

# Anticoncepción

Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva  
(P.A.S.A.R.)



Servicio  
Canario de la Salud

► DIRECCIÓN GENERAL DE  
PROGRAMAS ASISTENCIALES

**COORDINACIÓN GRUPO DE TRABAJO PASAR:**

Barata Gómez, Teresa

Cueto Serrano, Mercedes

**GRUPO DE TRABAJO PASAR:**

Alonso Docampo, M<sup>a</sup> Nieves

Gutiérrez Almarza, Miguel Ángel

Barata Gómez, Teresa

Hurtado Rodríguez, Rosaura

De la Huerga Moreno, Santiago

Pérez Macías, Yurena

De la Vega Prieto, Mariola

Quesada López, Alfonso

González Ramos, Asunción

Redondas Marrero, Ricardo.

**COORDINACIÓN GRUPO DE TRABAJO DE ANTICONCEPCIÓN:**

Alonso Docampo, M<sup>a</sup> Nieves

**AUTORES (GRUPO DE TRABAJO ANTICONCEPCIÓN):**

Alonso Docampo, M<sup>a</sup> Nieves

Hurtado Rodríguez, Rosaura

Barata Gómez, Teresa

Pérez Macías, Yurena

González Ramos, Asunción

Redondas Marrero, Ricardo.

**COLABORADORES DEL GRUPO DE ANTICONCEPCIÓN:**

Ascanio Perera, Francisca

Gómez Martín, Milagros

Carrillo Ojeda, Patricia

Izquierdo Mora, M<sup>a</sup> Dolores

García Rodríguez, Juan Rafael

Saavedra Jiménez, M<sup>a</sup> Luisa

**MAQUETACIÓN Y REALIZACIÓN:**

Alonso Docampo, M<sup>a</sup> Nieves

Daute Diseño, S. L.

**EDICIÓN:**

Servicio Canario de la Salud.

Dirección General de Programas Asistenciales.

**LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, ENERO 2005.**

#### COLABORADORES EN LA REVISIÓN

Baena Espinosa, M <sup>a</sup> Elisa	Herrera Espinel, Soraya
Bernal Márquez, Jesús	Maldonado Díaz, Ismael
Castellano Ojeda, M <sup>a</sup> Isabel	Marín Rodríguez, Fernando
Castilla Marrero, Manuel	Martín González, María
Cordero Llamas, Mercedes	Mateos Pérez, Mar
Creus Rey, Beatriz	Medina Ramos, Norberto
De Mulder Ducios, Armando	Mendoza Sánchez, Rita M <sup>a</sup>
Duque Bolívar, Encarnación	Miguel Mitre, Isabel
Fernández Gómez, M <sup>a</sup> Victoria	Nogueroles Laguía, M <sup>a</sup> José
García Almeida, M <sup>a</sup> Esther	Olavarrieta Serrano, M <sup>a</sup> Rosa
García Barroso, Josefina	Ortiz Martínez, Teresa
García Miranda, Laura	Pérez-Jaráiz López-Zaballa, M <sup>a</sup> Dolores
Giménez Capel, María Elena	Prieto Martínez, Mercedes
Gómez Molina, Ángeles	Rico Revuelta, Antonio
González de Chávez Fernández, M <sup>a</sup> Asunción	Rodríguez Morales, Heriberta
González González, Nieves Luisa	Ruiz Suárez, Juana María
Grande Bujequé, Carmelo	Sánchez Iglesias, José Miguel
Henríquez Fernández, Manuel	Tadeo López, María Ángeles
Hernández Berriel, M <sup>a</sup> Begoña	Telletxea Rodríguez, Olga
Hernández Gutiérrez, María Reyes	Toscano Pardo, José Manuel

#### AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a aquellos que desinteresadamente han hecho aportaciones a nuestro trabajo: Jorge Cremades Díaz, Myriam Díaz Sánchez, Nicolás Santana Alonso, Noelia Ayala Rodríguez, Patricia Galdós Arias, Marcos García Domínguez, Teresa Rodríguez Delgado, Víctor Naranjo Sintés, Lourdes Brito González, Dolores Amador Demetrío, Rosa del Valle Álvarez, Javier Maturral Pita, José María Cabrera Hernández, José Luís Doval Conde, Francisco Ramírez Rodríguez y M<sup>a</sup> Ángeles Afonso Pérez.

