

PROTOCOLO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

CONSEJO CONTRACEPTIVO

Objetivos:

- Proporcionar información sobre los diferentes métodos
 - Mecanismo de acción
 - Eficacia
 - Duración
 - Reversibilidad
 - Efectos sobre el ciclo menstrual
 - Efectos secundarios
 - Protección frente a ITS
 - Privacidad de uso
 - Facilidad de uso
- Conocer las necesidades de la mujer o pareja
- Identificar los valores y creencias
- Valorar el estado de salud
- Propiciar la participación en la elección
- Comprobar la correcta comprensión
- Proponer un seguimiento
- Facilitar el acceso a la consulta

ELEGIBILIDAD

Se utilizará el documento “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC) ORALES

La anticoncepción hormonal **debe indicarse y controlarse** en Atención Primaria, **salvo si la elegibilidad médica es dudosa**, en cuyo caso se remitirá a Ginecología. Se tomará en consideración la siguiente información:

Riesgo de tromboembolismo venoso con anticoncepción hormonal combinada

- Riesgo basal en mujeres sanas de 15-44 años: 5 casos por 100.000 mujeres cada año
- Riesgo asociado al embarazo: 60 casos de enfermedad tromboembólica venosa por cada 100.000 gestaciones
- Riesgo asociado al uso de AHC:
 - Levonorgestrel, progestágeno de segunda generación: 15 por 100.000 mujeres y año de uso
Ovoplex 30/150, Loette 20/100
 - Desogestrel y Gestodeno, progestágenos de tercera generación: 25 por 100.000 mujeres y año de uso
Etinilestradiol + Desogestrel : Gracial®** 30/40 125/250
Microdiol® 30 /150
Suavuret® 20 /150

Etinilestradiol + Gestodeno: Gynovin®,30/75
Minulet® 30 /75
Harmonet®, Meliane® 20/ 75
Melodene 15®, Minesse® 15/60
 - Drospirenona: riesgo entre dos y tres veces superior al levonorgestrel
 - Acetato de ciproterona: riesgo más de 4 veces mayor que con levonorgestrel Diane 35®, Diane 35 diario®, Gyneplen 35 /2000
 - Norgestimato: hay pocos estudios, pero como se metaboliza a levonorgestrel el riesgo se considera similar
 - Se ignora aún el riesgo de tromboembolismo venoso con los parches transdérmicos, pero es superior al de la vía oral.
- El riesgo de tromboembolismo venoso es mayor durante el primer año de uso de un anticonceptivo oral combinado.
- A la hora de prescribirlos a una mujer por vez primera, debe tenerse en cuenta el incremento de riesgo de tromboembolismo venoso estimado para los distintos tipos de anticonceptivos orales combinados y los

factores de riesgo conocidos de tromboembolismo venoso (la obesidad, el periodo postparto, intervención quirúrgica reciente o antecedentes familiares de trombosis venosa).

- No está indicado el cribado de trombofilia previo a la prescripción de anticoncepción hormonal combinada.
- Un familiar de primer grado con tromboembolismo venoso a una edad <45 años puede indicar riesgo de trombofilia familiar (mutación del factor V Leyden, mutación del gen de la protrombina, deficiencia de la proteína C, deficiencia de la proteína S, deficiencia de antitrombina III), por lo que se indicará un estudio previo a la administración de la anticoncepción.
- Un estudio de trombofilia negativo no excluye todos los tipos. La interpretación de estos estudios, a menudo, es difícil y debe realizarse con el asesoramiento de hematología.

Para conocer la elegibilidad:

- Realizar historia clínica recabando antecedentes familiares y personales
- Preguntar específicamente acerca de migraña y de factores de riesgo cardiovascular (HTA, hiperlipidemia, trombosis venosa, trombofilia, tabaquismo).
- Consumo de fármacos inductores enzimáticos (ciertos anticonvulsivantes, rifampicina, rifabutina).
- Toma de TA.
- Si exceso de peso: obtener índice de masa corporal.
- **Se desaconsejan si:**
 - La **tensión** es consistentemente **superior a 140 y/o 90** mm de Hg, por riesgo incrementado de infarto de miocardio y accidente cerebral isquémico o hemorrágico. Aunque la hipertensión esté adecuadamente controlada, los riesgos superan los beneficios.
 - **Fumadora >35 años.** Si ha abandonado el tabaquismo hace un año o más se puede utilizar.
 - Controversia en obesidad: Los criterios de elegibilidad del Reino Unido de 2006 desaconsejan el uso si IMC ≥ 35 por incremento del riesgo de infartos y tromboembolismo venoso (TEV). Los

criterios de elegibilidad de la OMS 2009, sin embargo, lo autorizan.

