoare a Metodei Zilelor Standard (MZS) dacă are cicluri menstruale mai lungi sau mai scurte de 26-32 de zile?





**Când poate o femeie să înceapă utilizarea  
contraceptivelor orale combinate?**

## 1. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor orale combinate (COC)?

Notă: Femeii i se pot da în avans COC cu instrucțiuni adecvate despre începerea pilulelor, cu condiția ca ea să îndeplinească criteriile medicale de eligibilitate.

### Femeia are cicluri menstruale

- ' Femeia poate începe utilizarea COC în primele 5 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- ' Femeia poate începe COC în orice alt moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia are amenoree

- ' Femeia poate începe utilizarea COC în orice moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia este după naștere (alăptează)\*

- ' Dacă femeia a născut cu mai mult de 6 luni în urmă și este amenoreică, ea poate începe utilizarea COC în același mod ca și celelalte femei cu amenoree.
- ' Dacă femeia a născut cu mai mult de 6 luni în urmă și menstruația a reapărut, ea poate începe utilizarea COC în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.

\* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeile care au născut cu mai puțin de 6 săptămâni în urmă și care alăptează nu trebuie să utilizeze COC. Femeilor care au între 6 săptămâni și 6 luni de la naștere și alăptează nu li se recomandă de obicei utilizarea COC decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile.

### Femeia este după naștere (nu alăptează)\*

- ' Dacă femeia a născut cu 21 sau mai multe zile în urmă și ciclurile menstruale nu au reapărut, ea poate începe utilizarea COC imediat, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.
- ' Dacă ciclurile menstruale au reapărut, ea poate începe utilizarea COC în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.

\* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Este foarte puțin probabil ca o femeie să prezinte ovulație și risc de sarcină în primele 21 de zile după naștere. Totuși, din motive programatice, unele metode contraceptive pot fi furnizate în această perioadă. Femeilor care au născut cu mai puțin de 21 de zile în urmă nu li se recomandă de obicei utilizarea COC decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile.

## Femeia este după avort

- Ea poate începe utilizarea COC imediat după avort. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o altă metodă hormonală la COC

- Femeia poate începe utilizarea COC imediat dacă a utilizat metoda hormonală consecvent și corect sau dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
- Dacă metoda pe care o utiliza anterior femeia era un preparat injectabil, ea trebuie să înceapă utilizarea COC la momentul în care i s-ar fi administrat următoarea injecție. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o metodă nehormonală (alta decât DIU) la COC

- Femeia poate începe utilizarea COC în primele 5 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Femeia poate de asemenea începe utilizarea COC imediat sau în orice alt moment al ciclului menstrual dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

## Trecerea de la un DIU (inclusiv DIU cu eliberare de levonorgestrel) la COC

- Femeia poate începe utilizarea COC în primele 5 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară. DIU poate fi extras în acel moment.
- Femeia poate de asemenea începe utilizarea COC oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată.
  - Dacă femeia a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, se recomandă ca DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
  - Dacă femeia nu a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze o protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile. Dacă această protecție suplimentară este furnizată de DIU pe care îl utilizează deja, se recomandă ca acest DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
- Dacă femeia este amenoreică sau are sângerări neregulate, ea poate începe utilizarea COC în același mod ca și celelalte femei amenoreice.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat riscul ca ovulația să aibă loc în timpul primelor 5 zile ale ciclului menstrual ca fiind acceptabil de redus. Suprimarea ovulației a fost considerată mai puțin sigură atunci când se începe utilizarea COC după ziua 5. Pentru prevenirea sigură a ovulației s-a considerat că este necesară utilizarea continuă a COC timp de 7 zile.

Necesitatea protecției contraceptive suplimentare la persoanele care trec de la o altă metodă hormonală la COC va depinde de metoda utilizată anterior.

Au existat unele temeri legate de riscul de sarcină la extragerea DIU în timpul unui ciclu în care au existat deja contacte sexuale. Aceste temeri au dus la recomandarea ca DIU să nu fie extras până la următoarea menstruație.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează începerea COC în diferite zile ale ciclului menstrual eficiența și complianța utilizării lor? **Nivelul dovezilor:** I, satisfăcător, indirect.

Cum influențează furnizarea în avans a COC modul de utilizare, complianța și continuitatea utilizării COC? **Nivelul dovezilor:** II-2, satisfăcător, direct.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Killick S, Eyong E, Elstein M. Ovarian follicular development in oral contraceptive cycles. *Fertility and Sterility*, 1987, 48:409–413.
2. Lara-Torre E, Schroeder B. Adolescent compliance and side effects with Quick Start initiation of oral contraceptive pills. *Contraception*, 2002, 66:81–85.
3. Molloy BG et al. “Missed pill” conception: fact or fiction? *British Medical Journal* (Clinical Research Edition), 1985, 290:1474–1475.
4. Schwartz JL et al. Predicting risk of ovulation in new start oral contraceptive users. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 99:177–182.
5. Sitavarin S, Jaisamrarn U, Taneepanichskul S. A randomized trial on the impact of starting day on ovarian follicular activity in very low dose oral contraceptive pills users. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2003, 86:442–448.
6. Smith SK et al. The effect of deliberate omission of Trinordiol or Microgynon on the hypothalamo–pituitary–ovarian axis. *Contraception*, 1986, 34:513–522.
7. Stanback J, Qureshi ZP, Sekkade–Kigonda C. Advance provision of oral contraceptives to family planning clients in Kenya. *East African Medical Journal*, 2002, 79:257–258.
8. Taylor DR, Anthony FW, Dennis KJ. Suppression of ovarian function by Microgynon 30 in day 1 and day 5 “starters.” *Contraception*, 1986, 33:463–471.
9. Westhoff C et al. Quick start: novel oral contraceptive initiation method. *Contraception*, 2002, 66:141–145.
10. Westhoff C et al. Bleeding patterns after immediate vs. conventional oral contraceptive initiation: a randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, 2003, 79:322–329.

11. Yeshaya A et al. A delayed starting schedule of OCs: the effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance in women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1996, 1:263–265.
12. Yeshaya A et al. Flexible starting schedule for oral contraception: effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1998, 3:121–123.

### Alte referințe bibliografice importante

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

#### Aspecte importante nerezolvate

Cât de rapid se instalează protecția sigură prin utilizarea COC?

Începerea fiecărei noi folii într-o anumită zi a săptămânii mărește utilizarea consecventă, corectă și continuă a COC?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării COC?







**Când poate o femeie să înceapă utilizarea  
contraceptivelor injectabile combinate?**

## 2. Când poate o femeie să înceapă utilizarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC)?

Note:

Aceste recomandări se bazează pe informațiile despre CIC conținând acetat de medroxiprogesteron și cipionat de estradiol (Cycloferm/Lunelle) dar se aplică și în cazul CIC conținând enantat de noretisteron și valerat de estradiol (Mesigyna).

Dacă femeii nu i se poate face injecția cu ocazia consultației, pot fi făcute aranjamente ca ea să primească injecția într-un serviciu corespunzător, la o dată ulterioară.

### Femeia are cicluri menstruale

- ' Femeia poate primi prima injecție de CIC în primele 7 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- ' Femeia poate de asemenea primi prima injecție în orice alt moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia are amenoree

- ' Femeia poate primi prima injecție în orice moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia este după naștere (alăptează)\*

- ' Dacă femeia a născut cu mai mult de 6 luni în urmă și este amenoreică, ea poate începe utilizarea CIC în același mod ca și celelalte femei cu amenoree.
- ' Dacă femeia a născut cu mai mult de 6 luni în urmă și menstruația a reapărut, ea poate primi prima injecție în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.

#### \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeile care au născut cu mai puțin de 6 săptămâni în urmă și care alăptează nu trebuie să utilizeze CIC. Femeilor care au între 6 săptămâni și 6 luni de la naștere și alăptează nu li se recomandă de obicei utilizarea CIC decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile.

### Femeia este după naștere (nu alăptează)\*

- ' Dacă femeia a născut cu 21 sau mai multe zile în urmă și ciclurile menstruale nu au reapărut, ea poate primi prima injecție oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.
- ' Dacă ciclurile menstruale au reapărut, ea poate primi prima injecție în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.

#### \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Este foarte puțin probabil ca o femeie să prezinte ovulație și risc de sarcină în primele 21 de zile după naștere. Totuși, din motive programatice, unele metode contraceptive pot fi furnizate în această perioadă. Femeilor care au născut cu mai puțin de 21 de zile în urmă nu li se recomandă de obicei utilizarea CIC decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile.

## Femeia este după avort

- Ea poate primi prima injecție imediat după avort. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o altă metodă hormonală la CIC

- Femeia poate începe utilizarea CIC imediat, dacă a utilizat metoda hormonală consecvent și corect sau dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
- Dacă metoda pe care o utiliza anterior femeia era un alt preparat injectabil, ea trebuie să înceapă utilizarea CIC la momentul în care i s-ar fi administrat următoarea injecție. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o metodă nehormonală (alta decât DIU) la CIC

- Femeia poate primi prima injecție imediat, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
- Dacă au trecut mai puțin de 7 zile de la începerea menstruației, nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

## Trecerea de la un DIU (inclusiv DIU cu eliberare de levonorgestrel) la CIC

- Femeia poate primi prima injecție în primele 7 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară. DIU poate fi extras în acel moment.
- Femeia poate de asemenea începe utilizarea CIC oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată.
  - Dacă femeia a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, se recomandă ca DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
  - Dacă femeia nu a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze o protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile. Dacă această protecție suplimentară este furnizată de DIU pe care îl utilizează deja, se recomandă ca acest DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
- Dacă femeia este amenoreică sau are sângerări neregulate, ea poate primi injecția în același mod ca și celelalte femei amenoreice.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că administrarea injecției CIC până în ziua a 7-a a ciclului menstrual conduce la un risc redus de ciclu ovulator care ar putea duce la sarcină.

Necesitatea protecției contraceptive suplimentare la persoanele care trec de la o altă metodă hormonală la CIC va depinde de metoda utilizată anterior.

Au existat unele temeri legate de riscul de sarcină la extragerea DIU în timpul unui ciclu în care au existat deja contacte sexuale. Aceste temeri au dus la recomandarea ca DIU să nu fie extras până la următoarea menstruație.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează începerea CIC în diferite zile ale ciclului menstrual eficiența lor contraceptivă? **Nivelul dovezilor:** I, bun, indirect.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E(2) cypionate: effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*, 2001, 75:744–748.
2. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg medroxyprogesterone acetate and 5 mg estradiol-cypionate: effects on cervical mucus. *Contraception*, 2001, 64:363–368.

## Alte referințe bibliografice importante

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

## Aspecte importante nerezolvate

Cât de rapid se instalează protecția sigură prin utilizarea CIC?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării CIC?



**Când se poate repeta administrarea  
contraceptivelor injectabile combinate?**

### 3. Când se poate repeta administrarea contraceptivelor injectabile combinate (CIC) ?

Notă: Aceste recomandări se bazează pe informațiile despre CIC conținând acetat de medroxiprogesteron și cipionat de estradiol (Cyclofem/Lunelle) dar se aplică și în cazul CIC conținând enantat de noretisteron și valerat de estradiol (Mesigyna).

#### Intervalul de repetare a injecțiilor

- Repetăți administrarea injecțiilor cu CIC din 4 în 4 săptămâni.

#### Femeia se prezintă mai devreme pentru administrarea injecției

- Când intervalul de administrare a injecțiilor nu poate fi respectat, următoarea injecție poate fi administrată cu maxim 7 zile mai devreme decât era programată, dar acest lucru poate afecta sângerarea menstruală.

#### Femeia se prezintă mai târziu pentru administrarea injecției

- Când intervalul de administrare a injecțiilor nu poate fi respectat, următoarea injecție poate fi administrată cu maxim 7 zile mai târziu de la data programării fără să fie necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă femeia se prezintă cu mai mult de 7 zile mai târziu, ea poate primi injecția dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze o protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile. Femeia poate lua în considerare utilizarea contracepției de urgență după caz.

#### Comentarii

Riscul ovulației a fost considerat de Grupul de Lucru al experților ca fiind minim la începutul celei de a doua luni după administrarea ultimei injecții.

#### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cât de repede se reiau ovulația și fertilitatea după ultima injecție de CIC?

**Nivelul dovezilor:** II-3, satisfăcător, indirect.

#### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

- Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453–469.
- Bahamondes L et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception*, 1997, 55:307–310.
- Bassol S et al. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1995, 51:307–311.
- Garza-Flores J. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of oncemonth injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception*, 1987, 36:441–457.

5. Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception*, 1999, 60:189–200.

◆ **Aspecte importante nerezolvate**

Care este intervalul maxim dintre injecții care menține eficiența CIC?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru îmbunătățirea respectării de către paciente a intervalelor de administrare a CIC?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării CIC?



**Când poate o femeie să înceapă utilizarea pilulelor numai cu progestativ?**



## 4. Când poate o femeie să înceapă utilizarea pilulelor numai cu progestativ (PNP)?

Notă: Femeii i se pot da în avans PNP cu instrucțiuni adecvate despre începerea pilulelor, cu condiția ca ea să îndeplinească criteriile medicale de eligibilitate.

### Femeia are cicluri menstruale

- ' Femeia poate începe utilizarea PNP în primele 5 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- ' Femeia poate începe utilizarea PNP în orice alt moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 2 zile.

### Femeia are amenoree

- ' Femeia poate începe utilizarea PNP în orice moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 2 zile.

### Femeia este după naștere (alăptează)\*

- ' Dacă femeia are între 6 săptămâni și 6 luni de la naștere și este amenoreică, ea poate începe utilizarea PNP oricând. Dacă alăptează integral sau aproape integral nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- ' Dacă femeia a născut cu mai mult de 6 săptămâni în urmă și menstruația a reapărut, ea poate începe utilizarea PNP în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.

#### \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeilor care au sub 6 săptămâni de la naștere și alăptează nu li se recomandă de obicei utilizarea PNP decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile.

### Femeia este după naștere (nu alăptează)

- ' Dacă femeia a născut cu mai puțin de 21 de zile în urmă, ea poate începe utilizarea PNP oricând. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.\*
- ' Dacă femeia a născut cu 21 sau mai multe zile în urmă și ciclurile menstruale nu au reapărut, ea poate începe utilizarea PNP oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 2 zile.
- ' Dacă ciclurile menstruale au reapărut, ea poate începe utilizarea PNP în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.

\* Este foarte puțin probabil ca o femeie să prezinte ovulație și risc de sarcină în primele 21 de zile după naștere. Totuși, din motive programatice, unele metode contraceptive pot fi furnizate în această perioadă.

## Femeia este după avort

- Ea poate începe utilizarea PNP imediat după avort. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o altă metodă hormonală la PNP

- Femeia poate începe utilizarea PNP imediat dacă a utilizat metoda hormonală consecvent și corect sau dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
- Dacă metoda pe care o utiliza anterior femeia era un preparat injectabil, ea trebuie să înceapă utilizarea PNP la momentul în care i s-ar fi administrat următoarea injecție. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o metodă nehormonală (alta decât DIU) la PNP

- Femeia poate începe utilizarea PNP în primele 5 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Femeia poate de asemenea începe imediat utilizarea PNP sau în orice alt moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 2 zile.

## Trecerea de la un DIU (inclusiv DIU cu eliberare de levonorgestrel) la PNP

- Femeia poate începe utilizarea PNP în primele 5 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară. DIU poate fi extras în acel moment.
- Femeia poate de asemenea începe utilizarea PNP oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată.
  - Dacă femeia a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, se recomandă ca DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
  - Dacă femeia nu a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 5 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze o protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 2 zile. Dacă această protecție suplimentară este furnizată de DIU pe care îl utilizează deja, se recomandă ca acest DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
- Dacă femeia este amenoreică sau are sângerări neregulate, ea poate începe utilizarea PNP în același mod ca și celelalte femei amenoreice.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că riscul ovulației la începerea PNP în timpul primelor 5 zile ale ciclului menstrual este acceptabil de redus. Suprimarea ovulației a fost considerată mai puțin sigură atunci când se începe PNP după ziua 5. Pentru obținerea efectului contraceptiv asupra mucusului cervical s-a estimat că sunt necesare 48 de ore de utilizare a PNP.

Necesitatea protecției contraceptive suplimentare la persoanele care trec de la o altă metodă hormonală la PNP va depinde de metoda utilizată anterior.

Au existat unele temeri legate de riscul de sarcină la extragerea DIU în timpul unui ciclu în care au existat deja contacte sexuale. Aceste temeri au dus la recomandarea ca DIU să nu fie extras până la următoarea menstruație.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează începerea PNP în diferite zile ale ciclului menstrual eficiența lor contraceptivă?