Queremos agradecer también la colaboración en la distribución del primer borrador del documento para su revisión por los distintos profesionales a las Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Servicios Sanitarios de Canarias, a los Presidentes de las Sociedades Canarias de Medicina Familiar y Comunitaria, de Urología y de Ginecología y Obstetricia, así como a los Jefes de Servicio de Ginecología y Obstetricia y de Urología de los Hospitales de nuestra comunidad.

Y, asimismo, queremos destacar y agradecer la participación del Colectivo Harimaguada de Educación Sexual y del Centro Municipal de la Mujer - Isadora Duncan, aportando comentarios desde el punto de vista de los usuarios.



## PRÓLOGO

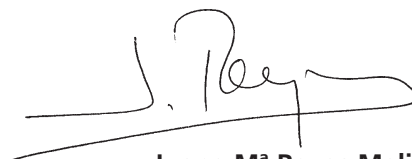
La salud sexual y reproductiva es parte fundamental de la salud general, determina la salud de las personas más allá de su época fértil y tiene claros efectos intergeneracionales (OMS, 1995). En un modelo de atención integral, deben tenerse en cuenta los derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil o condiciones socioeconómicas.

El Servicio Canario de la Salud desde la Dirección General de Programas Asistenciales ha iniciado la revisión y actualización del antiguo Programa de la Mujer, que pasará a denominarse Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (**PASAR**), puesto que incluye a la población femenina y masculina de nuestra comunidad desde el inicio de la fertilidad, contemplando no sólo los diferentes cambios en la práctica clínica, sino también las nuevas necesidades de la población, las nuevas tecnologías que se han ido incorporando a la práctica asistencial y otros aspectos relevantes que no se incluyeron en la primera edición del programa.

Dadas las novedades acontecidas en el campo de la anticoncepción y la importancia social y sanitaria que tiene el abordaje del embarazo no deseado, el disminuir la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo y la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, se ha priorizado la actualización en contracepción y su publicación posterior.

La oferta de este servicio se dirige a los dos integrantes de la pareja y merecen especial dedicación y tratamiento los grupos de riesgo social, los discapacitados, los enfermos mentales y, sobre todo, los jóvenes, ya que los embarazos no deseados y la interrupción de los mismos tienen repercusiones negativas en cualquier grupo de edad, pero de manera especialmente grave en adolescentes, entre quienes la fecundidad supone un riesgo añadido, destacando de entre todas las posibles consecuencias: los riesgos para la salud de la embarazada, como consecuencia de la falta de madurez fisiológica; la deserción y el fracaso escolar, ante las nuevas responsabilidades y frustraciones; y, en consecuencia, un futuro en condiciones más desfavorables.

Este documento pretende informar y favorecer la accesibilidad de la población a los servicios de anticoncepción de forma personalizada, a la vez que orientar a los profesionales de la salud en la prescripción y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos, haciendo especial énfasis en aspectos prácticos de la recogida de datos clínicos, en las dudas y situaciones especiales que se encuentran en las consultas y en los grados de evidencia científica de que disponemos para realizar dichas recomendaciones.



**Juana Mª Reyes Melián.**

Directora General de Programas Asistenciales.



<b>ÍNDICE DE ANTICONCEPCIÓN</b>	
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>7</b>
<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>9</b>
<b>CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>SITUACIÓN EN CANARIAS</b> .....	<b>12</b>
<b>ACTIVIDADES EN ANTICONCEPCIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b> .....	<b>19</b>
• Clasificación .....	22
• Eficacia, Descripción y Dinámica Asistencial .....	22
- Métodos Naturales .....	23
- Coitus Interruptus .....	25
- Métodos de Barrera .....	25
- Métodos Hormonales no intrauterinos .....	29
- Métodos Intrauterinos .....	42
- Esterilización Quirúrgica .....	48
<b>ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b> .....	<b>51</b>
• Criterios de Elección .....	53
- Parámetros relacionados métodos .....	53
- Parámetros relacionados usuario .....	53
- Criterios médicos .....	53
- Patrón cronológico .....	54
• Plan de actuación .....	61
- Situaciones clínicas especiales .....	61
- Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) .....	63
- Anticoncepción de emergencia .....	63
• Puntos Clave .....	70
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>71</b>
• PAPPS .....	73
• FFPRHC:	
- AOC .....	74
- Tromboembolismo venoso y AH .....	75
- DIU de cobre .....	76
- SIL-LNG .....	78
- AE .....	80
- Elección en los jóvenes .....	81
- Elección en la lactancia .....	83
- Elección en EII .....	84
<b>RECURSOS EN CANARIAS Y BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>89</b>