- **Historia** personal de **TEV o trombofilia** conocida. El uso de estos preparados hormonales incrementa en 5 veces el riesgo de TEV. Este incremento varía según los gestágenos utilizados. La exposición a este riesgo adquirido incrementa las posibilidades de TEV en las portadoras de deficiencias de antitrombina III, proteína S, proteína C, mutaciones del factor V Leyden, mutaciones del gen de la protrombina y síndrome antifosfolipídico.
- **Migraña con aura**. Se desaconsejan a cualquier edad. Las mujeres con aura tienen un riesgo muy superior de accidente cerebrovascular (ACV) que las que no la presentan.
- **Antecedentes** de migraña con aura a cualquier edad.
- **En ≥ 35 años con migraña sin aura** (categoría 3). Las mujeres con historia de migraña usuarias de AHC, tienen un riesgo de ACV 2 a 4 veces superior que las mujeres con migraña que no usan este tipo de anticoncepción. La utilización de AHC en mujeres con migraña se reserva para aquellas sin otros factores de riesgo. El riesgo de ACV aumenta con la edad, HTA y tabaquismo. Cualquier nueva cefalea o cambios en la cefalea habitual en usuarias de AHC debe ser valorada.
- Consumo de rifampicina, rifabutina e inhibidores de proteasa reforzados con ritonavir.
- Consumo de anticonvulsivantes: fenitoina, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina y lamotrigina en monoterapia, disminuyen la eficacia de los AHC, por lo que su uso se considera categoría 3 (los riesgos superan a las ventajas).

Si la lamotrogina se usa con antiepilépticos no inductores enzimáticos tales como el valproato sódico, no interfiere con los AHO. Sin embargo, los AHO disminuyen significativamente los niveles de lamotrigina y en un ensayo se ha encontrado un incremento de las crisis convulsivas.
- **Edad superior a los 50 años**

- **Cirugía mayor** con **inmovilización** prolongada
- **Cardiopatía isquémica o ACVA**, actual o pasado
- **Cáncer de mama actual**
- **Diabetes mellitus** con retinopatía, nefropatía, neuropatía o DM de más de 20 años de evolución.

Primera opción

- Preparado monofásico con 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel (Ovoplex 30/150), o 20 µg de etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel (Loette), según la edad de la usuaria.
- Las **adolescentes** que usan preparados con 20 µg de etinilestradiol tienen una masa ósea inferior que las no usuarias por lo que se desaconseja el uso de dosis inferiores a 30 µg de etinilestradiol.
- Las otras píldoras deben ser consideradas de segunda línea. Las mujeres que manifiestan efectos adversos (acné, cefalea, depresión, aumento de peso, síntomas mamarios) pueden recibir preparados con drospirenona, gestodeno o desogestrel. Los preparados con drospirenona no deben ser usados en mujeres con trastornos que predispongan a hiperpotasemia como insuficiencia renal, disfunción hepática o insuficiencia adrenal. Las mujeres que toman medicación que aumente los niveles de potasio o afecten la función renal (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de angiotensina II, diuréticos perdedores de potasio, heparina, antagonistas de la aldosterona, uso prolongado de AINEs), necesitan que se les haga un control de potasio tras el primer ciclo de uso de los anovulatorios.
- **Si** existen **manifestaciones androgénicas** como acné que no responde al tratamiento antibiótico oral, hirsutismo moderado o alopecia puede usarse inicialmente un preparado con acetato de ciproterona como progestágeno (Gyneplen, Diane 35) que se mantendrá durante 3 meses tras la remisión de los síntomas. A continuación, se utilizará un anticonceptivo con drospirenona o desogestrel (Microdiol, Gracial, Suavuret®, este último con 20 µg de etinilestradiol) o gestodeno (Gynovin, Minulet, Harmonet®, Meliane®, estos dos últimos con 20 µg de etinilestradiol) ya que el levonorgestrel puede tener un efecto androgénico.