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

Nu au fost identificate studii.

## Alte referințe bibliografice importante

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50(6 Suppl. 1):S1–195.
2. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
3. Wilcox et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001,63:211–215.

## Aspecte importante nerezolvate

Cât de rapid se instalează protecția sigură prin utilizarea PNP?

Începerea fiecărei noi folii într-o anumită zi a săptămânii mărește utilizarea consecventă, corectă și continuă a PNP?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării PNP?



**Când poate o femeie să înceapă utilizarea injectabilelor  
numai cu progestativ - acetat de medroxiprogesteron  
depozit sau enantat de noretisteron ?**



## 5. Când poate o femeie să înceapă utilizarea injectabilelor numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?

### Note:

Aceste recomandări se bazează pe informațiile despre un preparat injectabil conținând DMPA, dar se aplică și în cazul NET-EN.

Dacă femeii nu i se poate face injecția cu ocazia consultației, pot fi făcute aranjamente ca ea să primească injecția într-un serviciu corespunzător, la o dată ulterioară.

### Femeia are cicluri menstruale

- Femeia poate primi prima injecție de INP în primele 7 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Femeia poate de asemenea primi prima injecție în orice alt moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia are amenoree

- Femeia poate primi prima injecție în orice moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia este după naștere (alăptează)\*

- Dacă femeia are între 6 săptămâni și 6 luni de la naștere și este amenoreică, ea poate primi prima injecție oricând. Dacă alăptează integral sau aproape integral nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă femeia a născut cu mai mult de 6 săptămâni în urmă și menstruația a reapărut, ea poate primi prima injecție în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.
- \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***  
Femeilor care au mai puțin de 6 săptămâni de la naștere și alăptează nu li se recomandă de obicei utilizarea INP decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile.

### Femeia este după naștere (nu alăptează)

- Dacă femeia a născut cu mai puțin de 21 de zile în urmă, ea poate primi prima injecție oricând. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.\*
- Dacă femeia a născut cu 21 sau mai multe zile în urmă și ciclurile menstruale nu au reapărut, ea poate primi prima injecție oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.
- Dacă ciclurile menstruale au reapărut, ea poate primi prima injecție în același mod ca și celelalte femei care au cicluri menstruale.
- \* Este foarte puțin probabil ca o femeie să prezinte ovulație și risc de sarcină în primele 21 de zile după naștere. Totuși, din motive programatice, unele metode contraceptive pot fi furnizate în această perioadă.

## Femeia este după avort

- Ea poate primi prima injecție imediat după avort. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o altă metodă hormonală la INP

- Femeia poate începe utilizarea INP imediat, dacă a utilizat metoda hormonală consecvent și corect sau dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
- Dacă metoda pe care o utiliza anterior femeia era un alt preparat injectabil, ea trebuie să înceapă utilizarea INP la momentul în care i s-ar fi administrat următoarea injecție. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o metodă ne hormonală (alta decât DIU) la INP

- Femeia poate primi prima injecție imediat, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte apariția următoarei menstruații.
  - Dacă au trecut mai puțin de 7 zile de la începerea menstruației, nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
  - Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

## Trecerea de la un DIU (inclusiv DiU cu eliberare de levonorgestrel) la INP

- Femeia poate primi prima injecție în primele 7 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară. DIU poate fi extras în acel moment.
- Femeia poate de asemenea să înceapă utilizarea INP oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată.
  - Dacă femeia a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, se recomandă ca DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
  - Dacă femeia nu a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze o protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile. Dacă această protecție suplimentară este furnizată de DIU pe care îl utilizează deja se recomandă ca acest DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
- Dacă femeia este amenoreică sau are sângerări neregulate, ea poate primi injecția în același mod ca și celelalte femei amenoreice.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că administrarea injecției de INP până în ziua a 7-a a ciclului menstrual conduce la un risc redus de ciclu ovulator care ar putea duce la sarcină.

Necesitatea protecției contraceptive suplimentare la persoanele care trec de la o altă metodă hormonală la INP va depinde de metoda utilizată anterior.

Au existat unele temeri legate de riscul de sarcină la extragerea DIU în timpul unui ciclu în care au existat deja contacte sexuale. Aceste temeri au dus la recomandarea ca DIU să nu fie extras până la următoarea menstruație.

În timp ce pentru obținerea efectului contraceptiv asupra mucusului cervical prin utilizarea PNP s-a estimat că sunt necesare 48 de ore, timpul necesar pentru ca INP să realizeze acest efect nu a fost stabilit cu certitudine.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează începerea utilizării INP în diferite zile ale ciclului menstrual eficiența lor contraceptivă? **Nivelul dovezilor:** II-1, bun, indirect.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users: Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility and Sterility*, 1998, 69:252–257.
2. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*, 1998, 70:817–820.
3. Siriwongse T et al. Effect of depo-medroxyprogesterone acetate on serum progesterone levels when administered on various cycle days. *Contraception*, 1982, 26:487–493.



## Alte referințe bibliografice importante

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

### Aspecte importante nerezolvate

Cât de rapid se instalează protecția sigură prin utilizarea injecțiilor DMPA și NET-EN?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării INP?









**Când se poate repeta administrarea injectabilelor  
numai cu progestativ - acetat de medroxiprogesteron  
depozit sau enantat de noretisteron?**

## **6. Când se poate repeta administrarea injectabilelor numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-E) ?**

### **Intervalul de repetare a injecțiilor**

- Repetați administrarea injecțiilor cu DMPA din 3 în 3 luni.
- Repetați administrarea injecțiilor cu NET-EN din 2 în 2 luni.

### **Femeia se prezintă mai devreme pentru administrarea injecției**

- Administrarea injecției cu DMPA sau NET-EN poate fi făcută cu maxim 2 săptămâni mai devreme.

### **Femeia se prezintă mai târziu pentru administrarea injecției**

- Administrarea injecției cu DMPA sau NET-EN poate fi făcută cu maxim 2 săptămâni mai târziu fără ca femeia să aibă nevoie de protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă femeia se prezintă cu mai mult de 2 săptămâni întârziere pentru administrarea injecției de DMPA sau NET-EN, ea poate primi injecția dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Femeia va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile. Femeia poate lua în considerare utilizarea contracepției de urgență după caz.

### **Trecerea între DMPA și NET-EN**

- Nu se recomandă utilizarea preparatelor injectabile DMPA și NET-EN unul în locul celuilalt.
- Dacă devine necesară trecerea de la un preparat la celălalt, trecerea trebuie făcută la momentul în care s-ar fi administrat următoarea injecție.

### **Administrarea unui INP atunci când nu se cunoaște tipul și/sau data programată pentru injecția preparatului injectabil utilizat anterior**

- Femeia poate primi injecția dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.
- Femeia poate lua în considerare utilizarea contracepției de urgență după caz.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că riscul ovulației este minim în primele 2 săptămâni după data programată pentru repetarea injecției (3 luni pentru DMPA și 2 luni pentru NET-EN).

Mecanismele de acțiune, criteriile medicale de eligibilitate și efectele secundare ale DMPA și NET-EN sunt similare. De aceea încetarea utilizării unui preparat și începerea utilizării celuiilalt nu are efecte dăunătoare asupra sănătății femeii.

În timp ce pentru obținerea efectului contraceptiv asupra mucusului cervical prin utilizarea PNP s-a estimat că sunt necesare 48 de ore, timpul necesar pentru ca INP să realizeze acest efect nu a fost stabilit cu certitudine.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cât de repede se reiau ovulația și fertilitatea după ultima injecție cu un preparat injectabil numai cu progestativ? **Nivelul dovezilor:** II-3, satisfăcător, indirect.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Anonymous. ICMR (Indian Council of Medical Research) Task Force on Hormonal Contraception. Return of fertility following discontinuation of an injectable contraceptive—norethisterone oenanthate (NET-EN) 200 mg dose. *Contraception*, 1986, 34:573–582.
2. Bassol S et al. Ovarian function following a single administration of depo-medroxy progesterone acetate (DMPA) at different doses. *Fertility and Sterility*, 1984, 42:216–222.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of depot-medroxyprogesterone acetate and norethisterone oenanthate. *Fertility and Sterility*, 1980, 34:131–139.
4. Garza-Flores J et al. Return to ovulation following the use of long-acting injectable contraceptives: a comparative study. *Contraception*, 1985, 31:361–366.
5. Lan PT et al. Return of ovulation following a single injection of depo-medroxyprogesterone acetate: a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Contraception*, 1984, 29:1–18.
6. Ortiz A et al. Serum medroxyprogesterone acetate (MPA) concentrations and ovarian function following intramuscular injection of Depo-MPA. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1977, 44:32–38.
7. Pardthaisong T. Return of fertility after the use of the injectable contraceptive Depo-Provera: updated data analysis. *Journal of Biosocial Science*, 1984, 16:23–34.
8. Saxena BN et al. Return of ovulation after the cessation of depot-medroxy progesterone acetate treatment in Thai women. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1980, 63:66–69.

### Aspecte importante nerezolvate

Cât este de obișnuită trecerea între DMPA și NET-EN și de ce apare aceasta?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării INP?

Care este intervalul maxim dintre injecții care menține eficiența INP?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru îmbunătățirea respectării de către paciente a intervalelor de administrare a INP?





**Când poate o femeie să înceapă utilizarea unui implant?**

## 7. Când poate o femeie să înceapă utilizarea unui implant?

Notă: Aceste recomandări se bazează pe informațiile referitoare la implanturile cu levonorgestrel (Norplant și Jadelle). Nu se cunoaște măsura în care acestea se aplică și la implanturile cu etonogestrel. Prospectul unui implant conținând etonogestrel (Implanon) prevede ca implantul să fie inserat între zilele 1-5, însă cel mai târziu în ziua a 5 - a ciclului menstrual natural.

### Femeia are cicluri menstruale

- ' Femeii i se poate insera implantul în primele 7 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- ' Femeii i se poate insera implantul în orice alt moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia are amenoree

- ' Femeii i se poate insera implantul în orice moment, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia este după naștere (alăptează)\*

- ' Dacă femeia este între 6 săptămâni și 6 luni de la naștere și este amenoreică i se poate insera implantul oricând. Dacă alăptează integral sau aproape integral, nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- ' Dacă femeia a născut cu mai mult de 6 săptămâni în urmă și menstruația a reapărut, i se poate insera implantul în același mod ca și altor femei care au cicluri menstruale.

#### \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeilor care au mai puțin de 6 săptămâni de la naștere și alăptează nu li se recomandă de obicei utilizarea implanturilor numai cu progestativ decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile.

### Femeia este după naștere (nu alăptează)

- ' Dacă femeia a născut cu mai puțin de 21 de zile în urmă, i se poate insera implantul oricând. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.\*
- ' Dacă femeia a născut cu 21 sau mai multe zile în urmă și ciclurile menstruale nu au reapărut, i se poate insera implantul oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.
- ' Dacă ciclurile menstruale au reapărut, i se poate insera implantul în același mod ca și altor femei care au cicluri menstruale.

\* Este foarte puțin probabil ca o femeie să prezinte ovulație și risc de sarcină în primele 21 de zile după naștere. Totuși, din motive programatice, unele metode contraceptive pot fi furnizate în această perioadă.

## Femeia este după avort

- I se poate insera implantul imediat după avort. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o altă metodă hormonală la implant

- Implantul poate fi inserat imediat dacă femeia a utilizat metoda hormonală consecvent și corect sau dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
- Dacă metoda pe care o utiliza anterior femeia era un preparat injectabil, trebuie să i se insere implantul la momentul în care i s-ar fi administrat următoarea injecție. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

## Trecerea de la o metodă nehormonală (alta decât DIU) la implant

- Femeii i se poate insera implantul imediat, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
  - Dacă au trecut mai puțin de 7 zile de la începerea menstruației, nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
  - Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

## Trecerea de la un DIU (inclusiv DIU cu eliberare de levonorgestrel) la implant

- Femeii i se poate insera implantul în primele 7 zile după începerea menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară. DIU poate fi extras în acel moment.
- Femeii i se poate de asemenea insera implantul oricând, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată.
  - Dacă femeia a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, se recomandă ca DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
  - Dacă femeia nu a avut contacte sexuale în acest ciclu menstrual și au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, ea va trebui să nu aibă contacte sexuale sau să utilizeze o protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile. Dacă această protecție suplimentară este furnizată de DIU pe care îl utilizează deja se recomandă ca acest DIU să fie extras în timpul următoarei menstruații.
- Dacă femeia este amenoreică sau are sângerări neregulate, i se poate insera implantul în același mod ca și celorlalte femei amenoreice.



## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că un implant inserat până în ziua a 7-a a ciclului menstrual conduce la un risc redus de ciclu ovulator care ar putea duce la sarcină.

Necesitatea protecției contraceptive suplimentare la persoanele care trec de la o altă metodă hormonală la implant va depinde de metoda utilizată anterior.

Au existat unele temeri legate de riscul de sarcină la extragerea DIU în timpul unui ciclu în care au existat deja contacte sexuale. Aceste temeri au dus la recomandarea ca DIU să nu fie extras până la următoarea menstruație.

În timp ce pentru obținerea efectului contraceptiv asupra mucusului cervical prin utilizarea PNP s-a estimat că sunt necesare 48 de ore, timpul necesar pentru ca implanturile cu levonorgestrel să realizeze acest efect nu a fost stabilit cu certitudine.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează începerea utilizării implanturilor în diferite zile ale ciclului menstrual eficiența lor contraceptivă? **Nivelul dovezilor:** II-3, bun, indirect.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Brache V et al. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertility and Sterility*, 1996, 65:1110–1114.
2. Brache V et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception*, 1999, 59:245–251.
3. Dunson TR et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility and Sterility*, 1998, 69:258–266.

## Alte referințe bibliografice importante



1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

### Aspecte importante nerezolvate

La câte zile după începerea ciclului menstrual pot fi inserate implanturile cu etonogestrel pentru a fi eficiente în timpul aceluși ciclu menstrual?

Cât de rapid se instalează protecția sigură de către implanturile cu etonogestrel?

Cât de rapid se reia fertilitatea după extragerea implanturilor cu etonogestrel?







**Cât timp pot fi păstrate după inserție  
implanturile cu levonorgestrel?**

## 8. Cât timp pot fi păstrate după inserție implanturile cu levonorgestrel?

Notă: Aceste recomandări se bazează pe informații despre, și sunt în legătură cu, implanturile cu levonorgestrel aprobate (Norplant și Jadelle). Prospectul unui implant cu etonogestrel (Implanon) menționează că implantul poate fi păstrat după inserție timp de 3 ani.

### Norplant

#### Pentru o femeie cu greutatea mai mică de 70 de kg

- O femeie cu greutate mai mică de 70 de kg în momentul inserției și care continuă să cântărească mai puțin de 70 de kg poate păstra implanturile timp de 7 ani întregi.
- Ea trebuie informată că o creștere a greutății (peste 70 de kg) poate duce la scăderea eficienței Norplant după 4 sau 5 ani (în funcție de gradul creșterii ponderale).

#### Pentru o femeie cu greutate cuprinsă între 70-79 de kg

- O femeie cu greutate cuprinsă între 70-79 de kg în momentul inserției trebuie informată că implanturile vor fi mai puțin eficiente după 5 ani de utilizare dacă greutatea ei se menține la același nivel.
- Ea trebuie să revină pentru o vizită de urmărire la sfârșitul celui de-al 4-lea an de utilizare.
  - Dacă ea cântărește în continuare între 70-79 de kg, ea și furnizorul trebuie să decidă dacă implanturile vor fi păstrate timp de 7 ani întregi.
  - Dacă ea cântărește 80 sau mai multe kg la vizita de urmărire, ea trebuie să ia în considerare cu seriozitate extragerea implanturilor după 4 ani de utilizare, datorită eficienței lor scăzute.

#### Pentru o femeie cu greutate de 80 de kg sau mai mult

- Ea trebuie să revină pentru o vizită de urmărire la sfârșitul celui de-al 4-lea an de utilizare. Dacă ea cântărește în continuare 80 sau mai multe kg, ea trebuie să ia în considerare cu seriozitate extragerea implanturilor după 4 ani de utilizare, datorită eficienței lor scăzute.