## ÍNDICE DE LAS TABLAS Y ALGORITMOS

Tabla 1.	Tasa de Fecundidad en España y en Canarias	12
Tabla 2.	Datos de Partos en Canarias desde 2001 a 2003, especificando en < 20 años	12
Tabla 3.	Datos de IVE, total y en < 20 años en Canarias desde 1998 a 2003	12
Tabla 4.	Partos en < 20 años en HUMIC desde 1993 a 2003	13
Tabla 5.	Asesoramiento específico en anticoncepción: aspectos a considerar	14
Tabla 6.	Ventajas del consejo contraceptivo	14
Tabla 7.	Anamnesis dirigida a descartar contraindicaciones de AOC	15
Tabla 8.	Clasificación de los distintos tipos de MA	22
Tabla 9.	Eficacia de los MA según el índice de Pearl	22
Tabla 10.	Tasa de fallos de los MA	23
Tabla 11.	Métodos naturales	24
Tabla 12.	Contraindicaciones específicas y efectividad de métodos naturales	25
Tabla 13.	Métodos de barrera	26
Tabla 14.	Instrucciones para el uso del preservativo masculino	27
Tabla 15.	Instrucciones para el uso del preservativo femenino	27
Tabla 16.	Instrucciones para el uso del diafragma	28
Tabla 17.	Contraindicaciones para el uso del diafragma	28
Tabla 18.	Resumen de las evidencias más significativas en AH	29
Tabla 19.	Ventajas y Beneficios no contraceptivos de la AH	30
Tabla 20.	Efectos adversos de la AH	31
Tabla 21.	Alteraciones analíticas con AOC	32
Tabla 22.	Relación de fármacos que pueden disminuir la efectividad de la AH	32
Tabla 23.	Nombres populares de Hypericum Perforatum en España	33
Tabla 24.	Especialidades farmacéuticas y preparados con Hypericum	33
Tabla 25.	Anticonceptivos hormonales disponibles en España	34
Tabla 26.	Contraindicaciones de los AOC según las categorías de la OMS	38
Tabla 27.	Contraindicaciones de los AH sG según las categorías de la OMS	39
Tabla 28.	Manejo clínico de los AHO	41
Tabla 29.	Contraindicaciones del DIU según las categorías de la OMS	43
Tabla 30.	Resumen de las evidencias del DIU	44
Tabla 31.	Indicaciones del cribado de ETS	44
Tabla 32.	Dispositivos Intrauterinos	45
Tabla 33.	Criterios diagnósticos de EPI	46
Tabla 34.	Tratamiento ambulatorio de EPI	46
Tabla 35.	Tratamiento de ETS	46
Tabla 36.	Información para el paciente sobre la vasectomía	48
Tabla 37.	Métodos Quirúrgicos	49
Tabla 38.	Criterios médicos de elección para iniciar el uso de anticonceptivos (OMS) 1-6	55
Tabla 39.	Plan de actuación	66
Tabla 40.	Riesgo de Tromboembolismo en relación con AOC	77
Algoritmo 1.	Anticoncepción según la edad	67
Algoritmo 2.	Anticoncepción según situaciones especiales	68
Algoritmo 3.	Anticoncepción de emergencia	69