Comienzo

- Idealmente debe comenzarse el tratamiento el primer día de la regla, pero puede iniciarse hasta el quinto día sin necesitar protección anticonceptiva adicional.
- Puede también iniciarse en cualquier momento del ciclo, si existe seguridad razonable de que la mujer no está embarazada, pero es necesario, en este caso, utilizar un método contraceptivo adicional como preservativos durante los primeros siete días de tratamiento.

Recomendaciones en caso de olvido o retraso en el inicio del envase:

- Si se olvida **UNA** o si comienza uno o dos días tarde el paquete, deberá:
 - Tomar la última píldora olvidada tan pronto como sea posible (esto significa que dependiendo del momento en que se recuerde tomará dos píldoras en el mismo día o incluso a la misma hora)
 - Continuar tomando las restantes píldoras normalmente
 - No necesita contracepción postcoital
- Si se olvida **DOS** o más píldoras o si comienza tres o más días tarde el paquete, deberá:
 - Tomar la última píldora olvidada tan pronto como sea posible (esto significa que dependiendo del momento en que se recuerde, tomará dos píldoras en el mismo día o incluso a la misma hora)
 - Continuar tomando las restantes píldoras normalmente
 - Utilizar preservativos o evitar el coito vaginal hasta que haya tomado 7 píldoras consecutivas
 - Para reducir el riesgo de embarazo por coitos previos:
 - Si las píldoras se han olvidado en la **primera semana de tratamiento** (píldora 1 a 7) o se ha comenzado tres o más días tarde y ha mantenido relaciones coitales en la semana de descanso o en la primera semana de tratamiento, deberá usar píldora postcoital
 - Si las píldoras se han olvidado durante la **segunda semana de tratamiento** (píldora 8 a 14) no es necesaria la anticoncepción postcoital
 - Si las píldoras se han olvidado durante la **tercera semana de tratamiento** (píldora 15 a 21), no hacer descanso y continuar de forma ininterrumpida con el siguiente envase de pastillas. En los preparados con píldoras con placebo desecharlas y comenzar un nuevo paquete.

Recomendaciones si vómitos

Si se producen vómitos o diarrea severa

- Dentro de las 2 horas siguientes a la toma de la píldora se recomienda tomar otra tan pronto como sea posible.
- Si los vómitos o la diarrea se prolongan durante más de 24 horas se recomienda continuar tomando las píldoras si es posible.

- Si el proceso persiste durante 2 o más días debe de seguir las mismas recomendaciones que para las píldoras olvidadas

VÍA TRANSDÉRMICA (PARCHE)

Parche de 600 µg de etinilestradiol y 6 mg de norelgestromina, que libera 20 µg de etinilestradiol y 150 µg de norelgestromina diariamente

- Efectividad similar a píldora
- La eficacia se ve influida por la correcta adhesión
- Potencialmente reducida en mujeres obesas (≥ 90 kg)
- Criterios de elegibilidad similares a ACH
- Posible > riesgo de TVP
- Minimiza picos y valles de la vía oral
- No se ve afectado por alteraciones gastrointestinales
- Reacciones leves locales que disminuyen con el tiempo. Utilizar diferente localización
- Mayor frecuencia de spotting y hemorragia durante primeros meses
- Mayor frecuencia de tensión mamaria
- Prolonga periodo menstrual (1-2 días) que aparece un día más tarde que con píldora
- El parche se aplica el primer día del ciclo y a continuación uno cada semana durante tres semanas. Si en otro momento: método adicional 7 días
- OLVIDOS:
 - Retraso en **1º parche**: colocar cuanto antes, método adicional 7 días, cambio del día de aplicación
 - Retraso en **2º o 3º**: ventana de dos días. Si > 48 horas método adicional, postcoital y cambio del día de aplicación
 - Retraso en retirar **3º**: retirar y no cambiar día de aplicación
- DESPEGAMIENTO:
 - **< 24 horas**: Recolocar o aplicar uno nuevo
 - **> 24 horas**: Colocar un nuevo parche, método adicional y cambiar día de aplicación