### Jadelle

Femeia poate păstra implanturile după inserție timp de 5 ani întregi, cu condiția ca greutatea ei să nu fie de 80 sau mai multe kg. Dacă ea cântărește 80 sau mai multe kg, ea trebuie să ia în considerare cu seriozitate extragerea implanturilor după 4 ani întregi de utilizare, datorită eficienței lor scăzute.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a analizat dovezi publicate care arată că sarcina apare rar la utilizatoarele de Norplant în timpul celor 7 ani de utilizare la femei cu greutate mai mică de 70 de kg în momentul inserției, și în timpul a 4 ani de utilizare la femei cu greutate de 70 sau mai multe kg în momentul inserției. Eficiența contraceptivă scade după 4 ani la femei cu greutate de 70 sau mai multe kg în momentul inserției, și este substanțial scăzută la femei cu greutate de 80 sau mai multe kg în momentul inserției. Grupul de Lucru al experților a analizat de asemenea date nepublicate care sugerează că femeile a căror greutate obișnuită este de 70-79 de kg au risc crescut de sarcină după 5 ani de utilizare și că au risc de sarcină de aproximativ 6% în al 5-lea an de utilizare. Bazat pe aceste date, femeile cu greutate de 70-79 de kg în timpul celui de-al 5-lea an de utilizare trebuie să fie conștiente de eficiența scăzută a implanturilor lor dacă ele aleg să continue să le utilizeze și în cel de-al 6-lea sau 7-lea an. Femeile cu greutate de 80 sau mai multe kg trebuie insistent sfătuite să ia în considerare extragerea implanturilor lor după 4 ani de utilizare. Cele mai recent publicate date despre incidența sarcinilor în anii 5, 6 și 7 în funcție de greutatea în momentul inserției se găsesc în referința bibliografică 3 de mai jos. În timp ce incidențele sarcinilor sunt crescute la femeile cu greutate de 70-79 de kg după al 5-lea an, incidențele sarcinilor în anii 6 și 7 nu sunt mai mari decât în cazul a mai multe alte metode contraceptive. Femeile ce utilizează Norplant sau Jadelle au o probabilitate mult mai mică de a avea o sarcină ectopică decât femeile ce nu utilizează metode contraceptive. Totuși, în eventualitatea puțin probabilă a apariției unei sarcini, riscul ca acea sarcină să fie ectopică este crescută.

O femeie cu greutatea de 70-79 de kg poate solicita extragerea Norplant oricând înainte de 7 ani, dacă ea este îngrijorată de eficiența după 5 ani de utilizare. În acel moment, ei i se poate insera un alt set de implanturi, dacă dorește. Ea, ca toate femeile ce utilizează implanturi, poate solicita extragerea implantului (implanturilor) oricând, indiferent de motiv.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Pot fi păstrate implanturile cu levonorgestrel mai mult de 5 ani după inserție? **Nivelul dovezilor:** II-1, bun, direct.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Gu S et al. Effectiveness of Norplant implants through seven years: a large-scale study in China. *Contraception*, 1995, 52:99–103.
2. Nour El-Dine NM et al. Extension of use of the contraceptive implants, Norplant and levonorgestrel rods to seven years. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 26:377–393.
3. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant® capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187–194.

4. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43–49.

5. Wan LS, Stiber A, Lam L. The levonorgestrel two-rod implant for long-acting contraception: 10 years of clinical experience. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:24–26.

 **Aspecte importante nerezolvate**

Care sunt efectele vârstei și obezității asupra eficienței Norplant în timpul celui de-al 5-lea, 6-lea și 7-lea an de utilizare?





**Când poate fi inserat unei femei un DIU cu cupru?**



## 9. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu cupru?

### Femeia are cicluri menstruale

- Se poate insera un DIU cu cupru oricând în primele 12 zile după începerea menstruației, după preferința femeii și nu doar în timpul menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- DIU cu cupru poate fi inserat de asemenea în orice alt moment al ciclului menstrual, după preferința femeii, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

### Femeia are amenoree (non-postpartum)

- Se poate insera DIU cu cupru oricând, *dacă se poate stabili că femeia nu este însărcinată*. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

### Femeia este după naștere și alăptează (inclusiv după operație cezariană)\*

- Dacă ea a născut cu mai puțin de 48 de ore în urmă, în general i se poate insera DIU cu cupru.
- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și are amenoree, i se poate insera DIU cu cupru, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și ciclurile menstruale au reapărut, DIU cu cupru poate fi inserat urmând recomandările pentru femeile care au cicluri menstruale.

\* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeilor cu stare septică puerperală nu trebuie să li se insere DIU cu cupru. Femeilor care au între 48 de ore și până la 4 săptămâni de la naștere nu li se recomandă de obicei utilizarea DIU cu cupru decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau acceptabile.

### Femeia este după naștere și nu alăptează (inclusiv după operație cezariană)\*

- Dacă ea a născut cu mai puțin de 48 de ore în urmă, în general i se poate insera DIU cu cupru.
- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și are amenoree, i se poate insera DIU cu cupru, *dacă se poate stabili că femeia nu este însărcinată*. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și ciclurile menstruale au reapărut, DIU cu cupru poate fi inserat urmând recomandările pentru femeile care au cicluri menstruale.

\* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeilor cu stare septică puerperală nu trebuie să li se insere DIU cu cupru. Femeilor care au între 48 de ore și până la 4 săptămâni de la naștere nu li se recomandă de obicei utilizarea DIU cu cupru decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau acceptabile.

### Femeia este după avort\*

- După avortul în primul trimestru, DIU cu cupru poate fi inserat imediat după avort.

- După avortul în trimestrul al doilea, în general DIU cu cupru poate fi inserat imediat după avort.
- \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***  
Femeilor nu trebuie să li se insere DIU cu cupru imediat după avort septice.

### Trecerea de la o altă metodă la DIU cu cupru

- Femeii i se poate insera DIU cu cupru imediat, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este nevoie să se aștepte următoarea menstruație. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.

### Pentru contracepție de urgență\*

- Pentru contracepție de urgență, DIU cu cupru poate fi inserat în primele 5 zile după contactul sexual neprotejat.
- Mai mult, atunci când momentul ovulației poate fi estimat, femeii i se poate insera DIU cu cupru și mai târziu de 5 zile după actul sexual, cu condiția ca inserția să nu fie efectuată mai târziu de 5 zile după ovulație.
- \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***  
Femeile care utilizează DIU cu cupru pentru contracepție de urgență trebuie să îndeplinească criteriile medicale de eligibilitate pentru inserție.

### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că riscul de ovulație este acceptabil de scăzut în primele 7 zile ale ciclului menstrual. Cumulat cu efectul contraceptiv de urgență de 5 zile al DIU cu cupru, Grupul de Lucru al experților a concluzionat că probabilitatea apariției unei sarcini este scăzută înainte de ziua a 12-a a ciclului menstrual.

Recomandarea Grupului de Lucru al experților pentru inserția DIU cu cupru nu se aplică și la DIU LNG deoarece se presupune că efectul contraceptiv de urgență al DIU cu cupru nu se poate aplica la DIU LNG. Astfel, utilizarea DIU LNG pentru contracepția de urgență nu este recomandată. În plus, teoretic există îngrijorare că, în cazul apariției unei sarcini, pot exista riscuri suplimentare pentru făt datorită expunerii la hormoni. Totuși, nu se știe dacă există risc crescut de anomalii fetale datorită acestei expuneri.

După cum se menționează în *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor*, DIU nu este indicat în timpul sarcinii și nu trebuie utilizat datorită riscului de infecții pelvine grave și de avort spontan septice. Grupul de Lucru al experților a recunoscut că cele 6 criterii din întrebarea 33 (“Cum poate un furnizor să fie sigur cu un grad rezonabil de certitudine că o femeie nu este însărcinată?”) vor fi utile furnizorului pentru a determina dacă femeile care au născut și alăptează ar putea fi însărcinate. Totuși, aceste criterii nu sunt utile în a face această determinare pentru femeile care au născut și nu alăptează sau pentru femeile cu amenoree (care nu au născut). În aceste situații, vor trebui utilizate alte mijloace pentru a determina dacă femeia este însărcinată.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează inserarea unui DIU în diferite zile ale ciclului menstrual siguranța, eficiența contraceptivă și complianța utilizării? **Nivelul dovezilor:** II-3, satisfăcător, indirect.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Goldstuck ND. Pain response following insertion of a Gravigard (Copper-7) intrauterine contraceptive device in nulliparous women. *International Journal of Fertility*, 1981, 26:53–56.
2. Goldstuck ND, Matthews ML. A comparison of the actual and expected pain response following insertion of an intrauterine contraceptive device. *Clinical Reproduction and Fertility*, 1985, 3:65–71.
3. White MK et al. Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion. *Obstetrics and Gynecology*, 1980, 55:220–224.

### Alte referințe bibliografice importante

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

#### ◆ Aspecte importante nerezolvate

Cât de rapid se instalează protecția contraceptivă sigură în cazul DIU cu cupru?



**La inserarea unui DIU cu cupru trebuie administrate antibiotice profilactic?**

## 10. La inserarea unui DIU cu cupru trebuie administrate antibiotice profilactice?

### Inserția obișnuită a DIU

- În general, nu se recomandă administrarea profilactică de antibiotice la inserția DIU cu cupru. În localizările unde există atât o prevalență ridicată a infecțiilor cervicale cu gonococ și chlamydia cât și posibilități limitate de screening pentru infecții cu transmitere sexuală (ITS), o asemenea profilaxie poate fi luată în considerare.
- Consiliați utilizatoarea DIU cu cupru să urmărească dacă apar simptome de boală inflamatorie pelvină (BIP), în special în timpul primei luni după inserție.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că administrarea profilactică de antibiotice la inserarea DIU cu cupru oferă probabil puține beneficii sau nu oferă nici un beneficiu femeilor care au risc scăzut pentru ITS.

Această recomandare se referă la femeile sănătoase; femeile cu stări ale sănătății (de ex. tulburări cardiace valvulare) care necesită profilaxie cu antibiotice pentru procedurile invazive pot necesita profilaxie cu antibiotice și pentru inserția DIU cu cupru.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Administrarea profilactică de antibiotice reduce riscul infecției în timpul inserării DIU cu cupru? **Nivelul dovezilor:** I, bun, direct.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

- Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception*, 1999, 60:57–63.

#### Aspecte importante nerezolvate

Administrarea profilactică de antibiotice la inserția DIU cu cupru aduce vreun beneficiu în prevenirea BIP în localizările cu prevalență ridicată a ITS?



**Când poate fi inserat unei femei un DIU  
cu eliberare de levonorgestrel?**

## 11. Când poate fi inserat unei femei un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?

### Femeia are cicluri menstruale

- Se poate insera un DIU LNG oricând în primele 7 zile după începerea menstruației, după preferința femeii și nu doar în timpul menstruației. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- DIU LNG poate fi inserat și în orice alt moment al ciclului menstrual, după preferința femeii, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Dacă au trecut mai mult de 7 zile de la începerea menstruației, va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia are amenoree (non-postpartum)

- Se poate insera DIU LNG oricând, *dacă se poate stabili că femeia nu este însărcinată*. Ea va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.

### Femeia este după naștere și alăptează (inclusiv după operație cezariană)\*

- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și are amenoree, i se poate insera DIU LNG, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și ciclurile menstruale au reapărut, DIU LNG poate fi inserat urmând recomandările pentru femeile care au cicluri menstruale.

\* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeilor cu stare septică puerperală nu trebuie să li se insere DIU LNG. Femeilor care au născut cu mai puțin de 48 de ore în urmă și femeilor care au între 48 de ore și până la 4 săptămâni de la naștere nu li se recomandă de obicei utilizarea DIU LNG decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau acceptabile.

### Femeia este după naștere și nu alăptează (inclusiv după operație cezariană)\*

- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și are amenoree, i se poate insera DIU LNG, *dacă se poate stabili că femeia nu este însărcinată*. Nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
- Dacă ea a născut cu 4 sau mai multe săptămâni în urmă și ciclurile menstruale au reapărut, DIU LNG poate fi inserat urmând recomandările pentru femeile care au cicluri menstruale.

\* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***

Femeilor cu stare septică puerperală nu trebuie să li se insere DIU LNG. Femeilor care au născut cu mai puțin de 48 de ore în urmă și femeilor care au între 48 de ore și până la 4 săptămâni de la naștere nu li se recomandă de obicei utilizarea DIU LNG decât dacă alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau acceptabile.

### Femeia este după avort\*

- După avortul în primul trimestru, DIU LNG poate fi inserat imediat după avort.

- După avortul în trimestrul al doilea, în general DIU LNG poate fi inserat imediat după avort.
- \* **Recomandări suplimentare din *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004.***  
Femeilor nu trebuie să li se insereze DIU LNG imediat după avort septic.

### Trecerea de la o altă metodă la DIU LNG

- Dacă femeia are cicluri menstruale, DIU LNG poate fi inserat imediat, dacă se știe cu un grad rezonabil de certitudine că nu este însărcinată. Și dacă femeia are amenoree, DIU LNG poate fi inserat imediat, *dacă se poate stabili că femeia nu este însărcinată*. Nu este nevoie să aștepte următoarea menstruație.
  - Dacă femeia este în primele 7 zile după începerea menstruației, nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.
  - Dacă au trecut mai mult de 7 zile după începerea menstruației, va trebui să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 7 zile.
  - Dacă metoda pe care o utiliza anterior femeia era un preparat injectabil, DIU LNG poate fi inserat în momentul în care i s-ar fi administrat următoarea injecție. În această situație, nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.



#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că riscul de ovulație este acceptabil de scăzut în primele 7 zile ale ciclului menstrual și că, prin urmare, probabilitatea existenței unei sarcini este scăzută înainte de ziua a 8-a.

Recomandarea Grupului de Lucru al experților pentru inserția DIU cu cupru nu se aplică și la DIU LNG deoarece se presupune că efectul contraceptiv de urgență al DIU cu cupru nu se poate aplica la DIU LNG. Astfel, utilizarea DIU LNG pentru contracepția de urgență nu este recomandată. În plus, teoretic există îngrijorare că, în cazul apariției unei sarcini, pot exista riscuri suplimentare pentru făt datorită expunerii la hormoni. Totuși, nu se știe dacă există risc crescut de anomalii fetale datorită acestei expuneri.

După cum se menționează în *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor*, DIU nu este indicat în timpul sarcinii și nu trebuie utilizat datorită riscului de infecții pelvine grave și de avort spontan septic. Grupul de Lucru al experților a recunoscut că cele 6 criterii din întrebarea 33 ("Cum poate un furnizor să fie sigur cu un grad rezonabil de certitudine că o femeie nu este însărcinată?") vor fi utile furnizorului pentru a determina dacă femeile care au născut și alăptează ar putea fi însărcinate. Totuși, aceste criterii nu sunt utile în a face această determinare pentru femeile care au născut și nu alăptează sau pentru femeile cu amenoree (care nu au născut). În aceste situații, vor trebui utilizate alte mijloace pentru a determina dacă femeia este însărcinată.





## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează inserarea unui DIU în diferite zile ale ciclului menstrual siguranța, eficiența contraceptivă și complianța utilizării? **Nivelul dovezilor:** I, bun, indirect.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Harrison-Woolrych M, Zhou L, Coulter D. Insertion of intrauterine devices: a comparison of experience with Mirena and Multiload Cu 375 during post-marketing monitoring in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116: 538–544.
2. Luukkainen T et al. Effective contraception with the levonorgestrel-releasing intrauterine device: 12-month report of a European multicenter study. *Contraception*, 1987, 36:169–179.
3. Sivin I et al. Long term contraception with the levonorgestrel 20 µg/day (LNG 20) and the copper T 380 Ag intrauterine devices: a five-year randomized study. *Contraception*, 1990, 42:361–378.

#### Aspecte importante nerezolvate

Cât de rapid se instalează protecția contraceptivă sigură în cazul DIU LNG?

Ce efecte adverse, dacă există efecte adverse, pot să apară la copiii mamelor care alăptează și care încep să utilizeze metode contraceptive numai cu progestativ înainte de 6 săptămâni după naștere?



**La inserarea unui DIU cu eliberare de levonorgestrel  
trebuie administrate antibiotice profilactic?**

## 12. La inserarea unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) trebuie administrate antibiotice profilactice?

### Inserția obișnuită a DIU LNG

- În general, nu se recomandă administrarea profilactică de antibiotice la inserția DIU LNG. În localizările unde există atât o prevalență ridicată a infecțiilor cervicale cu gonococ și chlamydia cât și posibilități limitate de screening pentru infecții cu transmitere sexuală (ITS), o asemenea profilaxie poate fi luată în considerare.
- Consiliați utilizatoarea DIU LNG să urmărească dacă apar simptome de boală inflamatorie pelvină (BIP), în special în timpul primei luni după inserție.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că administrarea profilactică de antibiotice la inserarea DIU LNG oferă probabil puține beneficii sau nu oferă nici un beneficiu femeilor care au risc scăzut pentru ITS.

Această recomandare se referă la femeile sănătoase; femeile cu stări ale sănătății (de ex. tulburări cardiace valvulare) care necesită profilaxie cu antibiotice pentru procedurile invazive pot necesita de asemenea profilaxie cu antibiotice pentru inserția DIU LNG.