## ABREVIATURAS

- ACV:** Accidente Cerebrovascular.  
**ACVA:** Accidente Cerebrovascular Agudo.  
**AE:** Anticoncepción poscoital o de Emergencia.  
**AEO:** Anticoncepción de Emergencia Oral.  
**AH:** Anticoncepción Hormonal.  
**AHC:** Anticoncepción Hormonal Combinada.  
**AHO:** Anticoncepción Hormonal Oral.  
**AHP:** Anticonceptivos Hormonales Parenterales.  
**AH sG:** Anticoncepción Hormonal de sólo gestágeno.  
**AHOsG:** Anticoncepción Hormonal Oral de sólo Gestágeno.  
**AHIsG:** Anticoncepción Hormonal Inyectable de sólo Gestágeno.  
**AINEs:** Antiinflamatorios No Esteroideos  
**amp:** Ampolla.  
**AOC:** Anticoncepción Oral Combinada  
**ATB:** Antibiótico/s.  
**Beta-HCG:** Fracción beta de la Hormona Gonadotrofina Coriónica.
- cm:** centímetro  
**CIN:** Neoplasia Intraepitelial de Cérvix.  
**COF:** Centro de Orientación Familiar.  
**d:** día/as.  
**DH:** Diagnóstico Hospitalario.  
**DHV:** Diagnóstico Hospitalario con visado.  
**DIU:** Dispositivo/s Intrauterino/s.  
**DIU-LNG:** Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel.
- ECV:** Enfermedad Cardiovascular.  
**EE:** Etilnilestradiol.  
**EII:** Enfermedad Inflamatoria Intestinal.  
**EPI:** Enfermedad Pélvica Inflamatoria.  
**ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual.  
**ETV:** Enfermedad Tromboembólica Venosa.  
**FA:** Fibrilación Auricular.  
**FDA:** Food and Drug Administration.  
**FFPRHC:** Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care.  
**FSH:** Hormona Folículo Estimulante.
- g:** gramos.  
**h:** hora.  
**HBsAg:** Antígeno de superficie del virus hepatitis B.  
**HC:** Historia Clínica.  
**HDL:** Lipoproteínas de alta densidad  
**HTA:** Hipertensión Arterial  
**HTP:** Hipertensión Pulmonar.
- IAM:** Infarto Agudo de Miocardio.  
**IM:** Intramuscular  
**IMC:** Índice de Masa Corporal.
- IIU:** Implante Intrauterino.  
**INE:** Instituto Nacional de Estadística.  
**IP:** Índice de Pearl.  
**IV:** Intravenosa  
**IVE:** Interrupción/es Voluntaria del Embarazo.  
**Kg:** Kilogramos
- LDL:** Lipoproteínas de baja densidad.  
**LNG:** Levonorgestrel.  
**LTB:** Ligadura de Trompas Bilateral.  
**MA:** Método/s Anticonceptivo/s.  
**mcg:** microgramos.  
**MELA:** Método de amenorrea por lactancia.  
**mg:** miligramos.  
**ml:** mililitro.  
**mm:** milímetro  
**mm<sup>2</sup>:** milímetro cuadrado.  
**mm<sup>3</sup>:** milímetro cúbico.  
**mmHg:** milímetros de mercurio.  
**mUI:** millones de Unidades Internacionales.
- N/A:** No aplicable.  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud.  
**PAD:** Presión Arterial Diastólica.  
**PAPPS:** Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.  
**PASAR:** Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva.  
**PAS:** Presión Arterial Sistólica.  
**PCR:** Reacción en cadena de la polimerasa.
- Qx:** quirúrgica.  
**RR:** Riesgo Relativo.  
**RU-486:** Mifepristona (Mifegyne®).  
**S. aureus:** Staphylococcus aureus.  
**SCS:** Servicio Canario de la Salud  
**sem:** semanas  
**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.  
**SIL:** Sistema Intrauterino Liberador  
**SIL-LNG:** Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel.  
**SS:** Seguridad Social.
- TA:** Tensión Arterial.  
**TBC:** Tuberculosis.  
**TEP:** Tromboembolismo Pulmonar.  
**TVP:** Trombosis Venosa Profunda.  
**UDVP:** Usuarios de drogas por vía parenteral.  
**VDRL-RPR:** Prueba de laboratorio para la detección de enfermedades venéreas mediante reacción reagínica del plasma.  
**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.  
**VSG:** Velocidad de Sedimentación Globular.

## CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA

- Ia. Evidencia obtenida por un meta-análisis de ensayos clínicos controlados.
- Ib. Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado randomizado.
- IIa. Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y bien diseñado sin randomización.
- IIb. Evidencia obtenida de al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental bien diseñado.
- III. Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de cohortes y estudios de casos-control.
- IV. Evidencia obtenida de informes de comités de expertos o bien opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas.