VÍA VAGINAL (NUVARING)

Anillo de 2,7 mg Etinilestradiol/11,7 mg Etonogestrel que libera 15 µg de Etinilestradiol y 0,12 mg Etonogestrel diariamente

- Evita el primer paso hepático
- Tasa de liberación constante
- No se ve afectado por alteraciones gastrointestinales
- Bien tolerado
- Muy frecuente el aumento de flujo
- Puede provocar cierto olor desagradable
- Se inserta en la vagina entre el día 1-5 del ciclo. Se recomienda utilizar un método adicional 7 días cuando se pone la primera vez. Debe permanecer 3 semanas. Transcurrido ese tiempo se extrae y después de un periodo de descanso de una semana se inserta un nuevo anillo.
- No es necesario retirarlo durante el coito
- Si extracción o expulsión: Lavarlo con agua fría o tibia (no caliente) y recolocar.
- Si han pasado > 3 horas, recolocar, y utilizar método adicional 7 días
- Si se mantiene > de 3 semanas pero < de 4, retirarlo y colocar otro, tras una semana
- Si > de 4 semanas, colocar otro, y método adicional 7 días

Seguimiento de AHC

Se recomendará seguimiento en Atención Primaria:

- Visita de control a los tres meses para comprobar tolerancia, efectos secundarios y aclarar dudas
- Sucesivas visitas sólo requieren evaluación de idoneidad del método, efectos secundarios y toma de TA
- Citologías según protocolo

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES CON SOLO PROGESTÁGENO

Tres presentaciones:

- Oral: Píldora de 75 µg desogestrel (metabolito activo etonogestrel): Cerazet
- Inyectable: Acetato de medroxiprogesterona(DMPA) 150: Depo-provera, megestron
- Implante de etonogestrel: Implanon

Principales inconvenientes:

- Alteración del patrón de sangrado:
- Sangrado frecuente o infrecuente, irregular, prolongado (≥ 10 días)
- Es esencial un adecuado asesoramiento
- Si amenorrea: no perjuicio para la salud
- Sangrado irregular: Mejora con el tiempo
- Sangrado inferior al que presentan las mujeres sin tratamiento. No existe un tratamiento eficaz de los sangrados

PÍLDORA DE PROGESTÁGENOS

- Inhibición de la ovulación por supresión de la LH
- Sobre el moco cervical: disminución de volumen, aumento de viscosidad, alteración estructura molecular
- Sobre el endometrio: atrofia que le hace no receptivo para la implantación
- Eficacia comparable a AHC
- Indicada en: epilepsia no tratada con inductores enzimáticos, migraña con aura, historia de TEV, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, lactancia a partir de las 6 semanas, trombofilia genética, diabetes con nefropatía, neuropatía o retinopatía, factores de riesgo cardiovascular, postparto (21 primeros días) y después de un aborto.

Se ha aconsejado su uso en mujeres que con AHC presentan:

- Cambios de humor, depresión
- Disminución de la libido

No elegible si:

- Cáncer de mama
- Tumor hepático
- TVE y TEP actual
- Ac antifosfolipídicos
- Lactancia < 6 semanas
- Uso de ritonavir, carbamacepina, fenitoina, primidona, barbitúricos, topiramato, oxcarbamacepina, rifampicina

Efectos secundarios

- Alteración del patrón de sangrado
- El 70% de las mujeres que presentan amenorrea en los 3 primeros meses, la seguirán teniendo y el 50% de las que presentan sangrado infrecuente o sangrado prolongado mantendrán este patrón al menos durante el primer año de uso

Consejo

- Toma diaria continua
- No se realizan descansos
- Inicio primer día de la regla o en cualquier momento del ciclo utilizando protección adicional 7 días.
- Olvidos:
 - Si < 12 horas tomar la píldora olvidada
 - Si > 12 horas tomar la píldora olvidada y utilizar otro método anticonceptivo durante 2 días (tiempo necesario para espesar el moco cervical)