Aceste recomandări s-au bazat pe dovezile pentru DIU cu cupru.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Administrarea profilactică de antibiotice reduce riscul infecției în timpul inserării DIU LNG?

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

Nu au fost identificate studii.

### Alte referințe bibliografice importante

Vezi referințele bibliografice de la Întrebarea 10 (“La inserarea unui DIU cu cupru trebuie administrate antibiotice profilactice?”).

#### Aspecte importante nerezolvate

Administrarea profilactică de antibiotice la inserția DIU LNG aduce vreun beneficiu în prevenirea BIP în localizările cu prevalență ridicată a ITS?



**Cum poate o femeie să utilizeze pilule contraceptive de urgență?**

### 13. Cum poate o femeie să utilizeze pilule contraceptive de urgență (PCU)?

#### Orarul de utilizare

- În mod ideal, ea ar trebui să utilizeze PCU numai cu levonorgestrel sau combinate estro-progestative cât mai curând posibil după actul sexual neprotejat, în primele 72 de ore.
- Ea poate de asemenea să utilizeze PCU numai cu levonorgestrel sau combinate estro-progestative în intervalul cuprins între 72 de ore și 120 de ore după actul sexual neprotejat. Totuși, ea trebuie informată că eficiența PCU scade odată cu creșterea intervalului de timp între contactul sexual neprotejat și utilizarea PCU.

#### Scheme de tratament

- Este de preferat ca ea să ia 1,50 mg de levonorgestrel într-o singură doză.
- Ca alternativă, ea poate lua levonorgestrel în două doze (1 doză de 0,75 mg de levonorgestrel, urmată de o a doua doză de 0,75 mg de levonorgestrel 12 ore mai târziu).
- A treia opțiune este ca ea să ia PCU combinate estro-progestative în două doze (o doză de 100 µg ethinylestradiol plus 0,50 mg levonorgestrel, urmată de o a doua doză de 100 µg ethinylestradiol plus 0,50 mg levonorgestrel, 12 ore mai târziu).

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a analizat dovezi care arată că eficiența PCU este cu atât mai mare cu cât sunt luate mai repede după contactul sexual neprotejat, ideal în primele 72 de ore. Dovezile au arătat de asemenea că PCU sunt încă eficiente între 72 de ore și 120 de ore dar eficiența este redusă, în special după 96 de ore. Nu se cunoaște eficiența după 120 de ore.

Dovezi luate în considerare de Grupul de Lucru al experților indică PCU numai cu levonorgestrel de preferat în locul PCU combinate estro-progestative deoarece ele produc mai rar grețuri și vărsături.

Dovezi luate în considerare de Grupul de Lucru al experților indică doza unică de 1,50 mg de levonorgestrel (două tablete de 0,75 mg) cel puțin la fel de eficientă ca levonorgestrel în două doze (o doză de 0,75 mg levonorgestrel, urmată de o a doua doză de 0,75 mg levonorgestrel 12 ore mai târziu). Programele pot furniza fie opțiunea cu doză unică fie cu două doze, în funcție de preparatele disponibile. Grupul de Lucru al experților a considerat totuși opțiunea cu doză unică de preferat în locul opțiunii cu două doze datorită complianței.

## Întrebări pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Pot fi utilizate pilulele contraceptive de urgență mai târziu de 72 de ore după contactul sexual neprotejat? **Nivelul dovezilor:** II-2, bun, direct.

Pot fi utilizate pilulele contraceptive de urgență în doză unică? **Nivelul dovezilor:** I, bun, direct.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluations of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*, 2002, 66:269–273.
2. Ellertson C et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101:1168–1171.
3. Johansson E et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction*, 2002, 17:1472–1476.
4. Piaggio G, von Hertzen H. *Effect of delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception*. Presented at the XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, 2–7 November 2003, Santiago, Chile.
5. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 184:531–537.
6. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 2002, 360:1803–1810.

### ◆ Aspecte importante nerezolvate

Care este doza minimă eficientă pentru PCU?

Cum scade eficiența PCU cu fiecare zi de întârziere după 72 de ore de la contactul sexual neprotejat?





**Poate o femeie să primească în avans  
pilule contraceptive de urgență?**



## 14. Poate o femeie să primească în avans pilule contraceptive de urgență (PCU)?

- Este posibil ca ea să primească în avans pilule contraceptive de urgență pentru a ne asigura că le va avea la îndemână la nevoie și poate să le ia cât mai curând posibil după contactul sexual neprotejat.

### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a observat că o aprovizionare în avans nu poate fi oferită în unele țări, și, în astfel de situații, poate fi oferită o prescripție medicală în avans.

Grupul de Lucru al experților a analizat dovezi despre faptul că o femeie este mai probabil să folosească PCU după act sexual neprotejat dacă a fost aprovizionată în avans și că oferirea PCU în avans nu modifică modul de utilizare a contraceptivelor, nu crește frecvența utilizării PCU și nu crește frecvența actelor sexuale neprotejate.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Pot fi date unei femei pilule contraceptive de urgență, în avans de când ar putea avea nevoie de ele? **Nivelul dovezilor:** I, bun, direct.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

- Belzer M et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:122–123.
- Ellertson C et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:570–575.
- Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *New England Journal of Medicine*, 1998, 339:1–4.
- Jackson RA et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:8–16.
- Lovvorn A et al. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception*, 2000, 61:287–293.
- Raine T et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 96:1–7.
- Roye CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:165–166.

 **Aspecte importante nerezolvate**

Oferirea în avans a PCU are drept rezultat diferențe în ceea ce privește frecvența sarcinilor și a infecțiilor cu transmitere sexuală?







**Când se poate baza un bărbat pe vasectomie pentru contracepție?**

## 15. Când se poate baza un bărbat pe vasectomie pentru contracepție?

- El trebuie să aștepte 3 luni înainte de a se baza pe vasectomie pentru contracepție.
- În acest interval de timp, el ar trebui să reia activitatea sexuală, dar el sau partenera sa trebuie să utilizeze o metodă contraceptivă suplimentară.
- Spermograma, dacă este disponibilă, poate să confirme eficiența contraceptivă după perioada de așteptare de 3 luni.

### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că vasectomia este foarte eficientă atunci când procedura este realizată corect și când bărbatul așteaptă 3 luni după vasectomie înainte de a avea acte sexuale neprotejate. Grupul de Lucru al experților a analizat dovezile despre perioada de așteptare de 3 luni după vasectomie ca fiind suficient de lungă pentru ca majoritatea bărbaților să fie siguri de eficiența vasectomiei, dar a observat că spermograma, dacă este disponibilă, este cel mai sigur mijloc de a dovedi eficiența vasectomiei.

Grupul de Lucru al experților a analizat de asemenea dovezi care susțin că a fi ejaculat de 20 de ori după vasectomie (în absența unei perioade de 3 luni de așteptare) nu este un indicator sigur al eficienței vasectomiei. Totuși, bărbatul trebuie să reia activitatea sexuală (utilizând protecție contraceptivă) în timpul celor 3 luni de așteptare după vasectomie pentru a elimina spermatozoizii restanți din spermă.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Câte luni de zile sau câte ejaculări sunt necesare după vasectomie pentru a se instaura succesul vasectomiei? **Nivelul dovezilor:** I, bun, direct.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Albert PS, Mininberg DT, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application. *British Journal of Urology*, 1975, 47:459–462.
2. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Urology*, 1977, 10:450–451.
3. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as an adjunct in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:442–443.
4. Albert PS et al. The nitrofurans as sperm immobilizing agents. *Journal of Urology*, 1975, 113:69–70.
5. Albert PS et al. The nitrofurans as sperm-immobilizing agents, their tissue toxicity, and their clinical application in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1975, 26:485–491.

6. Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:3142–3144.
7. Alderman PM. General and anomalous sperm disappearance characteristics found in a large vasectomy series. *Fertility and Sterility*, 1989, 51:859–862.
8. Anonymous. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4(5886):216–221.
9. Arellano LS et al. No-scalpel vasectomy: review of the first 1,000 cases in a family medicine unit. *Archives of Medical Research*, 1997, 28:517–522.
10. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? *British Journal of Urology International*, 2000, 86:479–481.
11. Barone MA et al. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *Journal of Urology*, 2003, 170:892–896.
12. Barros D'Sa IJ, Guy PJ. No-scalpel vasectomy: a cautionary tale of failure. *British Journal of Urology International*, 2003, 92:331–332.
13. Bedford JM, Zelikovsky G. Viability of spermatozoa in the human ejaculate after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1979, 32:460–463.
14. Belker AM et al. The high rate of noncompliance for post-vasectomy semen examination: medical and legal considerations. *Journal of Urology*, 1990, 14 (2 Pt 1):284–286.
15. Berthelsen JG. [Irrigation of the vas deferens during vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1975, 137:1527–1529.
16. Berthelsen JG. Perioperative irrigation of the vas deferens during vasectomy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1976, 10:100–102.
17. Berthelsen JG, Gandrup P. [Investigation of fertility after vasectomy by means of eosin differential staining (vital staining) of the spermatozoa]. *Ugeskrift for Laeger*, 1979, 141:2116–2118.
18. Bradshaw HD et al. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:290–293.
19. Chan J, Anderson R, Glasier A. Post-vasectomy semen analysis: unnecessary delay or belt and braces? *British Journal of Family Planning*, 1997, 23:77–79.
20. Cortes M et al. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception*, 1997, 56:215–222.
21. Craft I. Irrigation at vasectomy and the onset of "sterility." *British Journal of Urology*, 1973, 45:441–442.
22. Craft I, McQueen J. Effect of irrigation of the vas on post-vasectomy semen-counts. *Lancet*, 1972, 1(7749):515–516.
23. Davies AH et al. The long-term outcome following "special clearance" after vasectomy. *British Journal of Urology*, 1990, 66:211–212.

24. De Knijff DW et al. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertility and Sterility*, 1997, 67:332–335.
25. Edwards IS. Vasectomy: elimination of motile sperm [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1976, 1(25):978.
26. Edwards IS. Vasectomy: a simple postoperative regimen. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:814–817.
27. Edwards IS. Vasectomy: irrigation with euflavine. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:847–849.
28. Edwards IS. Postvasectomy testing: reducing the delay [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1981, 1:649.
29. Edwards IS. Earlier testing after vasectomy, based on the absence of motile sperm. *Fertility and Sterility*, 1993, 59:431–436.
30. Edwards IS, Farlow JL. Non-motile sperms persisting after vasectomy: do they matter? *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87–88.
31. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *Journal of Urology*, 1978, 120:178–179.
32. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Morbidity associated with vasectomy. *Journal of Urology*, 1973, 110: 413–415.
33. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Recanalization following vasectomy. *Urology*, 1974,3: 211–214.
34. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Vasectomy: comparison of ligation and fulguration methods. *Urology*, 1974, 3:337–338.
35. Freund M, Davis JE. Disappearance rate of spermatozoa from the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1969, 20:163–170.
36. Gandrup P, Berthelsen JG, Nielsen OS. Irrigation during vasectomy: a comparison between sterile water and the spermicide euflavine. *Journal of Urology*, 1982,127:60–61.
37. Goldstein M. Vasectomy failure using an open-ended technique. *Fertility and Sterility*, 1983, 40:699–700.
38. Gupta AS, Kothari LK, Devpura TP. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility, and complications. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1086–1089.
39. Haldar N et al. How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet*, 2000, 356(9223):43–44.
40. Hamilton DW. Immediate sterility after vasectomy. *Medical Journal of Australia*, 1977,1:402–403.
41. Jackson P et al. A male sterilization clinic. *British Medical Journal*, 1970, 4:295–297.
42. Jensen UH, Siemsen SJ. [Vasectomy with immediate sterility]. *Ugeskrift for Laeger*, 1978, 140:916–917.

43. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-scalpel vasectomy. *Journal of Urology*, 2003, 169:1434–1436.
44. Jouannet P, David G. Evolution of the properties of semen immediately following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:435–441.
45. Klapproth HJ, Young IS. Vasectomy, vas ligation and vas occlusion. *Urology*, 1973, 1:292–300.
46. Koneitzko D, Reinecke F. [Prolonged demonstration of spermatozoa after vasectomy]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1221–1223.
47. Kumar V, Kaza RM. A combination of check tug and fascial interposition with no-scalpel vasectomy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:100.
48. Labrecque M et al. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *Journal of Urology*, 2002, 168:2495–2498.
49. Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy with rivanol injection and fertility control by vital staining with eosin. *International Urology and Nephrology*, 1987, 19:419–422.
50. Lee C, Paterson IS. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:1267–1268.
51. Lehtonen T. Effect of irrigation of vas deferens on sperm analyses after vasectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*, 1975, 64:224–226.
52. Lehtonen T. Vasectomy for voluntary male sterilisation. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1975, 9:174–176.
53. Lemack GE, Goldstein M. Presence of sperm in the pre-vasectomy reversal semen analysis: incidence and implications. *Journal of Urology*, 1996, 155:167–169.
54. Leungwattanakij S, Lertsuwannaroj A, Ratana-Olarn K. Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate? *International Journal of Andrology*, 2001, 24:241–245.
55. Lewis EL, Brazil CK, Overstreet JW. Human sperm function in the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1984, 42:895–898.
56. Linnet L. [Control of vasectomy. A prospective study of the semen of 45 vasectomized patients and experience from control study of 197 patients in whom vasectomy was undertaken employing fascial interposition]. *Ugeskrift for Laeger*, 1977, 139:1708–1714.
57. Linnet L, Linnet-Jepsen P. [Acceptability of offers of vasectomy control]. *Ugeskrift for Laeger*, 1980, 142:637–640.
58. Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1997, 68:552–555.
59. McEwan J, Newton J, Yates-Bell A. Hospital family planning: a vasectomy service. *Contraception*, 1974, 9:177–192.
60. Madrigal V, Edelman DA, Goldsmith A. Male sterilization in El Salvador: a preliminary report. *Journal of Reproductive Medicine*, 1975, 14:167–170.



61. Marshall S, Lyon RP. Transient reappearance of sperm after vasectomy. *Journal of the American Medical Association*, 1972, 219:1753–1754.
62. Marshall S, Lyon RP. Variability of sperm disappearance from the ejaculate after vasectomy. *Journal of Urology*, 1972, 107:815–817.
63. Marwood RP, Beral V. Disappearance of spermatozoa from ejaculate after vasectomy. *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87.
64. Mason RG, Dodds L, Swami SK. Sterile water irrigation of the distal vas deferens at vasectomy: does it accelerate clearance of sperm? A prospective randomized trial. *Urology*, 2002, 59:424–427.
65. Nazerali H et al. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception*, 2003, 67:397–401.
66. O'Brien TS et al. Temporary reappearance of sperm 12 months after vasectomy clearance. *British Journal of Urology*, 1995, 76:371–372.
67. Orr D, Moore B. Vasectomy as a contraceptive method. *Irish Medical Journal*, 1989, 82:19–20.
68. Pearce I et al. The effect of perioperative distal vasal lavage on subsequent semen analysis after vasectomy: a prospective randomized controlled trial. *British Journal of Urology International*, 2002, 90:282–285.
69. Penna RM, Potash J, Penna SM. Elective vasectomy: a study of 843 patients. *Journal of Family Practice*, 1979, 8:857–858.
70. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1984, 289(6437):77–79.
71. Poddar AK, Roy S. Disappearance of spermatozoa from semen after vasectomy. *Journal of Population Research*, 1976, 3:61–70.
72. Rees RW. Vasectomy: problems of follow up. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1973, 66:2–4.
73. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertility and Sterility*, 1980, 33:433–438.
74. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after vasectomy. *Journal of Reproduction and Fertility*, 1984, 70:575–579.
75. Robson AJ, Hunt PK. Flushing of the vas deferens during vasectomy. *Canadian Medical Association Journal*, 1978, 118:770–771.
76. Santiso R et al. Vasectomy in Guatemala: a follow-up study of five hundred acceptors. *Social Biology*, 1981, 28:253–264.
77. Schmidt SS. Vasectomy by section, luminal fulguration and fascial interposition: results from 6248 cases. *British Journal of Urology*, 1995, 76:373–374.
78. Schraibman IG. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4:418.
79. Sekhon GS. Percutaneous vasectomy: a comparative study using a new instrument and technique. *Indian Journal of Medical Research*, 1970, 58:1433–1442.

