

Anticoncepción

Autora

Isolina Bonacho Paniagua

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Centro de Orientación Familiar Municipal-SERGAS. A Coruña (España)

Guías Clínicas 2006; 6 (27)

Anticoncepción hormonal (AH)

Los profesionales que atienden una demanda de anticoncepción deben:

- Facilitar que las personas tomen una decisión informada del método anticonceptivo dando una información completa y actualizada de las alternativas anticonceptivas existentes.
- Elaborar una Historia clínica que incluya en la anamnesis datos gineco-obstétricos, datos anticonceptivos y datos afectivo-sexuales.
- Formularse las siguientes preguntas:
 - ¿Qué método prefiere la mujer?
 - ¿Existen razones médicas que contraindiquen el método elegido?
 - ¿Existen otras razones, no médicas que hagan pensar que el método elegido no es el adecuado?

Requisitos para la prescripción de anticoncepción hormonal

Imprescindibles	Recomendables
Conocer: <ul style="list-style-type: none">• Los métodos hormonales, combinados y de progestágeno solo.• Sus contraindicaciones.• Las normas de uso de estos métodos.• Manejar los efectos secundarios.	Realizar: <ul style="list-style-type: none">• Exploración física.• Estudio analítico.• Exploración ginecológica.
Realizar: <ul style="list-style-type: none">• Una anamnesis correcta.• Control de Tensión Arterial (TA).	Exploración física: <ul style="list-style-type: none">• Control de peso: si hay cambios durante el uso de los anticonceptivos hormonales.• Control de TA.• Inspección de piel.
Informar de: <ul style="list-style-type: none">• Normas de uso, efectos secundarios y complicaciones del método.	Estudio analítico: <ul style="list-style-type: none">• Colesterol y triglicéridos. Las fracciones de colesterol si están indicadas, triglicéridos.• Exploración ginecológica: Integrada en las actividades preventivas.
Anamnesis, con especial atención a: <ul style="list-style-type: none">• Búsqueda de Factores de riesgo que contraindiquen el uso de los anticonceptivos hormonales (tabaco, obesidad, HTA).• Investigar antecedentes familiares de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso en familiares directos <50 años.	

Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Clasificación de los anticonceptivos hormonales combinados según la vía de administración:

Vía de administración	Nombre comercial	Pauta de administración	Precio euros/ SS
Oral (píldora)	Varios	Diaria	Variado
Transdérmica (parche)	Evra®	Semanal	14,50
Vaginal (anillo)	Nuvaring®	Mensual	13,97
IM (inyectable)	Topasel®	Mensual	3,12 SS

Aviso a pacientes o familiares:

Aunque las afirmaciones sobre la utilidad de algunos fármacos en determinados procesos está fundada en estudios clínicos, algunos medicamentos pueden no estar autorizados en España para ese uso. El profesional debe consultar la ficha técnica de cada medicamento antes de su uso para una indicación concreta. Si no figurara tal indicación en la ficha técnica del medicamento solo podrá recomendarlo como uso compasivo.

Elaborada por un médico sin revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Categoría 4 Contraindicaciones Absolutas	Categoría 3 Contraindicaciones Relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia < 6 semanas post-parto • Mayor de 35 años y fumadora de más de 15 cigarrillos/día • Hipertensión moderada o severa (>160/100 mm Hg) • Hipertensión con enfermedad vascular • Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar pasados o actuales • Enfermedad cerebrovascular actual o pasada • Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada • Enfermedad cardíaca valvular complicada • Mutaciones trombotogénicas conocidas • Obesidad >40 IMC • Diabetes con complicaciones vasculares incluida HTA • Diabetes de >20 años de duración • Cirugía mayor que precise inmovilización prolongada • Migraña focal • Migraña sin síntomas focales en mujer mayor de 35 años • Tumor maligno de mama • Tumor hepático (benigno o maligno) • Cirrosis severa • Enfermedad hepática aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia 6 semanas – 6 meses post-parto • Postparto <21 días • Mayor de 35 años y fumadora de menos de 15 cigarrillos/día • Hipertensión moderada (140-159/90- 99 mm Hg) • Historia de hipertensión sin posibilidades de control • Historia de hipertensión controlada correctamente • Hiperlipidemia conocida asociada a factores de riesgo vascular • Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA) • Sospecha de Mutaciones trombotogénicas • Obesidad 35-39 IMC • Inmovilidad no relacionada con la cirugía • Migraña sin síntomas focales en mujer menor de 35 años • Cáncer de mama pasado sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años. • Historia de coléctasis relacionada con el uso de AOC • Enfermedad sintomática del tracto biliar • Enfermedad hepática crónica

Características comunes de los anticonceptivos hormonales combinados:

1. Normas de Uso:

	AOC	EVRA® (parche)	Nuvaring® (anillo vaginal)	Topasel® (AIC)
Inicio	1º día de la regla			7º-8º día de la regla
Momento del día que se administra	Mañana, mediodía o noche			Indiferente
Pauta	Diario	Semanal	Mensual	
Descanso	6 ó 7 días	7 días		No
Hemorragia por depri- vación	En descanso o durante comprimidos placebo	En descanso		Sí
Inicio envases sucesivos	-Al 8º día si hay descanso. -Ininterrumpido si hay compr. placebo. -Al 7º día si Gracial.	- Después de 7 días sin parche o sin anillo. (comenzar siempre el mismo día de la semana)		7º-8º día de la regla
Presentación por ciclo	21, 22 ó 28 comp/mes	3 parches/mes	1 anillo/mes	1 ampolla/mes

Situaciones de uso incorrecto que obligan a utilizar otro método durante 7 días:

	AOC	EVRA® (parche)	Nuvaring® (anillo vaginal)	Topasel® (AIC)
Retraso al empezar con el método	> 5 días	> 1 día	> 1 día	> 8 días
Retraso al comenzar el siguiente envase	> 9 días	> 7 días	> 8 días	> 3 días
Tiempo sin método durante el ciclo	Olvido ≥ 2 días	- > 1 día sin parche - > 2 días de retraso en cambiar un parche por otro	> 3 horas sin anillo	

Comienzo del método en situaciones especiales

Mujer con amenorrea

- Primero descartar embarazo.
- Iniciar AHC en cualquier momento.
- Utilizar otro método (preservativo) durante 7 días.

Cambio de uno a otro anticonceptivo hormonal

Método actual:	Método al que se cambia: AOC - Topasel - Evra - Nuvaring - Cerazet - Depro-progevera - Implante subdérmico
AOC	Como si empezara de nuevo o en cualquier momento del ciclo si ha habido un cumplimiento correcto del método hormonal que está utilizando.
Topasel®	
Evra®	
Nuvaring®	
Cerazet®	
Depo-progevera®	En fecha de la inyección
Implante subdérmico	El día de la extracción

Relación de medicamentos que pueden disminuir la efectividad de la anticoncepción hormonal

	AOC	AIC	Evra	Nuvaring	(PPS)	(IPS)	Implantes
Anticonvulsiantes:							
Hidantoína	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Barbitúricos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Primidona	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Carbamazepina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Oxcarbamazepina	Sí	Sí	Posible	Posible	Posible	No	Sí
Topiramato	Sí	Sí	Posible	Posible	Sí	No	Sí
Felbamato	Sí	Sí	Posible	Posible	Sí	No	Sí
Otros fármacos:							
Rifampicina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Rifabutina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Modafinil	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Hypericum perforatum	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Modafinil	Posible	Posible	Posible	Posible	Sí	No	Sí
Hipericum perforatum	Sí	Sí	Sí	Posible	Posible	No	Posible
Ritonavir	Sí	Sí	Sí	Posible	Posible	dudas	Sí
Nelfinavir	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	dudas	Sí
Lopinavir/ritonavir	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	dudas	Sí
Nevirapina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	dudas	Sí

2. Ciclo menstrual:

Se produce una hemorragia por privación durante la semana de descanso o durante la toma de las píldoras placebo. Comienza a los 2-3 días del último comprimido activo. Habitualmente es escasa y no asociada a dolor.