INYECTABLE (DMPA)

- Inhibición de la ovulación por supresión de LH

- Crecimiento folicular mantiene niveles de estrógeno comparables a fase folicular temprana
- Alta eficacia
- Ampolla i. m. en los cinco primeros días que siguen a una regla. Se repite la dosis cada 12 semanas
- “Periodo de gracia” 4 semanas, OMS 2008
- Si > 16 semanas desde la administración, protección adicional 7 días. Postcoital sí precisa
- Produce sangrado irregular y frecuente durante los 3 primeros meses en el 80% y al año amenorrea en el 50% de los casos
- Aumento de peso
- Supresión prolongada de la ovulación tras su cese
- Es **elegible** en caso de:
 - Migraña con aura
 - Hepatitis aguda
 - Cirugía con inmovilización
 - Trombofilia genética. **No si anticuerpos antifosfolipídicos**
 - Historia de TVE
 - Lactancia a partir de las 6 semanas
 - Epilepsia
 - Uso de anticonvulsivos inductores enzimáticos
 - Uso de rifampicina
- DMPA reduce la DMO en las mujeres que han alcanzado su pico de masa ósea e impide su adquisición en adolescentes < 18años
- Tanto en adultas como en adolescentes, después de dos años de uso, se pierde un 5-7% de DMO. Se desconoce si ésta pérdida impide a las adolescentes alcanzar su potencial pico de masa ósea
- Tras suspender, la DMO se incrementa salvo en las mujeres que han alcanzado la menopausia
- No se recomienda ninguna restricción en el uso ni en la duración de DMPA en las mujeres de 18 a 45 años

- De la menarquia a los 18 años y por encima de los 45, si otro método no es elegible, las ventajas de usar la DMPA generalmente superan a los riesgos (El mantenimiento de este método debe ser reevaluado periódicamente en estas edades)

IMPLANTE ANTICONCEPTIVO

Atención Primaria **realizará el consejo contraceptivo y remitirá a ginecología** a aquellas mujeres que deseen este método, **siempre que médicamente se considere elegible**. Se tendrá en cuenta la siguiente información:

- Duración 3 años
- Eficacia altísima
- Inhibición de la ovulación. Moco impenetrable
- 20% de usuarias tendrán amenorrea, y 50% sangrado irregular
- No afecta la densidad mineral ósea
- Su eficacia disminuye por fármacos inductores enzimáticos (rifampicina, rifabutina y anticonvulsivos) Categoría 2
- No hay evidencia de retraso en el retorno de la fertilidad ni de asociación con cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido

Es **elegible** sí:

- Presencia de mutaciones trombogénicas. No indicado si anticuerpos antifosfolipídicos.
- Historia de TVE
- Cirugía con inmovilización
- Diabetes con retinopatía, nefropatía o neuropatía
- Factores de riesgo cardiovascular
- Lactancia a partir de las 6 semanas
- Inmediatamente tras el parto si no se lacta o aborto
- < 18 años no candidatas a AHC
- Inserción 1^o-5^o día de la regla en la cara interna del brazo no dominante. Inserción en otro momento del ciclo si existe razonable seguridad de

ausencia de embarazo. En este caso se usará anticoncepción adicional durante 7 días. Extracción y recambio a través de la misma incisión.

IMPORTANTE en los anticonceptivos hormonales con sólo progestágeno

- No indicados si **cáncer de mama** actual o pasado
- La píldora y el implante no parecen tener efectos adversos sobre la DMO, sí el inyectable de DMPA.
- Ninguno de ellos interacciona con lamotrigina.
- La píldora y el implante interaccionan con fármacos inductores enzimáticos. El inyectable de DMPA no.

Seguimiento de anticonceptivos hormonales con solo progestágeno

Se recomendará seguimiento en Atención Primaria:

- Visita de control a los tres meses para comprobar tolerancia, efectos secundarios y aclarar dudas
- Sucesivas visitas sólo requieren evaluación de idoneidad del método, efectos secundarios y toma de TA
- Citologías según protocolo

José Luis Miñambres Pardiñas
Jefe de Sección de Ginecología

Carmen Toribio González
Responsable Coordinación Asistencial