## CLASIFICACIÓN DE GRADOS DE RECOMENDACIÓN

- A. **Grado A:** Requiere al menos un ensayo clínico controlado randomizado, de buena calidad y consistencia, dirigido a recomendaciones específicas. Se corresponde con los niveles de evidencia Ia y Ib.
  - B. **Grado B:** Requiere la disponibilidad de un estudio clínico bien conducido, pero no un ensayo clínico randomizado para las recomendaciones. Se corresponde con los niveles de evidencia IIa, IIb y III.
  - C. **Grado C:** Requiere la evidencia obtenida por los informes de los comités de expertos y/o experiencia clínica de las autoridades en la materia. Se corresponde con los niveles de evidencia IV.
- ✓ **Puntos de buena práctica,** donde no existe evidencia, pero donde la mejor práctica está basada en la experiencia clínica del Grupo de Expertos que desarrolla la guía.

## INTRODUCCIÓN

Los **embarazos no deseados** y las **enfermedades de transmisión sexual** (ETS) ocupan un lugar de importancia creciente entre los problemas ligados a aspectos relacionados con la reproducción. La magnitud de la población expuesta y la posibilidad de prevención, a través de la contracepción y de la educación sexual, hacen de estos embarazos y de una de sus consecuencias menos deseables, la interrupción voluntaria de la gestación, un claro **problema de salud pública** de alcance **mundial**.

**Actualmente**, el uso de métodos anticonceptivos es muy desigual y sólo el 45% de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial utilizan alguno, por lo que la **falta de métodos anticonceptivos** y/o su **uso inadecuado** son las **principales causas** de embarazos no deseados<sup>1</sup>.

En **España**, en el año **1978** se legaliza el uso de anticonceptivos; en **1983**, el uso de los métodos quirúrgicos; y en **1985**, la interrupción voluntaria del embarazo con una ley de plazos. La proporción de mujeres entre 18 y 49 años que usaban métodos anticonceptivos pasó de un 64,88% en 1985 a un 80,10% en 1995. El **preservativo** es el **método más utilizado** en nuestro país, seguido de los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino (DIU)<sup>2</sup>.

No se dispone de datos de **utilización** de anticonceptivos entre los **adolescentes**, pero se estima que su uso es **menor** que en la población **adultas**. Esta menor utilización parece debida a la dificultad de acceso a los métodos (en ocasiones por desconocimiento), al miedo a los padres y a las características de la propia etapa evolutiva en la que se encuentran (necesidad de experiencias y conocimiento del mundo por sí mismo, el gusto por el riesgo y la aventura, su creencia de invulnerabilidad, dificultades para pensar a largo plazo, presión del grupo de amigos,...).

Debemos tener presente que **no existe** ningún **método ideal** que vaya bien a todos los hombres y mujeres, a todas las edades y en todas las situaciones, además de que en última instancia debe ser una elección libre de la pareja. La **formación** de los **profesionales** para realizar el **adecuado consejo** contraceptivo, que implica conocimientos del perfil del método, perfil del usuario y criterios médicos de elegibilidad, conlleva la **necesidad** de **eliminar** las llamadas **“barreras médicas”**: aquellas prácticas, derivadas por lo menos en parte de una razón médica, que tienen como resultado la negación o un impedimento científicamente injustificado para la anticoncepción:

- Las **contraindicaciones inapropiadas** o no actualizadas.
- Los **criterios** de elegibilidad que, **sin justificación científica**, limitan el uso de la anticoncepción.
- Los **“obstáculos de procedimiento”** que pueden incluir procedimientos innecesarios.
- Las **restricciones** en cuanto al **tipo** de **proveedor** de atención de salud que puede ofrecer servicios de planificación familiar.
- Los **prejuicios** de los **proveedores** al recomendar o presentar varios métodos a los/as usuarios/as.
- Las **regulaciones gubernamentales**, que pueden **restringir** o impedir la elaboración, la aprobación o la promoción de ciertos anticonceptivos.
- El **tratamiento inapropiado** de los **efectos secundarios**.