Existe protección anticonceptiva durante la semana de descanso o coincidiendo con la toma de las píldoras placebo.

3. Efectos secundarios:

Aparecen principalmente durante los tres primeros meses:

- Náuseas, vómitos.
- Mareos.
- Cefalea.

- Mastalgia.
- Sangrados y/o hemorragia por disrupción.
- Ausencia de hemorragia por privación.
- Inapetencia sexual.
- Alteración del carácter.

Si aparece alguno de estos síntomas en este periodo de tiempo, se debe tranquilizar a la usuaria.

Con los preparados de 15µg y 20µg de etinilestradiol (EE) las náuseas, vómitos, cefalea y mastalgia son menos frecuentes.

Con los preparados de 15µg y 20µg de EE, los sangrados intermenstruales y la ausencia de hemorragia por privación son más habituales.

4. Control de los efectos secundarios:

Cefalea:

Durante los tres primeros meses es normal su aparición y es importante tranquilizar a la usuaria. En mujeres que presentan cefalea hay que observar la posible evolución de la misma a migraña y contra indicar el método si se da el caso.

Alteración del carácter:

- Investigar un origen anterior al uso de la anticoncepción hormonal combinada.
- Investigar otras causas (depresión, exceso de trabajo, estrés, malas relaciones de pareja).
- Valorar un posible rechazo del método.
- Si este efecto secundario repercute en sus relaciones personales, se debe suspender el anticonceptivo.
- Si la mujer desea anticoncepción hormonal puede probar con otros preparados y observar la evolución de los síntomas.
- Si persiste sin tomar anticoncepción hormonal recomendar consulta psicológica.

5. Interacciones con medicamentos:

La interacción se realiza por inducción de las isoenzimas del citocromo P450

Son limitados los datos sobre la interacción de la AHC y los antirretrovirales

Se debe utilizar otro método anticonceptivo coincidiendo con la toma de estos medicamentos y durante el mes siguiente a terminar el tratamiento.

6. Anticoncepción hormonal y alteraciones analíticas:

1. Alteraciones del perfil lipídico: tener en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y seguir el siguiente protocolo (tabla 1).
2. Cifras elevadas de triglicéridos (tabla 2)
3. Cifras elevadas de transaminasas: Suspender AHC, investigar la causa y reiniciar la AHC una vez pasado el proceso.

**Anticoncepción hormonal combinada:
1. Anticoncepción oral combinada - AOC**

Criterios de elección:

- Dosis de Etinilestradiol (EE) que contiene el preparado.
- La evidencia científica disponible actualmente no muestra diferencias significativas entre los preparados de 30µg, 20µg y 15µg de etinilestradiol.
- Con los preparados de 15µg de etinilestradiol el control del ciclo es peor.
- Por tanto elegir indistintamente entre preparados de 30µg y 20µg (ver cuadro de anticonceptivos orales combinados).
- Tipo de gestágeno:
 - Los gestágenos Levonorgestrel, gestodeno, desogestrel y norgestimato derivan de la 19-nortestosterona. De todos ellos el levonorgestrel es el que cuenta con más información de seguridad.
 - El gestágeno Drospirenona, deriva de la 17alfa espirolactona, tiene una acción antimineralocorticoide que se manifiesta en un leve efecto diurético.
 - El gestágeno Clormalidona se diferencia de los otros gestágenos en que deriva de la 17-hidroxiprogesterona.
- Precio.

Normas de uso:

- Se comienza con la píldora el primer día de la regla.
- Se debe elegir el mismo momento del día para tomarla (mañana, mediodía o noche).
- Toma diaria y descanso 6 ó 7 días dependiendo del preparado.
- El siguiente envase se comienza a los 7 u 8 días

Tabla 1. Anticoncepción Hormonal Combinada y LDL-colesterol

Cifras de LDL (mg/dl)	Factores de riesgo	Anticoncepción Hormonal Combinada
< 130	0	Indicada
130-160	Edad < 35 años 2 ó más	Indicada + Dieta
	Edad > 35 años 0-1*	Indicada + Dieta
160-189	Edad < 35 años 0-1	Indicada + Dieta (control en 4-6 meses)
	Edad > 35 años	Contraindicada
> 190		Contraindicada
* Mujer > 35 años con 2 o más factores de riesgo		Contraindicada

Factores de RCV:

- Historia familiar de enfermedad coronaria prematura.
- Tabaquismo.
- HTA.
- Obesidad.
- Diabetes.
- HDL < 35 mg/dl.
- Enfermedad CV previa.

Tabla 2. Anticoncepción Hormonal Combinada y Triglicéridos

Triglicéridos (mg/dl)	Recomendación
500-1000	Suspender AHC
> 1000	Suspender AHC
Origen endógeno	Contraindicada

de haber terminado el anterior, si no tiene comprimidos placebo, o después de los comprimidos placebo si es un preparado que los tiene.

Excepciones al uso habitual:

- Se puede comenzar a tomar la píldora por primera vez en los primeros 5 días del ciclo.
- Se puede retrasar el comienzo del siguiente en-

Anticonceptivos orales combinados (AOC): Características y criterios de elección

Nombre comercial	Dosis de EE (µg)	Tipo gestágeno	Precio (€)/1 envase	Tipo de ciclo	Presentación (comp)
Gracial	40/30	Desogestrel	10,38	Combifásico	22 comp. activos
Triciclor	30/40	Levonorgestrel	6,87	Trifásico	21 comp activos
Triagynon	30/40	Levonorgestrel	7,99	Trifásico	21 comp activos
Trigynovin	30/40	Gestodeno	7,98	Trifásico	21 comp activos 3x21
Triminulet	30/40	Gestodeno	7,89	Trifásico	21 comp activos 3x21
Ovoplex 30/150**	30	Levonorgestrel	1,69	Monofásico	21 comp activos
Gynovin	30	Gestodeno	7,98	Monofásico	21 comp activos 3x21
Minulet	30	Gestodeno	7,99	Monofásico	21 comp activos
Microdiol	30	Desogestrel	8,43	Monofásico	21 comp activos
Yasmin	30	Drospirenona	10,80	Monofásico	21 comp activos
Yasmin diario	30	Drospirenona	9,97	Monofásico	21 comp activos +7comp placebo
Belara	30	Clormadinona	10,89	Monofásico	21 comp activos 3x21
Edelsin	35	Norgestimato	9,87	Monofásico	21 comp activos
Loette	20	Levonorgestrel	10,68	Monofásico	21 comp activos 3x21
Loette diario	20	Levonorgestrel	10,54	Monofásico	21 comp activos +7comp placebo 3x28
Suavuret	20	Desogestrel	9,99	Monofásico	21 comp activos 3x21
Harmonet	20	Gestodeno	9,77	Monofásico	21 comp activos 3x21
Meliane	20	Gestodeno	9,87	Monofásico	21 comp activos 3x21
Meliane diario	20	Gestodeno	9,97	Monofásico	21 comp activos +7comp placebo 3x28
Minesse	15	Gestodeno	10,46	Monofásico	24 comp activos +4comp placebo 3x28
Melodene-15	15	Gestodeno	9,87	Monofásico	24 comp activos +4comp placebo 3x28