80. Sivanesaratnam V. Onset of azoospermia after vasectomy. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98(778):331–333.
81. Smith AG et al. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *British Journal of Urology*, 1998, 81:458–460.
82. Sokal DC et al. Vasectomy by ligation and excision, with versus without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BioMed Central Medicine*, 2004, 2:6.
83. Sorensen TT, Knudsen PR, Hangaard J. [Outpatient vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1980, 143:26–27.
84. Stamm H, Acheampong A. [Vasectomy within the scope of contraception]. *Gynakologische Rundschau*, 1984, 24:85–97.
85. Tailly G, Vereecken RL, Verduyn H. A review of 357 bilateral vasectomies for male sterilization. *Fertility and Sterility*, 1984, 41:424–427.
86. Temmerman M et al. Evaluation of one-hundred open-ended vasectomies. *Contraception*, 1986, 33:529–532.
87. Thompson B et al. Experience with sperm counts following vasectomy. *British Journal of Urology*, 1991, 68:230–233.
88. Urquhart-Hay D. Immediate sterility after vasectomy. *British Medical Journal*, 1973, 3(5876):378–379.
89. Varela Rico J et al. Vasectomy with immediate sterilization using intraductal phenylmercuric acetate. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 1979, 26:881–884.
90. Yu HY, Halim A, Evans PR. Chlorhexidine for irrigation of vas: a clinical trial and the study of viability of non-motile sperms in post-vasectomy patients with trypan blue uptake. *British Journal of Urology*, 1976, 48:371–375.

#### ◆ Aspecte importante nerezolvate

Există un număr de ejaculări după care bărbatul se poate baza confortabil pe vasectomie pentru contracepție?

Cum variază eficiența vasectomiei în funcție de metoda utilizată pentru blocarea ductelor deferente, în special în localizările cu resurse limitate?

Pot fi dezvoltate teste demne de încredere, pentru localizările cu resurse limitate, pentru a stabili eficiența vasectomiei (inclusiv analiza spermei)?



**Ce poate să facă o utilizatoare a Metodei Zilelor Standard dacă are cicluri menstruale mai lungi sau mai scurte de 26-32 de zile?**

## 16. Ce poate să facă o utilizatoare a Metodei Zilelor Standard (MZS) dacă are cicluri menstruale mai lungi sau mai scurte de 26-32 de zile?

Notă: MZS este o metodă bazată pe conștientizarea fertilității în care utilizatoarele trebuie să evite contactul sexual neprotejat între zilele 8-19 ale ciclului menstrual.

### Utilizatoarele MZS care au 2 sau mai multe cicluri menstruale cu durată mai scurtă sau mai lungă de 26-32 de zile în decursul oricărui an de utilizare

- Sfătuiți femeia că această metodă poate să nu-i fie adecvată, deoarece există un risc crescut de sarcină. Ajutați-o să aleagă altă metodă.

### Oferirea inițială a MZS femeilor ale căror cicluri menstruale au durată între 26-32 de zile

- Oferiți o altă metodă de contracepție pentru protecție în zilele 8-19 dacă femeia dorește acest lucru. Oferiți contraceptivele respective în avans.

### Utilizatoarele MZS care au contacte sexuale neprotejate între zilele 8-19

- Luați în considerare utilizarea contracepției de urgență după caz.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că probabilitatea de apariție a sarcinii este crescută atunci când ciclul menstrual are o durată mai scurtă sau mai lungă decât 26-32 de zile, chiar dacă se evită contactul sexual neprotejat între zilele 8-19.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Care este eficiența Metodei Zilelor Standard la femeile cu cicluri mai scurte sau mai lungi de 26-32 de zile? **Nivelul dovezilor:** II-3, satisfăcător, direct.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii.

1. Arevalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*, 2000, 60:357–360.

### Alte referințe bibliografice importante

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

### Aspecte importante nerezolvate

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru maximizarea utilizării consecvente, corecte și continue a metodelor bazate pe conștientizarea fertilității?





## Utilizare incorectă

17. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia contraceptivele orale combinate (COC)?
18. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia pilulele numai cu progestativ (PNP)?







**Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia  
contraceptivele orale combinate?**

## 17. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia contraceptivele orale combinate (COC)?

### ***Pentru pilule cu 30-35 µg ethinylestradiol***

#### **Uitarea a 1 sau 2 pilule active (cu hormoni) sau începerea foliei cu 1 sau 2 zile mai târziu**

- ' Ea trebuie să ia o pilulă activă (cu hormoni) cât mai curând posibil\* și apoi să continue luarea pilulelor zilnic, câte 1 pe zi.
- ' Ea nu are nevoie de protecție contraceptivă suplimentară.

#### **Uitarea a 3 sau mai multe pilule active (cu hormoni) sau începerea foliei cu 3 sau mai multe zile mai târziu**

- ' Ea trebuie să ia o pilulă activă (cu hormoni) cât mai curând posibil\* și apoi să continue luarea pilulelor zilnic, câte 1 pe zi.
- ' Ea trebuie de asemenea să utilizeze prezervative sau să nu aibă contacte sexuale până după ce a luat pilule active (cu hormoni) timp de 7 zile pe rând.
- ' Dacă a uitat pilulele în a treia săptămână, ea trebuie să termine de luat pilulele active (cu hormoni) din folia curentă și să înceapă o nouă folie în ziua următoare. Ea nu trebuie să ia cele 7 pilule inactive.
- ' Dacă a uitat pilulele în prima săptămână și a avut contact sexual neprotejat, ea poate lua în considerare utilizarea contracepției de urgență.

### ***Pentru pilule cu 20 µg sau mai puțin ethinylestradiol:***

- ' Dacă femeia uită 1 pilulă activă (cu hormoni) sau începe folia cu 1 zi mai târziu, ea trebuie să urmeze recomandările de mai sus pentru "Uitarea a 1 sau 2 pilule active (cu hormoni) sau începerea foliei cu 1 sau 2 zile mai târziu".
- ' Dacă femeia uită 2 sau mai multe pilule active (cu hormoni) sau începe folia cu 2 sau mai multe zile mai târziu, ea trebuie să urmeze recomandările de mai sus pentru "Uitarea a 3 sau mai multe pilule active (cu hormoni) sau începerea foliei cu 3 sau mai multe zile mai târziu".

### ***Atât pentru pilule cu 30-35 µg cât și cele cu 20 µg sau mai puțin ethinylestradiol:***

#### **Uitarea a oricâte pilule inactive (fără hormoni)**

- ' Ea trebuie să arunce pilula/pilulele inactive (fără hormoni) uitate și apoi să continue luarea pilulelor zilnic, câte 1 pe zi.
- \* Dacă femeia uită mai mult de 1 pilulă activă (cu hormoni), ea poate lua prima pilulă uitată și apoi fie continuă să ia restul pilulelor uitate, fie le aruncă pentru a continua cu pilulele corespunzătoare programului ei.

În funcție de când își amintește că a uitat o pilulă (pilule), ea poate lua 2 pilule în aceeași zi (una în momentul în care își amintește, alta la ora obișnuită) sau chiar deodată.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că utilizarea inconsecventă sau incorectă a pilulelor este cauza majoră a sarcinii neintenționate. Pentru prevenirea cu certitudine a ovulației s-a considerat necesară utilizarea continuă a COC timp de 7 zile. Femeile care uită pilule frecvent ar trebui să ia în considerare o altă metodă contraceptivă.

Grupul de Lucru al experților a observat că dovezile pentru recomandări pentru “pilule uitate” provin mai ales din studii despre femeile utilizatoare de pilule cu 30-35 µg ethinylestradiol.

Multe femei (inclusiv cele ale căror folii de pilule au notate zilele săptămânii) iau pilulele după un orar care implică începerea foliei într-o anumită zi a săptămânii. Când o asemenea femeie uită pilule, este necesar ca ea să arunce pilulele uitate dacă dorește să își mențină orarul de administrare a pilulelor. Alte femei pot prefera să nu arunce pilulele uitate, dar în acest caz menstruația poate apărea în alt moment decât cel anticipat.

Următoarele patru principii stau la baza recomandărilor Grupului de Lucru al experților:

- Atunci când se uită pilule, este important să se ia o pilulă activă (cu hormoni) cât mai curând posibil.
- Dacă se uită pilule, probabilitatea de apariție a sarcinii depinde nu numai de câte pilule au fost uitate, ci și de momentul când au fost uitate acele pilule. Pe baza datelor privind ovulația, Grupul de Lucru al experților a concluzionat că uitarea a 3 sau mai multe pilule active, cu hormoni (2 sau mai multe pentru pilulele cu 20 µg sau mai puțin ethinylestradiol) oricând în timpul ciclului necesită măsuri suplimentare de protecție. Riscul sarcinii este cel mai mare atunci când se uită pilule active (cu hormoni) la începutul sau la sfârșitul intervalului de pilule active, de exemplu atunci când intervalul în care nu se iau hormoni este prelungit.
- Dovezi limitate despre pilulele cu 20 µg ethinylestradiol sugerează că riscul de sarcină poate fi mai crescut în cazul uitării pilulelor cu 20 µg ethinylestradiol decât în cazul uitării pilulelor cu 30-35 µg ethinylestradiol. De aceea, Grupul de Lucru al experților a recomandat o abordare mai prudentă atunci când se uită pilule cu 20 µg sau mai puțin ethinylestradiol.
- Experiența acumulată după apariția primei ediții a *Recomandărilor de practică medicală pentru utilizarea contraceptivelor* a evidențiat necesitatea unor recomandări ușor de înțeles pentru “pilule uitate”.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează uitarea luării pilulelor contraceptive combinate în diferite zile ale ciclului eficiența lor contraceptivă? **Nivelul dovezilor:** I, satisfăcător, indirect.

### Referințe pentru recenzia sistematică

1. Chowdhury V et al. "Escape" ovulation in women due to the missing of low-dose combination oral contraceptive pills. *Contraception*, 1980, 22:241–247.
2. Creinin MD et al. The effect of extending the pill-free interval on follicular activity: triphasic norgestimate/35 micro g ethinyl estradiol versus monophasic levonorgestrel/20 micro g ethinyl estradiol. *Contraception*, 2002, 66:147–152.
3. Elomaa K, Lahteenmaki P. Ovulatory potential of preovulatory sized follicles during oral contraceptive treatment. *Contraception*, 1999, 60:275–279.
4. Elomaa K et al. Omitting the first oral contraceptive pills of the cycle does not automatically lead to ovulation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 179:41–46.
5. Hamilton CJ, Hoogland HJ. Longitudinal ultrasonographic study of the ovarian suppressive activity of a low-dose triphasic oral contraceptive during correct and incorrect pill intake. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:1159–1162.
6. Hedon B et al. Ovarian consequences of the transient interruption of combined oral contraceptives. *International Journal of Fertility*, 1992, 37:270–276.
7. Killick SR. Ovarian follicles during oral contraceptive cycles: their potential for ovulation. *Fertility and Sterility*, 1989, 52:580–582.
8. Killick SR et al. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in Contraception*, 1990, 6:33–40.
9. Landgren BM, Csemiczky G. The effect of follicular growth and luteal function of "missing the pill." A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive. *Contraception*, 1991, 43:149–159.
10. Landgren BM, Diczfalusy E. Hormonal consequences of missing the pill during the first two days of three consecutive artificial cycles. *Contraception*, 1984, 29:437–446.
11. Letterie GS. A regimen of oral contraceptives restricted to the periovulatory period may permit folliculogenesis but inhibit ovulation. *Contraception*, 1998, 57:39–44.
12. Letterie GS, Chow GE. Effect of "missed" pills on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics and Gynecology*, 1992, 79:979–982.
13. Molloy BG et al. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1985, 290:1474–1475.
14. Morris SE et al. Studies on low dose oral contraceptives: plasma hormone changes in relation to deliberate pill ("Microgynon 30") omission. *Contraception*, 1979, 20:61–69.
15. Nuttall ID et al. The effect of ethinyl estradiol 20 µg and levonorgestrel 250 µg on the pituitary-ovarian function during normal tablet-taking and when tablets are missed. *Contraception*, 1982, 26:121–135.

16. Spona J et al. Shorter pill-free interval in combined oral contraceptives decreases follicular development. *Contraception*, 1996, 54:71–77.
17. Sullivan H et al. Effect of 21–day and 24–day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 microg) and ethinyl estradiol (15 microg) on ovarian activity. *Fertility and Sterility*, 1999, 72:115–120.
18. Tayob Y et al. Ultrasound appearance of the ovaries during the pill-free interval. *British Journal of Family Planning*, 1990, 16:94–96.
19. van der Spuy ZM et al. Gonadotropin and estradiol secretion during the week of placebo therapy in oral contraceptive pill users. *Contraception*, 1990, 42:597–609.
20. van Heusden AM, Fauser BC. Activity of the pituitary-ovarian axis in the pill-free interval during use of low-dose combined oral contraceptives. *Contraception*, 1999, 59:237–243.
21. Wang E et al. Hormonal consequences of “missing the pill.” *Contraception*, 1982, 26:545–566.

### Alte referințe bibliografice importante

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.

#### ◆ Aspecte importante nerezolvate

Cum afectează riscul de sarcină numărul pilulelor uitate și momentul când sunt uitate? Există variații semnificative între diferite persoane sau populații?

Cât de bine înțeleg și respectă instrucțiunile de luare a pilulelor utilizatoarele COC, inclusiv utilizarea contracepției suplimentare după uitarea pilulelor?

Scurtarea intervalului fără hormoni ar scădea semnificativ incidența sarcinii?

Recomandările pentru uitarea COC cu 30-35 μg de etinilestradiol sunt adecvate și în cazul COC cu doze mai scăzute de estrogen, în special în ceea ce privește necesitatea protecției suplimentare?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării COC?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și de comunicare pentru maximizarea utilizării COC în mod consecvent, corect și continuu?



**Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia  
pilulele numai cu progestativ?**

## 18. Ce poate să facă o femeie dacă uită să ia pilulele numai cu progestativ (PNP)?

**Femeia are cicluri menstruale (inclusiv la femeile care alăptează) ȘI a uitat 1 sau mai multe pilule cu mai mult de 3 ore de la orarul obișnuit**

- Femeia trebuie:
  - Să ia 1 pilulă cât mai curând posibil.
  - Să continue luarea pilulelor ca de obicei, câte 1 în fiecare zi.
  - Să nu aibă contact sexual sau să utilizeze protecție contraceptivă suplimentară în următoarele 2 zile.
- Femeia poate lua în considerare utilizarea contracepției de urgență după caz.

**Femeia alăptează și este amenoreică ȘI a uitat 1 sau mai multe pilule cu mai mult de 3 ore de la orarul obișnuit**

- Femeia trebuie:
  - Să ia 1 pilulă cât mai curând posibil.
  - Să continue luarea pilulelor ca de obicei, câte 1 în fiecare zi.
- Dacă femeia a născut cu mai puțin de 6 luni în urmă, nu este necesară protecție contraceptivă suplimentară.



### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că utilizarea pilulelor inconsecvent sau incorect este o cauză majoră a sarcinii neintenționate și a subliniat importanța luării PNP la aproximativ aceeași oră în fiecare zi. Pentru obținerea efectului contraceptiv asupra mucusului cervical s-a estimat că este necesară utilizarea PNP timp de 48 de ore.



### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează uitarea luării pilulelor numai cu progestativ în diferite zile ale ciclului menstrual eficiența lor contraceptivă?

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

Nu au fost identificate studii.

### Alte referințe bibliografice importante

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50(6 Suppl. 1):S1–195.

### Aspecte importante nerezolvate

Cum afectează riscul de sarcină numărul PNP uitate și momentul uitării lor?

Când se uită PNP, este suficientă o protecție suplimentară de 48 de ore pentru a restabili protecția contraceptivă? Recomandările pentru contracepția suplimentară variază în funcție de numărul de pilule uitate?

Cât de bine înțeleg și respectă utilizatoarele PNP instrucțiunile de luare a pilulelor, inclusiv utilizarea contracepției suplimentare după uitarea pilulelor?

Care este acuratețea rezultatelor ecografiei, dozărilor hormonale și evaluării mucusului cervical în determinarea riscului de sarcină în timpul utilizării?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru maximizarea utilizării PNP în mod consecvent, corect și continuu?







## Probleme în timpul utilizării

### ***Vărsături și/sau diaree***

19. Ce poate să facă o femeie dacă vomită și/sau are diaree severă în timp ce utilizează contraceptivele orale combinate (COC) sau pilulele numai cu progestativ (PNP)?
20. Ce poate să facă o femeie pentru a preveni grețurile și vărsăturile atunci când utilizează pilule contraceptive de urgență (PCU)?
21. Ce poate să facă o femeie dacă vomită după luarea pilulelor contraceptive de urgență (PCU)?

### ***Tulburări menstruale***

22. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui injectabil numai cu progestativ (INP)-acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?
23. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării implantului?
24. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu cupru?
25. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?

### ***Boală inflamatorie pelvină***

26. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu cupru este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?
27. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?

### ***Sarcină***

28. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu cupru?
29. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?