## SITUACIÓN EN CANARIAS

Se estima que en **España** hay **1 014 286 mujeres en riesgo de embarazo no deseado**<sup>3,4</sup>. En la década de los noventa se ha producido una disminución de las tasas de fecundidad, pero la tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) sigue en aumento, pasando de 5,2 por mil mujeres en 1992 a 8,4 por mil en 2002<sup>3,5</sup>. En la última década se ha observado también un aumento en la tasa de embarazos en menores de 18 años, pasando de 6,8 por mil en 1995 a 10 por mil en el 2000<sup>3,6</sup>.

En **Canarias**, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de fecundidad en 2002 para el grupo de edad de **15 a 19 años** fue **8 puntos superior** a la media de España (ver **tabla 1**). En los últimos tres años el número de partos en menores de 20 años ha sido de 2 273, que representan un 4,48% sobre el total de 50 759 partos en los Hospitales Públicos de nuestra comunidad (ver **tabla 2**). La **tasa de IVE** fue en **aumento hasta el año 2000** con una cifra de 8,04 por mil mujeres disminuyendo a 6,8 por mil en 2002. En los últimos 6 años, se realizaron un total de 16 400 IVE de las que el 18% (casi la quinta parte) han sido en menores de 20 años (ver **tabla 3**).

En los últimos once años, en **Gran Canaria**, ha habido 263 partos en **menores de 16 años**, de cuales **casi un diez por ciento** (el 9,12%) **no** eran **primíparas** (ver **tabla 4**). En el resto de las islas de la Comunidad Autónoma no disponemos de este dato.

**Tabla 1.** Tasa de fecundidad en el año 2002 por 1000 mujeres y grupos de edad.

Grupos de edad	ESPAÑA	CANARIAS
15 - 19	10	18,3
20 - 24	28,2	43,5
25 - 29	64,7	68,7
30 - 34	96,2	78,3
35 - 39	47	40,5
40 - 44	7,6	8,4
45 - 49	0,42	0,44

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

**Tablas 2 y 3.** Datos de partos e IVE en < de 20 años en la Comunidad Canaria.

Total partos/año CANARIAS	Años	Total ≤15 años	Total 16 - 17 años	Total 18 - 19 años
16846	2001	37	224	512
16698	2002	32	229	518
17215	2003	42	185	494
<b>50759</b>	<b>Suma 3 años</b>	<b>111</b>	<b>638</b>	<b>1524</b>

IVE Canarias año/edad	<15 años	15 - 19 años	Total
1998	11	383	2610
1999	17	397	2671
2000	16	435	2992
2001	31	575	2984
2002	24	519	2545
2003	24	517	2598
<b>Suma 6 años</b>	<b>123</b>	<b>2826</b>	<b>16400</b>

Fuente: Servicio de Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS e INE.

**Tabla 4.** Partos en < de 20 años en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias (HUMIC). Años 1993 a 2003.

Partos en:	≤ 15 años	16 - 17 años	18 - 19 años	Totales
PRIMIPARAS	239 (90,87%)	1475 (89,31%)	2916 (78,68%)	4633
NO PRIMIPARAS	24 (9,12%)	177	790	991
<b>Total 11 años</b>	<b>263</b>	<b>1655</b>	<b>3706</b>	<b>5624</b>

Fuente: Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMIC.

A fecha de **1 de enero de 2004**, la población con **Tarjeta Sanitaria** en la Comunidad Autónoma de Canarias era de **1 804 214**, siendo varones 898 965. Entre las mujeres (un total de 905 249) el grupo de edad **entre 15 y 50 años** incluía a **513 937 mujeres** y el de 15 a 19 años agrupaba a 42 269 (que representa el 4,8% del total).

La anticoncepción afecta a hombres y mujeres, por lo que la población a la que va dirigida este servicio se corresponde con el **total de personas en edad fértil** en nuestra Comunidad, aunque por su especial complejidad y repercusión en el sexo femenino, este documento hace más hincapié en los problemas relacionados con la mujer y se integra dentro del Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (**PASAR**) del Servicio Canario de la Salud (SCS).