Elección de la anticoncepción oral combinada:

Comienza por primera vez con el método:	La elección se realizará teniendo en cuenta la dosis de estrógeno, tipo de gestágeno y precio del preparado.
Usuaría actual:	<ul style="list-style-type: none"> • Si toma AOC > 30µg de EE -> cambiar de preparado siguiendo los criterios de elección. • Si toma AOC ≤ 30 µg tiene buena tolerancia -> Continuar con ese preparado.
Antigua usuaria:	Prescribir un preparado distinto al que tomaba, si tenía efectos secundarios con él.

vase un día (9º día), si el retraso es de 2 o más días utilizar otro método (preservativo) durante 7 días.

- Se puede comenzar a tomar la píldora por primera vez en cualquier momento del ciclo, si hay seguridad de que no ha habido riesgo de embarazo. Deberá utilizar otro método (preservativo) durante 7 días.
- Si se cambia a un preparado de menos dosis de EE informar de la aparición de sangrados intermenstruales o ausencia de hemorragia por privación

sobre todo durante los tres primeros ciclos.

Efectos secundarios: su control.

La cefalea, alteración del carácter, inapetencia sexual están descritas en características comunes de los anticonceptivos hormonales combinados.

Alteraciones del ciclo: el control del ciclo se puede alterar en forma de sangrados irregulares, hemorragia por disrupción y ausencia de hemorragia por privación.

- Sangrado = sangrado esporádico y escaso, lo refiere la mujer como "flujo sanguinolento" también llamado "spotting".
- Hemorragia por disrupción = Sangrado que lo describen en cantidad similar a una menstruación.
- Ausencia de hemorragia por deprivación = coincidiendo con los 6-7 días de descanso o con la toma de las píldoras placebo.

Para resolver estos problemas debemos saber:

- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando.
 - ¿Ha realizado la toma diariamente?
 - ¿Ha habido olvidos durante el ciclo?
 - ¿Ha habido vómitos y/o diarrea durante el ciclo?
 - ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?
- Respuesta: Si ha habido un cumplimiento inadecuado y no se produce hemorragia por deprivación en ese ciclo hay que hacer un test de embarazo y suspender la AOC.
- El tiempo que lleva tomando la píldora.
- Respuesta: Si ocurren las alteraciones del ciclo durante los tres primeros meses hay que tranquilizar a la usuaria.
- El preparado que toma.
- Respuesta:- Con los preparados de 15µg y 20µg de etinilestradiol pueden ser más frecuente.
- La frecuencia con la se presenta la alteración del ciclo.
- Respuesta: Si no hay riesgo de embarazo y es poco frecuente hay que tranquilizar a la mujer.
- Si los sangrados irregulares, la hemorragia por disrupción y la ausencia de hemorragia por deprivación son frecuentes:
 - Cambiar a preparados que contengan una dosis mayor de etinilestradiol.
 - Si le ocurre con preparados de 30µg de etinilestradiol, cambiar a un preparado de gestágeno diferente o cambiar a Gracial.
- Si a pesar del cambio de preparado, persisten los sangrados irregulares y la hemorragia por disrupción, es necesario descartar problemas ginecológicos y valorar la indicación de la anticoncepción hormonal.

Información a dar sobre el método.

- Cuándo debe comenzar por primera vez.
- Momento del día que debe tomarla.
- Comienzo de los siguientes envases.
- Cuando ocurrirá la hemorragia por deprivación.
- Información de los efectos secundarios más comunes.

Anticoncepción hormonal combinada: 2. Parche transdérmico (Evra®)

Contiene 0,6mgr. de Etinilestradiol (EE) y 6 mgr. de norelgestromina (NGMN) gestágeno de tercera generación. Libera diariamente 20mgr de EE y 150mgr de NGMN.

Normas de uso:

- El primer día de la regla se coloca el parche presionando sobre la piel sana, limpia, intacta, seca, sin vello ni cremas de las siguientes zonas anatómicas: Nalgas - Brazo - Hombro - Abdomen.
- Se cambia el parche cada 7 días coincidiendo siempre en el mismo día de la semana, hasta un total de 3 parches por ciclo.
- Se quita el último parche y se deja una semana de descanso.
- Pasados 7 días de descanso se coloca un nuevo parche para iniciar otro ciclo.
- Siempre coincidirá la colocación y la retirada del parche el mismo día de la semana.
- Los parches siguientes se colocaran en diferente sitio sin que sea necesario cambiar la zona anatómica.

Excepciones al uso habitual:

- Se puede prolongar el uso de los parches hasta 6 semanas enlazando un ciclo con otro sin realizar descanso.
- No deben de pasar más de 7 días sin parche.

Efectos secundarios: su control.

Alteraciones del ciclo: La experiencia actual permite afirmar que hay un buen control del ciclo con este método.

Si presenta sangrados intermenstruales, hemorragia por disrupción o ausencia de hemorragia por deprivación hay que conocer:

- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando.
 - ¿Ha comenzado el ciclo en el día correcto?
 - ¿Ha estado sin parche más de 1 día durante el ciclo?
 - ¿Ha retrasado el cambio de un parche por otro más de 2 días?
 - ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?
- Respuesta: Si ha habido un cumplimiento inadecuado y no se produce hemorragia por deprivación en ese ciclo hay que hacer un test de embarazo y suspender la anticoncepción hormonal.
- El tiempo que lleva utilizando el método.

¿Qué hacer en caso de...?

Situaciones	Actuación
Olvido de 1 píldora activa	Tomarla en el momento y continuar tomando las siguientes como siempre.
Olvido de ≥ 2 píldoras activas	Continuar tomando las píldoras que quedan en el envase y utilizar otro método (preservativo) durante siete días, existe riesgo de embarazo.
Vómito ≤ 2 horas	Tomar otra píldora de un envase nuevo (existe el riesgo de haber expulsado la píldora con el vómito).
Vómitos severos > 24 horas	Suspender la anticoncepción hasta que cese el proceso.
Diarrea severa > 24 horas	
Toma de medicamentos	Informar al médico para que descarte interacciones.

Respuesta: Si ocurren las alteraciones del ciclo durante los tres primeros meses hay que tranquilizar a la mujer.

- La frecuencia con la se presenta la alteración del ciclo.

Respuesta: Si no hay riesgo de embarazo y es poco frecuente hay que tranquilizar a la mujer.

Información a dar sobre el método.