**Ce poate să facă o femeie dacă vomită și/sau are diaree severă  
în timp ce utilizează contraceptivele orale combinate  
sau pilulele numai cu progestativ?**

## 19. Ce poate să facă o femeie dacă vomită și/sau are diaree severă în timp ce utilizează contraceptivele orale combinate (COC) sau pilulele numai cu progestativ (PNP)?

### Vărsături (indiferent de cauză) în primele 2 ore după luarea unei pilule active (cu hormoni)

- Femeia trebuie să ia o altă pilulă activă.

### Vărsături severe sau diaree mai mult de 24 de ore

- Femeia trebuie să continue luarea pilulelor (dacă poate) chiar dacă prezintă disconfort.
- Dacă vărsăturile severe sau diareea continuă timp de 2 sau mai multe zile, femeia trebuie să urmeze procedurile recomandate în cazul uitării unor pilule.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților nu a găsit dovezi directe pentru rezolvarea acestei întrebări, dar a considerat efectele vărsăturilor sau diareei ca fiind similare celor produse de uitarea pilulelor.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează vărsăturile sau diareea în timpul utilizării COC sau PNP eficiența lor contraceptivă? **Nivelul dovezilor:** I, satisfăcător, indirect.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Elomaa et al. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Human Reproduction*, 2001, 16:76–81.

#### Aspecte importante nerezolvate

Este efectul vărsăturilor și/sau diareei suficient pentru a justifica recomandarea aplicării procedurilor pentru pilulele uitate?



**Ce poate să facă o femeie pentru a preveni grețurile și vărsăturile atunci când utilizează pilule contraceptive de urgență?**

## 20. Ce poate să facă o femeie pentru a preveni grețurile și vărsăturile atunci când utilizează pilule contraceptive de urgență (PCU)?

- PCU numai cu levonorgestrel sunt de preferat în locul PCU combinate estro-progestative, pentru că ele cauzează mai rar grețuri și vărsături.
- Nu se recomandă utilizarea de rutină a antiemeticeilor înainte de a lua PCU. Premedicația cu anumite antiemetice poate fi luată în considerare în funcție de disponibilitate și raționament clinic.

### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a considerat că multe femei nu vor avea grețuri sau vărsături atunci când iau PCU și că este greu de prevăzut care femei vor avea grețuri și vărsături. Deși Grupul de Lucru al experților nu a recomandat utilizarea de rutină a antiemeticeilor înainte de a lua PCU, a observat că antiemeticele sunt eficiente la unele femei și pot fi oferite în anumite situații.

Când furnizorii decid dacă să ofere antiemetice unei femei care ia PCU, ar trebui să ia în considerare următoarele:

- Grețurile și vărsăturile apar mai frecvent la femei care iau PCU combinate estro-progestative decât la femei care iau PCU numai cu levonorgestrel.
- Dovezile arată că antiemeticele scad apariția grețurilor și vărsăturilor la femeile care iau PCU combinate estro-progestative.
- Femeile care iau antiemetice pot avea alte efecte secundare produse de antiemetice.
- În unele localizări, accesibilitatea antiemeticeilor poate fi limitată.

Din dovezile limitate luate în considerare de Grupul de Lucru al experților, nu s-a putut stabili dacă luarea PCU concomitent cu mâncare modifică riscul pentru apariția grețurilor sau vărsăturilor.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Ce dovezi există privitor la prevenirea grețurilor și vărsăturilor la femei care iau PCU?  
**Nivelul dovezilor:** I, bun, direct.



### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Anonymous. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*, 1998, 352:428–433.
2. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*, 2002, 66:269–273.

3. Ellertson C et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101:1160-1167.
4. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Human Reproduction*, 1993, 8:389-392.
5. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188:330-333.
6. Raymond EG et al. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 95:271-277.
7. Shochet T et al. Side effects of the Yuzpe regimen of emergency contraceptive pills and two modifications. *Contraception*, 2004, 69:301-307.
8. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 2002, 360:1803-1810.

#### Aspecte importante nerezolvate

Care sunt cele mai eficiente scheme de tratament pentru prevenirea și tratarea grețurilor și vărsăturilor asociate utilizării PCU?







**Ce poate să facă o femeie dacă vomită după luarea pilulelor contraceptive de urgență?**

## 21. Ce poate să facă o femeie dacă vomită după luarea pilulelor contraceptive de urgență (PCU)?

### Femeia varsă în primele 2 ore după luarea unei doze de pilule

- Femeia trebuie să ia o altă doză de PCU cât mai curând posibil. Dacă PCU sunt pilule combinate estro-progestative, femeia poate utiliza un antiemetic înainte de luarea celei de a doua doze.
- Dacă vărsăturile continuă, se poate administra o altă doză de PCU pe cale vaginală.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a observat că PCU numai cu lovonorgestrel au o probabilitate mai redusă de a produce grețuri și vărsături decât PCU combinate estro-progestative.

Grupul de Lucru al experților a considerat că 2 ore sunt suficiente pentru absorbția hormonilor și că nu trebuie luată nici o măsură dacă femeia vomită după acest interval de timp.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Cum afectează vărsăturile sau diareea în timpul utilizării PCU eficiența lor contraceptivă?

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

Nu au fost identificate studii.

#### Aspecte importante nerezolvate

Vărsăturile în primele 2 ore după luarea PCU conduc la o scădere semnificativă a eficienței?

**Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui injectabil numai cu progestativ - acetat de medroxiprogesteron depozit sau enantat de noretisteron?**

## **22. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui injectabil numai cu progestativ (INP) - acetat de medroxiprogesteron depozit (DMPA) sau enantat de noretisteron (NET-EN)?**

### **Femeia are amenoree**

- ' Amenoreea nu necesită nici un tratament medical. Consilierea este suficientă.
- ' Dacă femeia nu poate accepta totuși amenoreea, întrerupeți preparatul injectabil. Ajutați-o să aleagă altă metodă.

### **Femeia are sângerare minimă (pătare, picături) sau redusă**

- ' Sângerarea minimă sau redusă este obișnuită în timpul utilizării INP, în special în ciclul următor primei injecții, și nu este dăunătoare.
- ' La femeile cu sângerare minimă sau persistentă, sau la cele care sângerează după o perioadă de amenoree, excludeți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
- ' Dacă se stabilește diagnosticul de infecție cu transmitere sexuală sau boală inflamatorie pelvină, pacienta poate continua injecțiile în timp ce primește tratament și trebuie consiliată pentru utilizarea prezervativului.
- ' Dacă nu se identifică afecțiuni ginecologice și femeia nu poate accepta sângerarea, întrerupeți utilizarea metodei injectabile. Ajutați-o să aleagă o altă metodă.

### **Femeia are sângerare abundentă sau prelungită (mai mult de 8 zile sau de două ori mai abundentă decât menstruația obișnuită)**

- ' Explicați femeii că sângerarea abundentă sau prelungită este obișnuită în ciclul menstrual următor primei injecții.
- ' Dacă sângerarea abundentă sau prelungită persistă, excludeți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
- ' Dacă sângerarea pune în pericol sănătatea femeii sau dacă femeia nu o poate accepta, întrerupeți utilizarea injectabilului. Ajutați-o să aleagă altă metodă. Temporar, tratamentul pe termen scurt cu etinilestradiol poate fi folositor.
- ' Pentru prevenirea anemiei, administrați suplimente de fier și/sau recomandați alimentație bogată în fier.

## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a observat că tulburările menstruale sunt obișnuite la utilizarea INP și că consilierea legată de aceste tulburări înainte de inițierea utilizării INP este esențială pentru a îndepărta temerile și pentru a încuraja continuarea metodei.

Grupul de Lucru al experților a examinat puținele date disponibile privitoare la tratament și a concluzionat că tratamentul cu estrogeni sau antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pentru sângerarea redusă sau abundentă este probabil benefic doar pe termen scurt sau deloc. Pentru tratament provizoriu pe termen scurt, atunci când sângerarea pune în pericol sănătatea femeii și ea întrerupe utilizarea injectabilului, Grupul de Lucru al experților a concluzionat că etinilestradiolul are o eficiență scăzută în scăderea numărului de zile cu sângerare/sângerare minimă.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Care sunt dovezile în sprijinul schemelor de tratament eficiente pentru tulburările sângerării în timpul utilizării injectabilelor numai cu progestativ? **Nivelul dovezilor:** I, satisfăcător, direct.



## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Goldberg AB et al. Postabortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 2002, 66:215–220.
2. Harel Z et al. Supplementation with vitamin C and/or vitamin B(6) in the prevention of Depo-Provera side effects in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2002, 15:153–158.
3. Jain JK et al. Mifepristone for the prevention of breakthrough bleeding in new starters of depo-medroxyprogesterone acetate. *Steroids*, 2003, 68:1115–1119.
4. Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by DMPA. *Contraception*, 1980, 22:1–7.
5. Said S et al. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Longacting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Human Reproduction*, 1996, 11 (Suppl. 2):1–13.
6. Sapiro KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given postpartum and the effect of two nonhormonal treatments. *Advances in Contraception*, 1991, 7:379–387.

### Aspecte importante nerezolvate

Care sunt mecanismele care stau la baza tulburărilor sângerării menstruale asociate utilizării INP și cum pot fi acestea tratate eficient?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru a oferi asistență femeilor cu tulburări de sângerare?





**Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale  
în timpul utilizării implantului?**

## 23. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării implantului?

Notă: Aceste recomandări se bazează pe informațiile referitoare la implanturile cu levonorgestrel (Norplant și Jadelle). Nu se cunoaște măsura în care acestea se aplică și la implanturile cu etonogestrel (Implanon).

### Femeia are amenoree

- Amenoreea nu necesită nici un tratament medical. Consilierea este suficientă.
- Dacă femeia totuși nu poate accepta amenoreea implantul trebuie extras. Ajutați-o să aleagă altă metodă contraceptivă.

### Femeia are sângerare minimă (pătare, picături) sau redusă

- Sângerarea minimă sau redusă este obișnuită în timpul utilizării implanturilor, în special în primul an, și nu este dăunătoare.
- La femeile cu sângerare minimă sau redusă persistentă, sau la cele care sângerează după o perioadă de amenoree, excludeți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
- Dacă se stabilește diagnosticul de infecție cu transmitere sexuală sau boală inflamatorie pelvină pacienta poate continua utilizarea implantului în timp ce primește tratament și trebuie consiliată pentru utilizarea prezervativului.
- Dacă nu se identifică afecțiuni ginecologice și femeia dorește tratament, sunt disponibile următoarele opțiuni terapeutice nehormonale și hormonale:
  - Nehormonale: preparate antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
  - Hormonale (dacă femeia este medical eligibilă): COC cu doză redusă sau etinilestradiol
- Dacă femeia nu dorește tratament sau dacă tratamentul nu este eficient și femeia nu poate tolera sângerarea, implantul trebuie extras. Ajutați-o să aleagă altă metodă.

### Femeia are sângerare abundentă sau prelungită (mai mult de 8 zile sau de două ori mai abundentă decât menstruația obișnuită)

- Excludeți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
- Dacă nu se decelează afecțiuni ginecologice și femeia dorește tratament sunt disponibile următoarele opțiuni terapeutice nehormonale și hormonale:
  - Nehormonale: preparate antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
  - Hormonale (dacă femeia este medical eligibilă): COC cu doză redusă sau etinilestradiol
- Dacă femeia nu dorește tratament sau dacă tratamentul nu este eficient și sângerarea îi afectează starea de sănătate sau nu poate fi tolerată, implantul trebuie extras. Ajutați-o să aleagă altă metodă.



## Comentarii

Grupul de Lucru al experților a observat că tulburările menstruale sunt obișnuite la utilizarea implanturilor și că o consiliere adecvată legată de aceste tulburări înainte de inițierea implantului este esențială pentru a îndepărta temerile și pentru a încuraja continuarea metodei.

Grupul de Lucru al experților a examinat puținele date disponibile privitoare la tratament pentru sângerare redusă sau abundentă, și a concluzionat că următoarele scheme de tratament au o eficiență modestă:

- Tratament nehormonal: preparate antiinflamatoare nesteroidiene (AINS):
  - Ibuprofen
  - Acid mefenamic
- Tratament hormonal:
  - COC
  - Etinilestradiol

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Care sunt dovezile în sprijinul schemelor de tratament eficiente pentru tulburările sângerării în timpul utilizării implantului? **Nivelul dovezilor:** I, bun, direct.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii



1. Alvarez-Sanchez F et al. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:919–922.
2. Boonkasemsanti W et al. The effect of transdermal oestradiol on bleeding pattern, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Human Reproduction*, 1996, 11(Suppl 2):115–123.
3. Cheng L et al. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Human Reproduction*, 2000, 15:1969–1972.
4. d'Arcangues C et al. Effectiveness and acceptability of vitamin E and lowdose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*, 2004 (in press).
5. Diaz S et al. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*, 1990, 42:97–109.
6. Glasier AF et al. Administration of an antiprogestosterone up-regulates estrogen receptors in the endometrium of women using Norplant: a pilot study. *Fertility and Sterility*, 2002, 77:366–372.
7. Kaewrudee S et al. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*, 1999, 60:25–30.

8. Subakir SB et al. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users--in vitro and in vivo studies. *Toxicology*, 2000, 148:173–178.
9. Witjaksono J et al. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Human Reproduction*, 1996, 11(Suppl. 2):109–114.

 **Aspecte importante nerezolvate**

Care sunt mecanismele care stau la baza tulburărilor sângerării asociate implanturilor cu etonogestrel și levonorgestrel și cum pot fi acestea tratate eficient?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru a oferi asistență femeilor cu tulburări de sângerare?





**Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale  
în timpul utilizării unui DIU cu cupru?**

## 24. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu cupru?

### Sângerare minimă (pătare, picături) sau redusă

- Sângerarea minimă sau redusă este obișnuită în timpul primelor 3-6 luni de utilizare a DIU cu cupru. Ea nu este dăunătoare și scade de obicei odată cu trecerea timpului.
- Dacă femeia dorește tratament, se poate administra o cură scurtă de preparate antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) în timpul sângerării.
- La femeile cu sângerare minimă sau redusă persistentă excludeți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
- Dacă nu se identifică afecțiuni ginecologice și femeia nu poate tolera sângerarea, extrageți DIU și ajutați-o să aleagă altă metodă.

### Menstruație abundentă sau prelungită față de menstruația normală

- Menstruația mai abundentă sau prelungită este obișnuită în timpul primelor 3-6 luni de utilizare a DIU cu cupru. Aceasta nu este dăunătoare și scade de obicei odată cu trecerea timpului.
  - În timpul menstruației se poate administra următorul tratament:
    - Preparare antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
    - Acid tranexamic (preparat cu efect hemostatic)
- NU trebuie utilizată aspirina.
- Excludeți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
  - Dacă sângerarea continuă să fie foarte abundentă sau prelungită, în special dacă există semne clinice de anemie sau dacă femeia nu poate tolera sângerarea, extrageți DIU și ajutați-o să aleagă altă metodă.
  - Pentru prevenirea anemiei, administrați suplimente de fier și/sau recomandați

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a observat că tulburările menstruale sunt obișnuite în primele 3-6 luni de utilizare a DIU și a concluzionat că tratamentul aplicat în timpul menstruației poate fi eficient uneori. Grupul de Lucru al experților a indicat că aspirina nu trebuie utilizată pentru tratarea sângerării menstruale datorate DIU, deoarece ea poate intensifica sângerarea.

## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Care sunt dovezile în sprijinul schemelor de tratament eficiente pentru tulburările sângerării în timpul utilizării DIU? **Nivelul dovezilor:** I, satisfăcător, direct.

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Anteby SO, Yarkoni S, Ever HP. The effect of a prostaglandin synthetase inhibitor, indomethacin, on excessive uterine bleeding. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1985, 12:60–63.
2. Bahari CM et al. Menorrhagia associated with the wearing of IUD—the results of treatment with clomiphene citrate. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1982, 14:179–185.
3. Davies AJ. Reduction of menstrual blood loss by naproxen in intrauterine contraceptive device users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1980, 17:353–354.
4. Davies AJ, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by naproxen of excessive menstrual bleeding in women using intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology*, 1981, 57:74–78.
5. Di Lieto A et al. Action of a prostaglandin synthetase inhibitor on IUD associated uterine bleeding. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1987, 14:4144.
6. Guillebaud J, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by mefenamic acid of increased menstrual blood loss associated with intrauterine contraception. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1978, 85:53–62.
7. Harrison RF, Campbell S. A double-blind trial of ethamsylate in the treatment of primary and intrauterine-device menorrhagia. *Lancet*, 1976, 2:283–285.
8. Makarainen L, Ylikorkala O. Ibuprofen prevents IUCD-induced increases in menstrual blood loss. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1986, 93:285–288.
9. Pedron N, Lozano M, Gallegos AJ. The effect of acetylsalicylic acid on menstrual blood loss in women with IUDs. *Contraception*, 1987, 36:295–303.
10. Randic L, Haller H. Ectopic pregnancy among past IUD users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1992, 38:299–304.
11. Roy S, Shaw ST, Jr. Role of prostaglandins in IUD-associated uterine bleeding—effect of a prostaglandin synthetase inhibitor (ibuprofen). *Obstetrics and Gynecology*, 1981, 58:101–106.
12. Tauber PF et al. Hemorrhage induced by intrauterine devices: control by local proteinase inhibition. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1375–1377.
13. Tauber PF et al. Reduced menstrual blood loss by release of an antifibrinolytic agent from intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1981, 140:322–328.
14. Topozada M et al. Management of uterine bleeding by PGs or their synthesis inhibitors. *Advances in Prostaglandin and Thromboxane Research*, 1980, 8:1459–1463.
15. Topozada M et al. Control of IUD-induced bleeding by three nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Contraceptive Delivery Systems*, 1982, 3:117–125.
16. Yarkoni S, Anteby SO. Treatment of IUD related menorrhagia by indomethacin. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1984, 11:120–122.