- Cuándo debe comenzar por primera vez.
- Dónde debe colocarse el parche.
- Cuándo debe realizar el cambio del parche.
- Cuándo ocurrirá la hemorragia por privación.
- Cuándo debe comenzar los siguientes ciclos.
- Informar de los efectos secundarios más comunes.

- ¿Ha estado sin anillo más de 3 horas durante el ciclo?
- ¿Ha retrasado la extracción del anillo más de 2 días durante el ciclo?
- ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?

Respuesta: Si ha habido un cumplimiento inadecuado y no se produce hemorragia por privación en ese ciclo hay que hacer un test de embarazo y suspender la anticoncepción hormonal.

- El tiempo que lleva utilizando el método.

Respuesta: Si ocurren las alteraciones del ciclo durante los tres primeros meses hay que tranquilizar a la mujer.

- La frecuencia con la se presenta la alteración del ciclo.

¿Qué hacer en caso de...?

Situaciones	Actuación
Se despega el parche durante ≤ 24 horas	Se pega el actual o se cambia por otro.
Se despega el parche durante > 24 horas	Se pone uno nuevo y se comienza un nuevo ciclo utilizando otro método 7 días.
Se retrasa el cambio del parche ≤ 48 horas	Colocar uno nuevo.
Se retrasa el cambio del parche > 48 horas	Se pone uno nuevo y se comienza un nuevo ciclo utilizando otro método 7 días.
Retraso en el inicio del ciclo	Poner el parche en ese momento y utilizar otro método 7 días.
Retraso en quitar el último parche	Quitarlo y respetar el día de inicio del ciclo.
Toma de medicamentos	Informar al médico para que descarte interacciones.

Anticoncepción hormonal combinada: 3. Anillo vaginal (Nuvaring®)

Contiene Etinilestradiol + Etonogestrel (2,7 mg de etinilestradiol y 11,7 mg de etonogestrel). Libera diariamente en vagina 15 mg de etinilestradiol y 120 mg de etonogestrel.

Normas de uso:

- Se introduce el anillo en la vagina el primer día de la regla.
- Se mantiene en la vagina durante 3 semanas.
- Se está sin anillo 7 días durante los cuales se produce la hemorragia por privación.
- Después de los 7 días sin anillo se coloca otro en la vagina para comenzar un nuevo ciclo.
- Debe coincidir la colocación y la extracción del anillo en el mismo día de la semana.
- El anillo no debe estar fuera de la vagina más de 3 horas. Si se expulsa, se lava con agua fría o tibia (no agua caliente) y se introduce de nuevo en la vagina.
- Excepciones al uso habitual:
 - Se puede prolongar el uso del anillo 2 días de las tres semanas establecidas.
 - No deben de pasar más de 8 días sin anillo.

Efectos secundarios: su control.

Alteraciones del ciclo: La experiencia actual permite afirmar que hay un buen control del ciclo con este método.

Si presenta sangrados intermenstruales o hemorragia por disrupción hay que conocer:

- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando:
 - ¿Ha colocado el anillo el día que le correspondía durante el ciclo?

Respuesta: Si no hay riesgo de embarazo y es poco frecuente hay que tranquilizar a la mujer.

Si las alteraciones del ciclo son frecuentes y resultan molestas cambiar de método hormonal.

Relacionados con la vía de administración:

- Sensación de cuerpo extraño: valorar otra vía de administración.
- Problemas en el coito: valorar otra vía de administración.
- Expulsión.

Información a dar sobre el método.

- Cuándo debe ponerse el anillo por primera vez.
- Dónde debe colocarse el anillo.
- Cuándo debe extraerlo.
- Cuándo ocurrirá la hemorragia por privación.
- Cuándo debe comenzar el siguiente ciclo.
- Informar de los efectos secundarios más comunes.

¿Qué hacer en caso de...?

Situaciones	Actuación
Retraso de inicio del ciclo	Poner el anillo en ese momento y utilizar otro método 7 días.
Más de 3 horas sin anillo	
Retraso > 2 días en retirar el anillo	Retirarlo en ese momento y respetar el día de inicio del ciclo
Toma de medicamentos	Informar al médico para que descarte interacciones.

¿Qué hacer en caso de...?

Situaciones	Actuación
Retraso de la reinyección >3 días	Poner la inyección y utilizar otro método durante 7 días.
Toma de medicamentos	Informar al médico para que descarte interacciones.

Anticoncepción hormonal combinada: 4. Anticoncepción inyectable combinada - AIC (Topasel®)

Vía de administración especialmente útil en caso de dificultades para el cumplimiento de los otros anticonceptivos hormonales combinados. Topasel, presentación 1 y 3 ampollas. Financiado por la SS.

Normas de uso:

- Inyección IM el 7º u 8º día de la menstruación.
- Administración mensual.
- Excepciones al uso habitual:
 - Se puede poner la inyección 3 días antes o 3 días después del día que le corresponde.

Efectos secundarios: su control.

Alteraciones del ciclo: Si presenta sangrados intermenstruales o hemorragia por disrupción hay que conocer:

- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método

preguntando.

- ¿Le han puesto la inyección el día correcto del ciclo?
- ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?

Respuesta: Si ha habido un cumplimiento inadecuado y no se produce hemorragia por privación en ese ciclo hay que hacer un test de embarazo y suspender la anticoncepción hormonal.

- El tiempo que lleva utilizando el método.
Respuesta: Si ocurren las alteraciones del ciclo durante los tres primeros meses hay que tranquilizar a la mujer.
- La frecuencia con la se presenta la alteración del ciclo.
Respuesta: Si no hay riesgo de embarazo y es poco frecuente hay que tranquilizar a la mujer. Si las alteraciones del ciclo son frecuentes y resultan molestas cambiar de método hormonal.

Información a dar sobre el método.

- Cuándo debe comenzar con el método por primera vez.
- Cuándo debe ponerse la inyección los siguientes meses.
- Informar de los efectos secundarios más comunes.

Anticoncepción hormonal de progestágeno solo

Anticoncepción hormonal de progestágeno solo. Clasificación.

Vía de administración	Nombre comercial	Pauta administración	Precio (€)/Financiado SS
Oral (píldora)	Cerazet	Diaria	5,65 /SS
IM (inyectable)	Depo-progevera 150	Trimestral	2,50 /SS
Subdérmica (implante)	Implanon/Jadelle	3 años/5 años	158,9 /SS*
Intraútero (DIU)	Mirena	5 años	167,98 **

Criterios de elegibilidad, categorías 4 y 3: contraindicaciones absolutas y relativas

Categoría 4 Contraindicación Absoluta	Categoría 3 Contraindicaciones Relativas
Tumor maligno de mama	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia < 6 semanas post-parto. • Tumor hepático (benigno o maligno). • Enfermedad hepática aguda. • Cirrosis severa. • Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual. • Enfermedad isquémica coronaria pasada o actual. • Historia de accidente cerebrovascular. • Migraña focal. • Cáncer de mama pasado sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años <p>Contraindicaciones que afectan al inyectable de progestágeno solo e implante subdérmico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal pendiente de evaluación <p>Contraindicaciones que afectan al inyectable de progestágeno solo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión severa (>160/100 mm Hg) • Hipertensión con enfermedad vascular • Diabetes con complicaciones vasculares • Diabetes de >20 años de duración • Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA)

Tabla 3. Clasificación

	Cerazet® (PPS)	Depoprogevera® (IPS)	Implanon	Jadelle
			Implantes subdérmicos	
Inicio	1º día de la regla	1º- 5º día de la regla	1º-5º día de la regla	1º-7º día de la regla
Momento del día que se administra	Mañana, mediodía o noche	Indiferente	Indiferente	
Pauta	Diaria	Trimestral	Trienal	Quinquenal
Descanso	No	No	No	
Patrón de sangrado	Sangrado irregular e impredecible. Sangrado prolongado. Tendencia a la amenorrea.			
Envases sucesivos	Toma continua	Cada 3 meses	Cada 3 años	
Presentación	28 comp/mes	1 amp/3 meses	1 implante/3 años	

Tabla 4. Comienzo del método en situaciones especiales:

Mujer con amenorrea

Comenzar con la anticoncepción hormonal de progestágeno solo en cualquier momento, descartando un embarazo y utilizando otro método (preservativo) durante 7 días.

Cambio de uno a otro anticonceptivo hormonal

Método actual:	Método al que se cambia: Cerazet - Depro-progevera - Implanon
AOC	Como si empezara de nuevo o en cualquier momento del ciclo si ha habido un cumplimiento correcto del método hormonal que está utilizando.
Topasel®	
Evra®	
Nuvaring®	

Tabla 5. Situaciones de uso incorrecto que obligan a utilizar otro método durante 7 días

	Cerazet®	Depo-progevera®	Implanon®
Retraso al empezar con el método	> 1 día	> 5 días	> 5 días
Retraso al comenzar el siguiente ciclo		> 15 días	
Tiempo sin método durante el ciclo	> 12 horas		

Características comunes de los anticonceptivos hormonales de progestágeno solo:

Son de elección en caso de contraindicaciones o intolerancia al componente estrogénico de los anticonceptivos hormonales combinados.

- Tensión mamaria.
- Náuseas.
- Acné.
- Hirsutismo.
- Nerviosismo e irritabilidad.

1. Normas de uso (Tablas 3, 4 y 5)**2. Ciclo menstrual:**

Con estos preparados se produce un cambio en el patrón de sangrado. Los diferentes patrones de sangrado pueden darse cada uno de ellos de forma aislada o coincidir varios patrones de sangrado a la vez:

- Sangrado irregular, impredecible y habitualmente escaso.
- Sangrado prolongado y habitualmente escaso.
- Amenorrea, tendencia habitual con este método.
- Sangrado menstrual regular de cantidad escasa.

Es muy importante que la mujer este informada y acepte el patrón de sangrado que provoca la anticoncepción de progestágeno solo.

3. Efectos secundarios:

Suelen ser más frecuentes en los primeros meses.

- Cefalea.

4. Control de los efectos secundarios:

- Los cambios en el patrón de sangrado si no son aceptados, obligan a cambiar de método anticonceptivo (recordar que durante los tres primeros meses es más frecuente).
- Si se diagnostica migraña sin síntomas focales hay que vigilar:
 - Aumento de los síntomas.
 - Cambios del patrón clínico.
- Suspender la anticoncepción si aparece migraña con síntomas focales.

5. Interacciones con medicamentos:

[Ver tabla pág. 3]

6. Alteraciones analíticas y Anticoncepción de progestágeno solo:

Si cifras de transaminasas elevadas: suspender AH, investigar la causa e iniciar la AH pasado el proceso.

¿Qué hacer en caso de...?

Situaciones	Actuación
Olvido >12 horas:	Tomar la píldora olvidada y utilizar otro método (preservativo) durante 7 días.
Vómito < 2 horas:	Tomar otra píldora (existe el riesgo de haber expulsado la píldora con el vómito).
Vómitos severos > 12 horas:	Suspender la anticoncepción hasta que cese el proceso.
Diarrea severa > 12 horas:	Suspender la anticoncepción hasta que cese el proceso.
Toma de medicamentos:	Informar al médico para que descarte interacciones.

Si ocurre alguna circunstancia de las citadas anteriormente y no ha utilizado otro método, hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso.

Anticoncepción hormonal de progestágeno solo: 1. Píldora de Progestágeno Solo - PPS (Cerazet®)

Presentación: Cerazet 28 comprimidos, envases de 1 y de 3. Cobertura SS.

Normas de uso:

- Debe comenzar el primer día de la menstruación.
- Tomar 1 comprimido de Cerazet, diariamente, de forma ininterrumpida.
- Elegir el mismo momento del día para tomar la píldora.

Información a dar sobre el método.

- Cuándo debe comenzar por primera vez.
- Cómo debe tomar la píldora.
- Momento del día que debe tomarla.
- Informar de los cambios del patrón de sangrado.
- Informar de los efectos secundarios más comunes.

Anticoncepción hormonal de progestágeno solo:

2. Inyectable de Progestágeno Solo - IPS (Depo-progevera® 150)

Presentación: Depo-progevera 150 mg, 1 ampolla. Cobertura SS.

Normas de uso:

- Inyección IM entre el 1º y 5º día de la menstruación.
- Administración trimestral.
- Excepciones al uso habitual:
 - Se puede poner la inyección 15 días antes o 15 días después del día que le corresponde.

Este método es diferente a los otros porque:

- Al suspender este método puede retrasarse la fertilidad entre 6 y 10 meses.
- Con este método se puede producir un aumento ligero de peso.

Información a dar sobre el método:

- Cuándo debe comenzar por primera vez.

- Cuándo debe ponerse las siguientes inyecciones.
- Informar de los cambios del patrón de sangrado.
- Informar de los efectos secundarios más comunes.

3. Implante subdérmico

Implanon®

Una varilla que contiene 68mg. de etonogestrel, gestágeno de 3ª generación. La tasa de liberación del etonogestrel varía de 70mg a 25mg día desde el día de la inserción hasta el final del tercer año. Presentación: Implanon®, implante subdérmico, duración 3 años.

Jadelle®

Dos varillas que contiene cada una 75mg de levonorgestrel, gestágeno de 2ª generación. La tasa de liberación de levonorgestrel varía de 100mg a 25mg día desde la inserción hasta el final del quinto año.

Jadelle®, implantes subdérmicos, duración 5 años

En mujeres menores de 40 años que pesen ≥ 80Kg debe extraerse el implante al completar 4 años de uso por que está reducida la eficacia del método.

Normas de uso:

- Se coloca Implanon entre el 1º y 5º día y Jadelle entre el 1º y 7º día de la menstruación.
- Se realiza la colocación en la cara interna del brazo.

Control de efectos secundarios:

Los sangrados de cantidad variable coinciden sobre todo durante el primer año de la inserción.

Información a dar sobre el método:

- Cuándo le deben colocar el implante.
- Dónde se le coloca.
- Tiempo de duración.
- Informar de los cambios del patrón de sangrado.
- Informar de los efectos secundarios más comunes.
- Informar de las complicaciones de la inserción: hematoma, dolor e irritación locales.

¿Qué hacer en caso de...?

Situaciones	Actuación
Retraso >15 días en la inyección:	Ponerla y utilizar otro método anticonceptivo durante 7 días.
Se desconoce el tiempo transcurrido desde la última inyección:	Descartar embarazo, poner inyección y utilizar otro método 7 días.