17. Ylikorkala O, Kauppila A, Siljander M. Anti-prostaglandin therapy in prevention of sideeffects of intrauterine contraceptive devices. *Lancet*, 1978, 2:393–395.
18. Ylikorkala O, Viinikka L. Comparison between antifibrinolytic and antiprostaglandin treatment in the reduction of increased menstrual blood loss in women with intrauterine contraceptive devices. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1983, 90:78–83.
19. Wu S. Randomized multi-center study of baofuxin for treatment of bleeding side-effect induced by IUD. *Reproduction and Contraception*, 2004, 11:152–157.

#### Aspecte importante nerezolvate

Care sunt mecanismele care stau la baza tulburărilor sângerării asociate utilizării DIU și cum diferă acestea între dispozitivele cu cupru și cele cu hormoni?

Cum pot fi tratate în cel mai bun mod tulburările sângerării apărute la utilizarea dispozitivelor cu cupru și a celor cu hormoni?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru a oferi asistență femeilor cu tulburări de sângerare?



**Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu eliberare de levonorgestrel?**

## 25. Ce se poate face dacă o femeie are tulburări menstruale în timpul utilizării unui DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG)?

### Amenoree

- Amenoreea nu necesită nici un tratament medical. Consilierea este suficientă.
- Dacă femeia nu poate accepta totuși amenoreea, DIU LNG trebuie extras. Ajutați-o să aleagă altă metodă.

### Sângerare minimă (pătare, picături) sau redusă

- Sângerarea minimă sau redusă este obișnuită în timpul utilizării DIU LNG. Nu este dăunătoare și scade de obicei odată cu trecerea timpului.
- La femeile cu sângerare minimă sau redusă persistentă, excludeți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
- Dacă nu se identifică afecțiuni ginecologice și femeia nu poate accepta sângerarea, extrageți DIU LNG și ajutați-o să aleagă altă metodă.

### Menstruație abundentă sau prelungită față de menstruația normală

- Menstruația mai abundentă sau prelungită poate să apară în timpul primelor 3-6 luni de utilizare a DIU LNG. De obicei nu este dăunătoare și scade de obicei odată cu trecerea timpului.
- Exclueți afecțiunile ginecologice. Dacă identificați o afecțiune ginecologică, tratați-o sau trimiteți pacienta pentru tratament.
- Dacă sângerarea continuă să fie foarte abundentă sau prelungită, în special dacă există semne clinice de anemie sau dacă femeia nu poate tolera sângerarea, extrageți DIU LNG și ajutați-o să aleagă altă metodă.
- Pentru prevenirea anemiei, administrați suplimente de fier și/sau recomandați alimentație bogată în fier.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a observat că riscul pentru menstruație abundentă sau prelungită este concentrat în primele 3-6 luni de utilizare a DIU LNG și scade odată cu trecerea timpului. Nu au fost disponibile studii care să evalueze alte modalități de tratament.



## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Care sunt dovezile în sprijinul schemelor de tratament eficiente pentru tulburările menstruale în timpul utilizării DIU LNG?

## Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

Nu au fost identificate studii.

### ◆ Aspecte importante nerezolvate

Care sunt mecanismele care stau la baza tulburărilor sângerării asociate DIU LNG?

Cum pot fi tratate în cel mai bun mod tulburările sângerării asociate DIU LNG?

Care sunt cele mai eficiente strategii de consiliere și comunicare pentru a oferi asistență femeilor cu tulburări de sângerare asociate DIU LNG?



**Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu cupru este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină?**

## 26. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu cupru este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?

### Boala inflamatorie pelvină (BIP)

- Tratați BIP cu antibiotice adecvate.
- Nu este nevoie să se extragă DIU cu cupru dacă femeia dorește să îl utilizeze în continuare.
- Dacă femeia nu dorește să păstreze DIU, extrageți-l după ce ați început tratamentul cu antibiotice.
- Dacă DIU este extras femeia poate lua în considerare utilizarea pilulelor contraceptive de urgență după caz.
- Dacă infecția nu se ameliorează, atitudinea este în general de a extrage DIU și de a continua tratamentul antibiotic. Dacă nu se extrage DIU, tratamentul cu antibiotice trebuie de asemenea continuat. În ambele cazuri starea de sănătate a femeii trebuie monitorizată îndeaproape.
- Oferiți management complex pentru infecții cu transmitere sexuală, inclusiv consiliere pentru utilizarea prezervativului.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că extragerea DIU nu oferă beneficii suplimentare dacă BIP este tratată cu antibiotice adecvate.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

DIU trebuie extras sau lăsat în uter dacă utilizatoarei i se stabilește diagnosticul de BIP?

**Nivelul dovezilor:** I, satisfăcător, direct.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81–84.
2. 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, 15:143–149.
3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of a intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137–143.
4. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63–65.

### Aspecte importante nerezolvate

Evoluția clinică a BIP și sechelele pe termen lung ale BIP (infertilitate, sarcină extrauterină și durere pelvină cronică) sunt influențate de decizia de a extrage sau de a nu extrage un DIU după diagnosticarea și tratarea adecvată a BIP?

---







**Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină?**

## 27. Ce trebuie făcut dacă o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel (DIU LNG) este diagnosticată cu boală inflamatorie pelvină (BIP)?

### Boală inflamatorie pelvină (BIP)

- Tratați BIP cu antibiotice adecvate.
- Nu este nevoie să se extragă DIU LNG dacă femeia dorește să îl utilizeze în continuare.
- Dacă femeia nu dorește să păstreze DIU LNG, extrageți-l după ce ați început tratamentul cu antibiotice.
- Dacă DIU LNG este extras, femeia poate lua în considerare utilizarea pilulelor contraceptive de urgență după caz.
- Dacă infecția nu se ameliorează, atitudinea este în general de a se extrage DIU LNG și de a continua tratamentul antibiotic. Dacă nu se extrage DIU LNG, tratamentul cu antibiotice trebuie de asemenea continuat. În ambele cazuri starea de sănătate a femeii trebuie monitorizată îndeaproape.
- Oferiți management complex pentru infecțiile cu transmitere sexuală, inclusiv consiliere pentru utilizarea prezervativului.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că extragerea DIU LNG nu oferă beneficii suplimentare dacă BIP este tratată cu antibiotice adecvate.

Recomandările s-au bazat pe dovezi pentru DIU cu cupru.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

DIU LNG trebuie extras sau lăsat în uter dacă utilizatoarei i se stabilește diagnosticul de BIP?

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

Nu au fost identificate studii.

### Alte referințe bibliografice importante

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81–84.
2. 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, 15:143–149.

3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of a intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137–143.
4. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63–65.

 **Aspecte importante nerezolvate**

Evoluția clinică a BIP și sechelele pe termen lung ale BIP (infertilitate, sarcină extrauterină și durere pelvină cronică) sunt influențate de decizia de a extrage sau de a nu extrage un DIU LNG după diagnosticarea și tratarea adecvată a BIP?







**Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină  
la o femeie care utilizează un DIU cu cupru?**

## 28. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu cupru?

### Sarcină diagnosticată la o utilizatoare DIU cu cupru

- Exclueți sarcina extrauterină.
- Explicați femeii că există un risc crescut pentru avort spontan în primul sau al doilea trimestru (inclusiv avort spontan septic care poate pune în pericol viața femeii) și de naștere prematură dacă DIU este lăsat pe loc. Extragerea DIU cu cupru reduce aceste riscuri, deși procedura în sine constituie un risc redus de avort spontan.
  - Dacă femeia nu dorește să păstreze sarcina și dacă este disponibilă întreruperea terapeutică a sarcinii în mod legal, informați-o în consecință.
  - Dacă femeia dorește să păstreze sarcina, subliniați-i clar riscurile crescute pe care le are pentru avort spontan în primul sau al doilea trimestru (inclusiv avort spontan septic care poate pune în pericol viața femeii) și de naștere prematură dacă DIU cu cupru este lăsat pe loc. Sfătuiți-o să apeleze imediat la asistență medicală dacă are sângerare abundentă, crampe, dureri, scurgeri anormale din vagin sau febră.

### Firele DIU se văd sau pot fi recuperate în siguranță din canalul cervical

- Sfătuiți pacienta că este cel mai bine ca DIU cu cupru să fie extras.
- Dacă extrageți DIU cu cupru, faceți acest lucru trăgând ușor de fire.
- Explicați femeii că trebuie să revină imediat la cabinet dacă are sângerare abundentă, crampe, durere, scurgeri anormale din vagin sau febră.
- Dacă femeia dorește să păstreze DIU cu cupru sfătuiți-o să apeleze imediat la asistență medicală dacă are sângerare abundentă, crampe, dureri, scurgeri anormale din vagin sau febră.

### Firele DIU nu se văd și nu pot fi recuperate în siguranță

- Dacă ecografia este disponibilă, poate fi utilă determinarea localizării DIU cu cupru . Dacă DIU cu cupru nu se poate localiza, acest lucru poate sugera că s-a produs expulzarea sa.
- Dacă nu se poate face ecografia sau dacă se determină ecografic prezența DIU cu cupru în cavitatea uterină, subliniați clar riscurile și sfătuiți femeia să apeleze imediat la asistență medicală dacă are sângerare abundentă, crampe, dureri, scurgeri anormale din vagin sau febră.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că extragerea DIU cu cupru crește șansa de finalizare a sarcinii dacă firele DIU cu cupru se văd sau pot fi regăsite în siguranță din canalul cervical și că riscul de avort spontan, naștere prematură și infecție este semnificativ dacă DIU este lăsat în uter.



## Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Care sunt riscurile evenimentelor adverse dacă DIU cu cupru este extras sau lăsat în uter?

**Nivelul dovezilor:** II-2, satisfăcător, direct.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Alvior GT, Jr. Pregnancy outcome with removal of intrauterine device. *Obstetrics and Gynecology*, 1973, 41:894–896.
2. Dreishpoon IH. Complications of pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1975, 121:412–413.
3. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD: adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35–38.
4. Kirkinen PS. Ultrasound-controlled removal of a dislocated intrauterine device in the first trimester of pregnancy: a report of 26 cases. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1992, 2:345–348.
5. Koetsawang S, Rachawat D, Piya-Anant M. Outcome of pregnancy in the presence of intrauterine device. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1977, 56:479–482.
6. Mermet J, et al. Devenir des grossesses sur stérilet et conduite à tenir [Management of pregnancies occurring with an intrauterine device in place]. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1986, 81:233–235.
7. Shalev J et al. Continuous sonographic monitoring of IUD extraction during pregnancy: preliminary report. *American Journal of Roentgenology*, 1982, 139:521–523.
8. Skjeldestad FE, Hammervold R, Peterson DR. Outcomes of pregnancy with an IUD in situ—a population based case-control study. *Advances in Contraception*, 1988, 4:265-270.
9. Steven JD, Fraser IS. The outcome of pregnancy after failure of an intrauterine contraceptive device. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 1974, 81:282–284.
10. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine contraceptive device. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1976, 126:869–879.
11. Vessey MP et al. Outcome of pregnancy in women using an intrauterine device. *Lancet*, 1974, 1:495–498.

#### Aspecte importante nerezolvate

Cum se finalizează sarcinile în cazul femeilor care devin însărcinate având un DIU în uter și cum diferă finalizarea sarcinii în cazurile în care se extrage sau nu DIU?





**Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu eliberare de levonorgestrel?**

## 29. Ce trebuie făcut dacă se pune diagnosticul de sarcină la o femeie care utilizează un DIU cu levonorgestrel (DIU LNG)?

### Sarcină diagnosticată la o utilizatoare DIU LNG

- Exclueți sarcina extrauterină.
- Explicați femeii că există un risc crescut pentru avort spontan în primul sau al doilea trimestru (inclusiv avort spontan septic care poate pune în pericol viața femeii) și de naștere prematură dacă DIU LNG este lăsat pe loc. Extragerea DIU LNG reduce aceste riscuri, deși procedura în sine constituie un risc redus de avort spontan.
  - Dacă femeia nu dorește să păstreze sarcina și dacă este disponibilă întreruperea terapeutică a sarcinii în mod legal, informați-o în consecință.
  - Dacă femeia dorește să păstreze sarcina, subliniați-i clar riscurile crescute pe care le are pentru avort spontan în primul sau al doilea trimestru (inclusiv avort spontan septic care poate pune în pericol viața femeii) și de naștere prematură dacă DIU LNG este lăsat pe loc. Sfătuiți-o să apeleze imediat la asistență medicală dacă are sângerare abundentă, crampe, dureri, scurgeri anormale din vagin sau febră.

### Firele DIU se văd sau pot fi recuperate în siguranță din canalul cervical

- Sfătuiți pacienta că este cel mai bine ca DIU LNG să fie extras.
- Dacă extrageți DIU LNG, faceți acest lucru trăgând ușor de fire.
- Explicați femeii că trebuie să revină imediat la cabinet dacă are sângerare abundentă, crampe, dureri, scurgeri anormale din vagin sau febră.
- Dacă femeia dorește să păstreze DIU LNG, sfătuiți-o să apeleze imediat la asistență medicală dacă are sângerare abundentă, crampe, dureri, scurgeri anormale din vagin sau febră.

### Firele DIU nu se văd și nu pot fi recuperate în siguranță

- Dacă ecografia este disponibilă, poate fi utilă determinarea localizării DIU LNG. Dacă DIU LNG nu se poate localiza, acest lucru poate sugera că s-a produs expulzarea sa.
- Dacă nu se poate face ecografia sau dacă se determină ecografic prezența DIU LNG în cavitatea uterină, subliniați clar riscurile și sfătuiți femeia să apeleze imediat la asistență medicală dacă are sângerare abundentă, crampe, dureri, scurgeri anormale din vagin sau febră.

### ◆ Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că extragerea DIU LNG crește șansa de finalizare a sarcinii dacă firele DIU se văd sau pot fi recuperate în siguranță din canalul cervical, și că riscul de avort spontan, naștere prematură și infecție este semnificativ dacă DIU LNG este lăsat în uter.

Aceste recomandări se bazează pe dovezi existente pentru DIU cu cupru. În plus, Grupul de Lucru al experților a considerat că teoretic există îngrijorare privind expunerea fătului la hormoni. Totuși, nu se știe dacă există risc crescut de anomalii fetale datorită acestei expuneri.

### Întrebarea pentru recenzia sistematică a literaturii de specialitate

Care sunt riscurile evenimentelor adverse dacă DIU LNG este extras sau lăsat în uter?

**Nivelul dovezilor:** II-3, slab, indirect.

### Referințe bibliografice utilizate la recenzia sistematică a literaturii

1. Backman T et al. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:50–54.
2. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD: adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35–38.