Si ocurre alguna circunstancia de las citadas anteriormente y no ha utilizado otro método, hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso.

¿Qué hacer en caso de...?

Situaciones**Actuación**

Toma de medicamentos:

Informar al médico para que descarte interacciones.

Si ocurre alguna circunstancia de las citadas anteriormente y no ha utilizado otro método, hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso.

Relación de Anticonceptivos Hormonales

Anticonceptivos Hormonales: Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Nombre Comercial	Dosis/Tipo de gestágeno	Presentación (compr o grageas)
1. Preparados con 50 µg de Etinilestradiol:		
Neogynona®	250 µg de Levonorgestrel	21 activos
Ovoplex®		
2. Preparados con 30 µg de Etinilestradiol:		
Microdiol®	150 µg de Desogestrel	
Gynovin®	75 µg de Gestodeno	
Minulet®	75 µg de Gestodeno	
Microgynon®	150 µg de Levonorgestrel	
Ovoplex® 30/150 (cobertura ss)	150 µg de Levonorgestrel	
Yasmin®/Yasmin diario	3 mg de Drospirenona	21 grageas activas amarillas + 7 grageas placebo blancas
Belara	2mg Acetato de clormadinina	21 grageas activas amarillas + 7 grageas placebo blancas
Edelsin (contiene 35µg de etinilestradiol)	250 µg Norgestimato	
3. Preparados con 20 µg de Etinilestradiol:		
Suavuret®	150 µg de Desogestrel	
Harmonet®	75 µg de Gestodeno	
Meliane® /Meliane diario		21 grageas activas amarillas + 7 grageas placebo blancas
Loette® /Loette diario	100 µg de Levonorgestrel	21 grageas activas amarillas + 7 grageas placebo blancas
4. Preparados con 15 µg de Etinilestradiol:		
Minesse®	60 µg de Gestodeno	24 activos + 4 placebos
Melodene®-15		
5. Preparados trifásicos con gestágenos de 2ª generación:		
Triagynon®	<ul style="list-style-type: none"> • 6 gg con 30 µg Etinilestradiol + 50 µg de Levonorgestrel. • 5 gg con 40 µg Etinilestradiol + 75 µg de Levonorgestrel. • 10 gg con 30 µg Etinilestradiol + 125 µg de Levonorgestrel. 	
Triciclor®		
6. Preparados trifásicos con gestágenos de 3ª generación:		
Trigynovin®	<ul style="list-style-type: none"> • 6 gg con 30 µg Etinilestradiol + 50 µg de Gestodeno. • 5 gg con 40 µg de Etinilestradiol + 70 µg de Gestodeno. • 10 gg con 30 µg de Etinilestradiol + 100 µg de Gestodeno. 	
Triminulet®		
7. Preparados combifásicos:		
Gracial®	<ul style="list-style-type: none"> • 7 compr azules con 40 µg Etinilestradiol + 25 µg de Desogestrel. • 15 compr blancos con 30 µg Etinilestradiol + 125µg de Desogestrel. 	

Anticonceptivos Hormonales: Anticonceptivos orales de progestágeno sólo

Nombre Comercial	Dosis/Tipo de gestágeno	Presentación (compr o grageas)
Cerazet® (Cobertura SS)	75 µg de Desogestrel	28 activos
Norlevo® (Tto postcoital)	750 µg de Levonorgestrel	2 activos
Postinor® (Tto postcoital)		

Anticonceptivos Hormonales: Anticonceptivos hormonales inyectables

1. Inyectable combinado:

Topasel® (Cobertura SS)	Enantato de Estradiol 10 mg + Acetofénido de algestona 150 mg.
-------------------------	--

2. Inyectable de progestágeno solo:

Depo-progevera® 150 (Cobertura SS)	Acetato de MedroxiProgesterona 150 mg.
------------------------------------	--

Anticonceptivos Hormonales: Otras vías de administración

Evra® parche transdérmico	Etinilestradiol 600 µg + 6 mg de Norelgestromina.	3 y 9 parches
Nuvaring® anillo vaginal	Etinilestradiol 2,7 mg + 11,7 mg Etonogestrel	1 anillo
Implanon® implante subdérmico	68 mg de Etonogestrel.	1 implante
Jadelle®	2 implantes subdérmicos= 75 mg. de levonorgestrel cada implante. Cobertura SS	2 implantes

Anticoncepción de emergencia o postcoital**Anamnesis:**

- Fecha de la última regla.
- Características de normalidad de la última menstruación.
- Tipo de ciclo menstrual.
- Número de horas transcurridas desde el coito de riesgo hasta el momento de la consulta.
- Existencia de coitos anteriores al de la consulta sin protección.
- Toma de medicamentos que puedan disminuir la eficacia de la AH.
- Valorar la existencia de contraindicaciones.

Con estos datos se calcula el momento del ciclo (periodo fértil) en el que ha coincidido el coito de riesgo.

Tratamiento:

- Si no aparece la menstruación pasados 21 días desde la toma de la píldora postcoital, debe hacer un test de embarazo.
- Si han existido coitos sin protección anteriores al de la consulta, existe la posibilidad de que no resulte la anticoncepción de emergencia, ya que puede haber embarazo previo.

Datos de interés:

- La eficacia de ambas pautas es máxima cuando se inicia el tratamiento en las primeras 12 horas después del coito de riesgo. La tasa de embarazo se va incrementando un 50% cada 12 horas de retraso en el inicio de la toma.
- Se puede prescribir la anticoncepción de emergencia entre las 72 y 120 horas del coito de riesgo, informando a la mujer de la pérdida de eficacia del método según nos alejamos del día del coito.
- Si esta muy angustiada se debe prescribir la anticoncepción postcoital aunque el coito no haya co-

Pautas de tratamiento

Situaciones	Tratamiento
Coito de riesgo < 72 horas:	Norlevo® o Postinor® 2 comp en dosis única (19,18 €).
Coito de riesgo < 72 horas (Pauta de Yuzpe):	Ovoplex® o Neogynona® 2 comp/12 h/1 día (4,79-4,99 €). (Indicado si existen problemas económicos que impidan realizar la pauta anterior)
Coito de riesgo < 72 horas + Interacción con medicamentos:	<ul style="list-style-type: none"> • Norlevo® o Postinor® 2 comp la primera dosis y 1 comp a las 12 horas; ó • Ovoplex® o Neogynona® 3 comp/12 h/1 día; ó • Inserción de DIU.

Información y asesoramiento:

- Tendrá una hemorragia por privación en la fecha prevista para la menstruación o antes.
- Puede presentar náuseas, vómitos, mastodinia. La pauta de "progestágeno solo" (Norlevo® o Postinor®) es mejor tolerada.

incidido con el periodo fértil.

- Si no se puede prescribir la píldora postcoital y existe un claro riesgo de embarazo, derivarla a un Centro de Orientación Familiar para inserción de DIU en el plazo de 5 días a partir del coito fecundante.

Métodos hormonales y situaciones de uso incorrecto				
Métodos hormonales	Retraso al empezar con el método	Retraso al comenzar el siguiente envase	Tiempo sin método	Retraso por cambiar un parche por otro
AOC®	> 5 días	>9 días	Olvido ≥ 2 días	
Evra®	> 1 día	> 7 días	>1 día sin parche	> 2 días
Nuvaring®	> 1 día	> 8 días	>3 horas sin anillo	
Topasel®	> 8 días	> 3 días		
Cerazet®	> 1 día		>12 horas	
Depo-progevera®	> 5 días	> 15 días		
Implanon®	> 5 días			
Jadelle®	>7 días			

Anticoncepción postcoital en usuarias de anti-concepción hormonal:

Está indicada en aquellos casos que ha habido un mal cumplimiento del método y además ha habido un coito de riesgo de embarazo.

Para indicar la anticoncepción de emergencia hay que tener en cuenta las situaciones de mal cumplimiento y la semana en la que ocurre dicho incumplimiento.

Situaciones de mal cumplimiento:

- Retraso al comenzar por primera vez el método
- Retraso al comenzar el envase siguiente
- Tiempo sin método por olvido o caída del método (parche y anillo vaginal)
- Retraso en el cambio del parche

Indicación de anticoncepción de emergencia en estas situaciones:

- Si hay retraso al comenzar por primera vez -> Postcoital y continuar el ciclo
- Si hay retraso al comenzar el envase siguiente -> Postcoital y continuar el ciclo
- Si tiempo excesivo sin método y retraso en el cambio del parche:
 - Si ocurre en la primera semana -> Postcoital y continuar el ciclo
 - Si ocurre en la segunda semana -> No indicada postcoital
 - Si ocurre en la tercera semana -> hay dos posibilidades, suspender el envase e iniciar un nuevo ciclo el primer día de la menstruación o no hacer descanso y enlazar con otro envase.
- Si olvido de Cerazet >12 horas -> Postcoital y continuar el ciclo
- Si olvido de Cerazet + lactancia materna y menos de 6 meses del parto -> NO Postcoital

Dispositivo intrauterino (DIU)

Requisitos previos a la inserción:

- Conocer:
 - Tipos de DIU que hay en el mercado.
 - Sus contraindicaciones.
 - Normas de uso.
 - Control de los efectos secundarios.
 - Control de las complicaciones
- Realizar:
 - Una anamnesis correcta.
 - Exploración ginecológica.
 - Informar y asesorar de: normas de uso, efectos secundarios y complicaciones del método

Tipos de DIU:

Existen en el mercado dos tipos de dispositivos:

- Uno con estructura de plástico a la que se adapta el hilo de cobre o el reservorio hormonal.
- Otro sin estructura de plástico: este está formado por un hilo de poliuretano al que se adaptan unos cilindros de cobre, además de no tener estructura de plástico posee un sistema de fijación al fondo uterino que le da el nombre de implante intrauterino (IIU) (Gynefix®).
- La superficie de cobre les confiere mayor eficacia y mayor tiempo de uso.
- DIUs de alta carga de cobre son aquellos que poseen una superficie de cobre >300 mm².
- En mujeres mayores de 45 años se puede prolongar el tiempo de uso del DIU hasta la menopausia.

Mirena, el DIU liberador de hormona contiene 52 mg Levonorgestrel y libera 20 mg/día. Está indicado en caso de menorragia idiopática y hemorragia uterina disfuncional. Mejora la dismenorrea.

Contraindicaciones:

Contraindicaciones de los DIUs

Tipo de DIU	Absolutas	Relativas
Liberador de cobre y liberador de hormona	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Sepsis puerperal. • Inserción inmediata después de un aborto séptico. • Sangrado vaginal inexplicado. • Cáncer cervical, de endometrio y de ovario pendiente de tratamiento. • EIP actual o en los últimos tres meses. • ETS actual o hace tres meses. • Enfermedad trofoblástica maligna. • Cavidad uterina distorsionada. • TBC pélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Post-parto entre las 48 h. y la 4 semanas. • Riesgo alto de ETS. • VIH, SIDA. • Enfermedad trofoblástica benigna.
Liberador de hormona	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama actual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual. • Enfermedad arterial coronaria pasada o actual. • Migraña focal. • Cirrosis severa. • Tumores hepáticos benignos y malignos. • Hepatitis viral activa.

Tipos de DIU		
Liberador de cobre (Superficie de cobre/mm ²)	Estructura de plástico	Tiempo de uso
380	Sí	10 años
375	Sí	8 años
300-375	Sí/No	5 años
Liberador de hormona (Mirena®) Sí 5 años		

1. Normas de uso:

- Inserción del DIU:
 - Con método anticonceptivo poco seguro: durante la menstruación.
 - Con AH o DIU: con o sin menstruación.
- Extracción del DIU:
 - Si desea embarazo: en cualquier momento del ciclo.
 - Si no desea embarazo:
 - Durante la menstruación.
 - Si no coincide con la menstruación, al menos 4 días después del último coito.
- Si desea cambiar a un método hormonal:
- Coincidiendo con la menstruación se extrae y empieza con el método hormonal.
- Si no coincide con la menstruación se extrae el DIU cuando lleve 7 días con el método hormonal

2. Efectos secundarios

- DIU o IUI liberadores de cobre:
 - Aumento de la cantidad y duración de la menstruación.
 - Sangrados premenstruales y postmenstruales.
 - Sangrados irregulares sobre todo intermenstruales.
 - Aparición o aumento del dolor menstrual.
 - Aumento de la secreción vaginal de características normales.
- DIU liberador de hormona:
 - Sangrado irregular, impredecible y habitualmente escaso.
 - Sangrado prolongado y habitualmente escaso.
 - Amenorrea (habitual con este método).
 - Sangrado menstrual regular de cantidad escasa.
 - Cefalea, mastodinia, hinchazón abdominal, quiste funcional de ovario.

3. Control de los efectos secundarios:

- Metrorragia:
 - Si son sangrados escasos, tranquilizar.
 - Si son abundantes y persistentes:
 - Con DIU de cobre: Amchafibrin 500, 2 comp/3 veces/día durante 4-5 días. Se puede repetir durante 4 o 5 ciclos y si persiste o aumenta de intensidad valorar la continuidad con el DIU.
 - Con DIU hormonal valorar la extracción.
- Hipermenorrea:
 - Amchafibrin 500, 2 comp/3 veces/día desde el comienzo de la menstruación y durante 4-5 días.
 - Analgésicos del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos durante la menstruación.
 - Si persiste, realizar control analítico para descartar anemia ferropénica. Valorar la inserción de un DIU hormonal.
- Dismenorrea:
 - Antiinflamatorios no esteroideos.

- Si persiste, descartar patología ginecológica.

4. Control de complicaciones:

- Expulsión:
 - Se sospecha si:
 - no se ven los hilos guía en cervix uterino.
 - se ven más largos de la longitud de referencia.
 - Hacer ecografía: Si no se ve el DIU en cavidad uterina, hacer una radiografía simple de abdomen para descartar una migración del DIU a cavidad abdominal (excepcional).
 - Si se sospecha o se confirma una expulsión es importante valorar si está indicada la anticoncepción postcoital.
- Colonización por Actinomyces:
 - Colonización = Mujer + DIU + actinomyces + asintomática.
 - Habitualmente el diagnóstico se realiza mediante citología vaginal.
 - NO es necesario extraer el DIU, se extraerá si se sospecha infección pélvica.
- Embarazo:
 - Establecer si es intrauterino o extrauterino:
 - Embarazo intrauterino:
 - Tranquilizar.
 - Control ecográfico y extracción del DIU o IUI si están visibles los hilos guía.
 - Embarazo extrauterino: Derivar a un centro hospitalario.