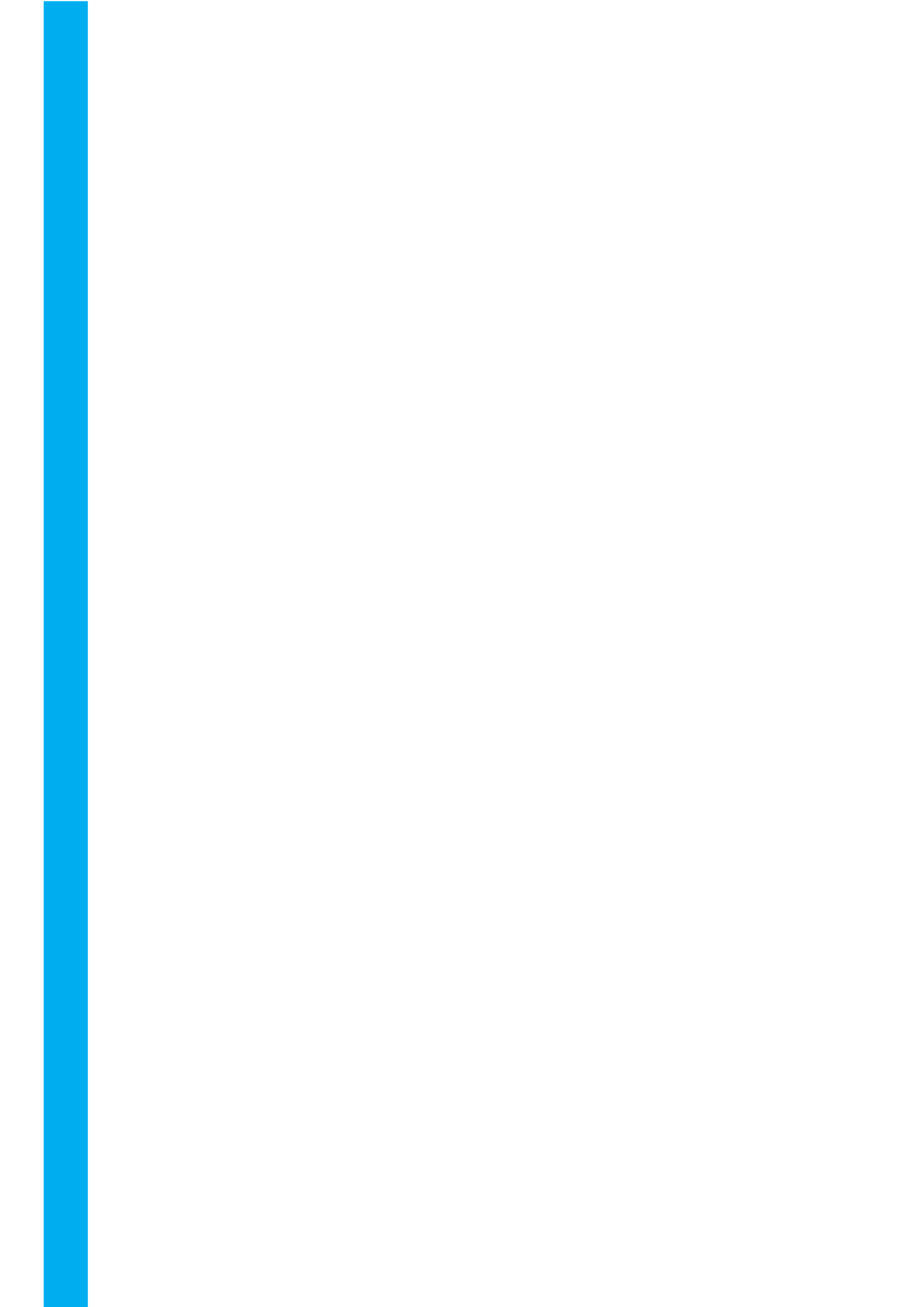
### ◆ Aspecte importante nerezolvate

Există efecte adverse asupra fătului produse de expunerea intrauterină la levonorgestrel din DIU LNG?



## Aspecte programatice

30. Ce examinări sau teste trebuie efectuate de rutină înainte de furnizarea unei metode de contracepție?
31. Câte folii de pilule [combinat (COC) sau numai cu progestativ (PNP)] trebuie date la vizita inițială și la vizitele de urmărire?
32. Ce scheme de urmărire sunt adecvate utilizatoarelor contraceptivelor orale combinate (COC), pilulelor numai cu progestativ (PNP), implanturilor și DIU?
33. Cum poate un furnizor să fie sigur cu un grad rezonabil de certitudine că o femeie nu este însărcinată?





**Ce examinări sau teste trebuie efectuate de rutină înainte de furnizarea unei metode de contracepție?**

### 30. Ce examinări sau teste trebuie efectuate de rutină înainte de furnizarea unei metode de contracepție?

Examinările sau testele menționate se referă la persoane presupuse a fi sănătoase.

Persoanele cu afecțiuni medicale sau alte condiții speciale cunoscute pot necesita examinări sau teste suplimentare înainte de a se stabili dacă li se potrivește o anumită metodă de contracepție. Documentul OMS, *Criteriile Medicale de Eligibilitate pentru Utilizarea Contraceptivelor, ediția a treia (2004)* poate fi util în asemenea situații.

Următoarea clasificare a fost considerată utilă pentru diferențierea aplicabilității diferitelor examinări sau teste:

**Clasa A** = proceduri esențiale și obligatorii în toate situațiile pentru utilizarea eficientă și în siguranță a metodei contraceptive.

**Clasa B** = proceduri care contribuie substanțial la utilizarea eficientă și în siguranță a metodei contraceptive, dar a căror implementare poate fi decisă doar în contextul sistemului de sănătate publică și/sau al serviciilor. Riscul de a nu efectua o examinare sau un test trebuie cântărit comparativ cu beneficiile punerii la dispoziția utilizatorilor a metodei contraceptive.

**Clasa C** = proceduri care nu contribuie semnificativ la utilizarea eficientă și în siguranță a metodei contraceptive.

Aceste clasificări se bazează pe relația dintre examinări sau teste și inițierea în siguranță a unei metode contraceptive. Ele nu sunt destinate analizării corectitudinii acestor examinări sau teste în alte situații. De exemplu, unele dintre examinări sau teste care nu sunt considerate necesare pentru utilizarea eficientă și în siguranță a contraceptivelor, pot fi adecvate pentru asistența medicală preventivă de calitate sau pentru diagnosticarea sau evaluarea unor afecțiuni medicale suspicioase.

Note pentru tabel:

- \* *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004*, afirmă că dacă o femeie are un risc individual foarte ridicat de expunere la gonoree sau infecție cu chlamydia, în general nu ar trebui să i se insere DIU decât dacă nu sunt disponibile sau acceptabile alte metode. Dacă femeia are cervicită purulentă în prezent sau gonoree sau infecție cu chlamydia, atunci DIU nu trebuie inserat până nu sunt vindecate aceste afecțiuni și respectate criteriile medicale de eligibilitate
- † *Criteriile medicale de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor. Ediția a treia, 2004*, afirmă că femeile cu risc crescut pentru infecție HIV nu trebuie să utilizeze spermicide conținând nonoxynol-9. Utilizarea diaframelor și a cupolelor cervicale cu nonoxynol-9 nu este de obicei recomandată femeilor cu risc crescut de infecție HIV decât dacă nu sunt disponibile sau acceptabile alte metode. Eficiența contraceptivă a diaframelor și cupolelor cervicale fără nonoxynol-9 a fost insuficient studiată și se presupune că este mai mică decât cea a diaframelor și cupolelor cervicale cu nonoxynol-9.
- ‡ Este de dorit să se măsoare tensiunea arterială înaintea inițierii COC, CIC, PNP, INP și implanturilor. Totuși în unele locuri măsurarea tensiunii arteriale nu se poate efectua. În multe dintre aceste locuri riscurile morbidității și mortalității prin sarcină sunt ridicate și metodele hormonale sunt printre puținele metode disponibile pe scară largă. În asemenea locuri, femeilor nu trebuie să li se refuze utilizarea metodelor hormonale numai datorită faptului că nu li se poate măsura tensiunea arterială.
- § Pentru procedurile efectuate în anestezie locală.

Situația specifică	Contraceptive orale combinate	Contraceptive injectabile combinate	Pilule numai cu progestativ	Injectabile numai cu progestativ	Implanturi	DIU	Prezervative	Diafragmă/cupolă cervicală	Spermicide	Sterilizare feminină	Vasectomie
Examen al sânilor efectuat de către furnizor	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Examen ginecologic	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Screening pentru cancer de col uterin	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Teste de laborator de rutină	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Dozarea hemoglobinei	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Evaluarea riscului de ITS: anamneză, examen obiectiv	C	C	C	C	C	A*	C†	C†	C†	C	C
Screening ITS/HIV: teste de laborator	C	C	C	C	C	B*	C†	C†	C†	C	C
Screening-ul tensiunii arteriale	†	†	†	†	†	C	C	C	C	A	C§



**Câte folii de pilule (pilule combinate sau pilule numai cu progestativ)  
trebuie date la vizita inițială și la vizitele de urmărire?**

### 31. Câte folii de pilule (pilule combinate sau pilule numai cu progestativ) trebuie date la vizita inițială și la vizitele de urmărire?

#### Vizita inițială și vizitele de urmărire

- ' Furnizați rezerve contraceptive de pilule pentru un an de zile în funcție de dorința femeii și de anticiparea utilizării metodei.
- ' Programele trebuie să cântărească comparativ pe de o parte dorința de a da acces maxim la pilule femeilor și pe de altă parte aspectele legate de aprovizionarea cu contraceptive și logistice.
- ' Sistemul de reprovizionare trebuie să fie flexibil, astfel încât femeia să poată obține pilulele ușor în cantitatea dorită și la momentul dorit.

#### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că impunerea unor restricții asupra numărului de folii de pilule furnizate poate fi urmată de abandonarea nedorită a metodei și de creșterea riscului de sarcină.

#### Aspecte importante nerezolvate

Care sunt efectele furnizării unui număr diferit de folii de pilule la vizita inițială și la vizitele de urmărire asupra utilizării consecutive și continue a COC și PNP?

**Ce scheme de urmărire sunt adecvate utilizatoarelor contraceptivelor orale combinate, pilulelor numai cu progestativ, implanturilor și DIU?**



### 32. Ce scheme de urmărire sunt adecvate utilizatoarelor contraceptivelor orale combinate (COC), pilulelor numai cu progestativ (PNP), implanturilor și DIU?

Aceste recomandări se referă la frecvența minimă a vizitelor de urmărire recomandată pentru utilizarea eficientă și în siguranță a metodei. Recomandările se referă la situații generale și pot varia pentru diferite utilizatoare și diferite contexte. De exemplu femeile cu anumite afecțiuni medicale pot necesita vizite de urmărire mai frecvente.

Aceste metode 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.

#### COC

- Se recomandă o vizită anuală de urmărire.
- O vizită de urmărire la 3 luni după inițierea metodei este benefică.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet oricând pentru a discuta efectele secundare sau alte probleme legate de metodă sau dacă dorește să schimbe metoda.

#### PNP (în afara alăptatului)

- Nu este necesară o vizită de urmărire anuală dar se recomandă o vizită de urmărire la aproximativ 3 luni după inițierea metodei.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet oricând pentru a discuta efectele secundare sau alte probleme legate de metodă sau dacă dorește să schimbe metoda.

#### PNP (în timpul alăptatului)

- Nu este necesară o vizită de urmărire de rutină.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet oricând, pentru a discuta efectele secundare sau alte probleme legate de metodă sau dacă dorește să schimbe metoda.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet pentru consiliere și sfat contraceptiv atunci când încetează alăptatul sau când reduce semnificativ frecvența acestuia.

#### Implanturi

- Nu este necesară o vizită de urmărire de rutină.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet oricând, pentru a discuta efectele secundare sau alte probleme legate de metodă sau dacă dorește să schimbe metoda.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet atunci când este timpul să i se extragă implantul contraceptiv.

## DIU

- Se recomandă o vizită de urmărire după prima menstruație sau la 3-6 săptămâni după inserție.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet oricând pentru a discuta efectele secundare sau alte probleme legate de metodă sau dacă dorește să schimbe metoda.
- Pentru dispozitivele care au rată ridicată de expulzare pot fi indicate vizite de urmărire mai frecvente decât cele menționate mai sus.
- Sfătuiți femeia să revină la cabinet atunci când este timpul să i se extragă DIU

### Comentarii

Grupul de Lucru al experților a concluzionat că vizitele de urmărire sau contactul cu utilizatoarele trebuie să includă cel puțin consilierea referitoare la aspecte ca efectele secundare sau alte probleme, utilizarea corectă și consecvență a metodei și protecția împotriva ITS. Poate fi adecvată o evaluare suplimentară, de exemplu examenul ginecologic pentru a decela schimbarea poziției sau expulzarea DIU

### Aspecte importante nerezolvate

O vizită de urmărire sau de contact la 3 luni după inițierea utilizării COC și PNP (comparativ cu neprogramarea unei reveniri precoce a utilizatoarei la cabinet) crește utilizarea consecventă, corectă și continuă a metodei?



**Cum poate un furnizor să fie sigur cu un grad rezonabil de certitudine  
că o femeie nu este însărcinată?**

### 33. Cum poate un furnizor să fie sigur cu un grad rezonabil de certitudine că o femeie nu este însărcinată?

Diagnosticul de sarcină este important. Posibilitățile de stabilire a acestui diagnostic precoce în decursul sarcinii depind de resursele disponibile în diverse localizări. Testele de sarcină foarte sensibile și sigure sunt deseori extrem de utile, dar nu sunt disponibile în multe locuri. Examenul ginecologic, atunci când poate fi efectuat, este sigur pentru stabilirea cu certitudine a diagnosticului la aproximativ 8-10 săptămâni de la prima zi a ultimei menstruații.

Furnizorul poate fi sigur cu un grad rezonabil de certitudine că femeia nu este însărcinată dacă nu are simptome sau semne de sarcină și dacă întrunește oricare dintre următoarele criterii:

- nu a avut contact sexual de la ultima menstruație normală
- a utilizat corect și consecvent o metodă sigură de contracepție
- este în primele 7 zile după o menstruație normală
- este în primele 4 săptămâni după naștere în cazul femeilor care nu alăptează
- este în primele 7 zile după un avort la cerere sau un avort spontan
- alăptează integral sau aproape integral după naștere, este amenoreică și copilul are vârsta sub 6 luni.



**Întâlnirea Grupului de Lucru al experților pentru reactualizarea  
Recomandărilor de Practică Medicală pentru Utilizarea Contraceptivelor**

**Sala C, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 13-16 aprilie 2004**

Dr Yasmin H. Ahmed  
Marie Stopes Clinic Society  
6/2 Block F, Lalmatia  
Dhaka, 1207  
Bangladesh

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

Dr Marcos Arevalo\*  
Institute for Reproductive Health  
4301 Connecticut Ave NW, Suite 310  
Washington, DC 20008  
United States of America

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

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 Soledad Diaz  
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva  
José Ramon Gutierrez 295 Dto 3  
Santiago  
Chile

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

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

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

Dr Robert Hatcher  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Emory University  
69 Jesse Hill Jr Drive SE  
3 Suite 412  
Atlanta, GA 30303  
United States of America

Dr Mihai Horga  
East European Institute for Reproductive  
Health  
1 Moldovei St.  
540493 Targu-Mures  
Romania

Dr Douglas Huber\*  
Management Sciences for Health  
891 Centre Street  
Boston, MA 02130-3400  
United States of America

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

Dr Pisake Lumbiganon  
Department of OB/GYN  
Faculty of Medicine  
Khon Kaen University  
Khon Kaen 40002  
Thailand

Dr Pamela Lynam\*  
Regional Technical Director, East and Southern  
Africa  
JHPIEGO - Johns Hopkins University  
P O Box 58247  
Nairobi  
Kenya

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

Dr Polly Marchbanks\*  
Fertility Epidemiology Section  
Division of Reproductive Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
4770 Buford Highway, NE, MS K-34  
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 Noel McIntosh  
215 Luguain Court  
Baltimore, MD 21208  
United States of America

Professor Helen Rees  
Reproductive Health Research Unit  
University of Witwatersrand  
Chris Hani Baragwanath Hospital  
PO Bertsham 2013  
Johannesburg  
South Africa

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  
4/8, Hyde Park Residences  
79 Hyde Park Corner  
Colombo 2  
Sri Lanka

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

Mr Irving Sivin\*  
Centre for Biomedical Research  
The Population Council  
One Dag Hammarskjold Plaza  
New York, NY 10017  
United States of America

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

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

Dr Marcel Vekemans\*  
IntraHealth International Inc.  
6340 Quadrangle Drive, Suite 200  
Chapel Hill, NC 27517  
United States of America

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

#### **TEMPORARY ADVISERS**

Dr Dawn S. Chin-Quee  
Senior Research Associate  
Family Health International  
2224 E. NC Highway 54  
Durham, NC 27713  
United States of America

Dr Camaryn Chrisman  
Wake Forest University School of Medicine  
873 Lockland Avenue  
Winston Salem, NC 27103  
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 Linda S. Potter  
Family Health Research  
56 N. Mill Road  
Princeton Junction, NJ 08550  
United States of America

Ms Ruwaida M. Salem  
John Hopkins University  
Center for Communication Programs  
111 Market Place, Suite 310  
Baltimore, MD 21202  
United States of America

#### **WHO SECRETARIAT**

Ms Kathryn Church  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr MaryLyn Gaffield  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr Carlos Huezo  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Ms Sarah Johnson  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Mrs Gloria Lamptey  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr Herbert Peterson  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr Paul Van Look  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr Helena von Hertzen  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Dr Erica Marsh, Intern  
Department of Reproductive Health and  
Research  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

\* Agency representatives