5. Información y asesoramiento:

- Momento de la inserción.
- Efectos secundarios y complicaciones más comunes.
- Normas postinserción:
 - No coitos vaginales durante 3 días.
 - No tampones durante 3 días.
 - Observar compresas para despistar una posible expulsión.
 - Autocontrol de los hilos después de la menstruación.
 - Recomendar otro método hasta la siguiente revisión.
- Motivos de consulta:
 - Retraso menstrual superior a 15 días en una mujer con ciclos regulares y portadora de DIU de liberador de cobre.
 - Menstruaciones muy abundantes y duraderas.
 - Dolor en hipogastrio intenso y/o dispareunia.
 - Temperatura superior a 37,5°C sin causa que justifique la hipertermia.
 - No se encuentra los hilos al hacer el tacto.

Controles periódicos de las usuarias de anticoncepción

La experiencia confirma que cuando hay una decisión informada del método y una correcta información y asesoramiento del método elegido se reducen las consultas injustificadas.

Una mujer sana en edad fértil debe recibir una:

- Atención inmediata del efecto secundario o complicación que presente con el método.
- Control específico del método anticonceptivo que utiliza.
- Examen de salud ginecológico.

La mujer que presenta patología médica asociada al uso de método anticonceptivo realizará controles relacionados con esa patología.

Controles en usuarias de Anticoncepción Hormonal		
Edad	Periodicidad	Contenido de las revisiones
< 35 años	3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de factores de riesgo. • Valoración de efectos secundarios.
> 35 años	18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar hábitos sexuales.
Si TA > 130/85 mmHg	18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación del uso correcto y aclarar dudas. • Control de TA. • Control de peso si ha habido cambios durante el uso de la anticoncepción hormonal. • Control analítico.

La evidencia científica disponible no justifica la realización de descansos durante el uso de anticonceptivos hormonales.

Controles en usuarias de DIU		
	Periodicidad	Contenido de las revisiones
DIU	A los 2 meses de la inserción	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de factores de riesgo. • Valoración de efectos secundarios y complicaciones.
	Al año de la inserción	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar hábitos sexuales.
	Al cumplir el tiempo de uso reconocido del DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Control de los hilos guía.
	Resto: adaptado al examen de salud ginecológico	

Exámen de salud ginecológico		
Edad	Tipo de exploración	Periodicidad
< 45 años:	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración ginecológica. • Exploración mamaria. • Citología vaginal. 	Cada 3 años.
< 45 años con factores de riesgo:	<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía 	Cada 2 años.
> 45 años:	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración ginecológica. • Exploración mamaria. • Mamografía. 	Cada 2 años.
	<ul style="list-style-type: none"> • Citología vaginal. 	Cada 2-4 años

En mujeres en edad fértil asintomáticas la periodicidad de las revisiones ginecológicas se puede adaptar a los controles de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix y de cáncer de mama.

Si al realizar los controles debemos contraindicar o suspender el método que está utilizando, hay que hablar antes del método alternativo y si es posible instaurarlo.

Anticoncepción post-aborto y post-parto

Anticoncepción post-aborto y post-parto				
	Situación	Métodos		
		Hormonal combinada	Hormonal progestágeno solo	DIU
Post-aborto:	Aborto 1º trimestre	Inmediatamente		Inmediatamente o 1ª menstruación post-aborto.
	Aborto 2º trimestre			1ª menstruación post-aborto.
Post-parto:	Lactancia artificial	21 días post-parto	En cualquier momento	1ª menstruación post-parto
	Lactancia materna	Contraindicada si ≤ 6 meses del parto	6 semanas post-parto	Nunca antes de 4 semanas post-parto (descartar embarazo)

Bibliografía

Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Pharmacokinetic overview of Ortho EvraTM/EvraTM. *Fertil Steril* 2002; 77 (Suppl 2): S3-12.

Actualización del manejo clínico de la Anticoncepción Intrauterina. Conferencia de Consenso. Altea (Alicante) octubre 2001.

Chi I. The TCU380A, MLCu375, and NovaT IUDs and IUD daily releasing 20mg Levonorgestrel-four pillars of IUD contraception for the nineties and beyond?. *Contraception*, 1993; 47(4): 325-347.

Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, Cycle Control, and User Acceptability of a Novel Combined Contraceptive Vaginal Ring. *Obstet Gynecol.* 2002 Sep; 100(3): 585-93.

Farley TMM. Evolución del desempeño del DIU. *Bol Med IPPF* 1997; 31(4): 4.

Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre los Métodos Anticonceptivos Hormonales. *Bol Med IPPF* 2002; 36(5): 1-8.

Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre dosis única de Levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia. *Bol Med IPPF* 2003; 37(3): 3-4.

Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre los dispositivos intrauterinos. *Bol Med IPPF* 200; 37(2): 1-4.

Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción inyectable. *Bol Med IPPF* 1999; 33(2): 1-4.

Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción de emergencia. *Bol Med IPPF* 2000; 34(3): 1-2.

Gupta S. Anticonceptivos orales combinados con dosis muy baja de estrógeno. *Bol Med IPPF* 2003; 37(4): 2-4.

International Study Group on Intrauterine Drug Delivery. The Gynefix implant systems for interval, postabortal and postpartum contraception: a significant advance in long-term reversible contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2(1): 1-15.

López-Arreguá E., Perpiñá Cano J., Álvarez Gonzalez D., Dueñas Díez J. Anticoncepción hormonal oral y alteraciones neurológicas. En *Manual*

de Anticoncepción Hormonal Oral. Zaragoza: INO Reproducciones; 1997: p.381-419.

Office of Population Research, Universidad de Princeton y Association of Reproductive Health Professionals. NOT-2LATE.com [Internet]. Princeton University. [Fecha de acceso 4-12-2003]. Disponible en: <http://ec.princeton.edu/preguntas/secdilantin.html>

Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Conferencia de Consenso. Toledo octubre 1997. Madrid:Aula Médica Ediciones; 2000.

Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes AD et al. Timing of emergency contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353: 721.

Ruano Raviña A. Frecuencia de la exploración pélvica bimanual en mujeres asintomáticas en edad reproductiva. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2003. Serie Avaliación de tecnoloxías. Consultas técnicas: CT 2003/9.

Sociedad Española de Contracepción. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Aranjuez (Madrid); noviembre 2005. [Internet]. SEC [acceso 6 de mayo de 2006]. Disponible en: http://www.inese.es/bss/Documento_Final.pdf

Trieman K, Liskin L, Kols A, Rinehart W. IUDs an update. Baltimore: Johns Hopkins University;1995.(Population Reports,serie B, number 6).

Scout A, Glasier A. Exámenes rutinarios de mama y pélvico antes de prescribir anticoncepción hormonal. *Bol Med IPPF* 2003; 37(1): 1-2.

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.

Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of Levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10.

World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. [Internet]. Geneva: WHO.[Fecha de acceso 6 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health>

Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho EvraTM/EvraTM transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril* 2002; 77 (2 Suppl 2): S13-18.