Debe hacerse **especial oferta** de este servicio a:

1. Las mujeres (y/o sus parejas) que usen **métodos anticonceptivos poco eficaces**.
2. Las mujeres (y/o sus parejas) pertenecientes a **grupos de riesgo**:
  - Adolescentes de 14 a 19 años.
  - Mayores de 40 años.
  - Cuando ha transcurrido menos de 1 año desde el último parto.
  - Después de una IVE
  - Usuarias de drogas.
  - Riesgo de ETS.
  - Riesgo social:
    - Analfabetismo
    - Nivel sociocultural bajo
    - Problemas de comprensión
    - Población inmigrante
3. Las mujeres (y/o sus parejas) con **enfermedades** que supongan un **riesgo añadido al embarazo**: enfermedades psiquiátricas, epilepsia, tumores, cardiopatías, insuficiencia renal, diabetes, hipertensión arterial (HTA).
4. Las mujeres (y/o sus parejas) con **enfermedades hereditarias**.

## ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

Deben incluir la **información** sobre métodos anticonceptivos (MA), la **ayuda** a los pacientes para la **elección**, el **seguimiento** en función del método que elijan y **derivación** de los casos que precisen. Van encaminadas a:

### 1. DIFUSIÓN Y CAPTACIÓN

Puede realizarse a través de **carteles** (en donde constará la ubicación de la consulta, el horario de la misma...), **folletos** (con explicación de técnicas de planificación familiar, anatomía y fisiología de la reproducción...), captación **directa** a través de la consulta a demanda o programada de medicina o enfermería, así como de la visita puerperal a la matrona y las consultas de trabajadores sociales. Es importante contactar con la **población juvenil** a través de los servicios sanitarios (adolescentes incluidos en el Programa de Salud Infantil, Colegios, Asociaciones Juveniles, Ingresos hospitalarios por otros motivos...) y en coordinación con otras instituciones (Colegios,...) y organizaciones (Juveniles, Sindicales, Vecinales,...). Es también muy importante llegar a la **población marginal** (a través de trabajadores sociales, Organizaciones No Gubernamentales,...) por lo que será necesario facilitar mecanismos de captación y garantizar el acceso a los servicios sanitarios.

### 2. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

Se debe informar y orientar sobre **métodos anticonceptivos** a todos los **usuarios** en **edad fértil** (ver **tablas 5 y 6**) por parte de los profesionales de ambos niveles de atención, de forma individualizada, a la pareja o grupal, mediante actividades en el ámbito escolar, en organismos y centros ciudadanos de la comunidad, o en el Centro de Salud o Consulta Joven.

**Tabla 5. Asesoramiento específico en Anticoncepción: Aspectos a considerar<sup>7</sup>**

1. Eficacia relativa del método anticonceptivo (MA)
2. Instrucciones para el uso correcto del MA
3. Instrucciones específicas en caso de problemas con el MA (si hay olvido de píldora: refuerzo anticonceptivo. Si hay rotura de preservativo: anticoncepción de emergencia, etc.)
4. Efectos secundarios más frecuentes
5. Efectos beneficiosos no anticonceptivos y/o posibles riesgos para la salud
6. Retorno a la fertilidad una vez suspendido el MA
7. Grado de protección frente a ETS
8. Signos y/o síntomas que son motivo de consulta o suspensión del MA
9. Consejo antitabaco en caso de anticoncepción hormonal

MA: Método Anticonceptivo; ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

**Tabla 6. Ventajas del Consejo Contraceptivo<sup>8</sup>**

1. Implicar al paciente en su propio cuidado
2. Despejar mitos y rumores sobre la anticoncepción
3. Ayudar a los usuarios a cambiar prácticas de riesgo
4. Facilitar decisiones para usar anticonceptivos y prevenir ETS
5. Explicar los posibles efectos secundarios reduce la ansiedad y prepara a las usuarias por si los problemas aparecen
6. Estimular la responsabilidad del paciente en la toma de sus decisiones
7. Asegurar y mantener la confidencialidad

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

### 3. CONSULTA DE ANTICONCEPCIÓN

Será realizada desde Atención Primaria por el Equipo de Atención Primaria o en los Centros de Orientación Familiar (COF)/Consultas Jóvenes, y desde Atención Especializada en consultas de Ginecología y Urología. Puede integrarse dentro de la propia demanda o separarla de ésta, con una cita programada, cuando el recurso tiempo no lo permita de otro modo.

#### 3.1. Valoración inicial (Primera visita)

**3.1.1. Recoger mediante entrevista en la historia clínica:** filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, antecedentes ginecológicos/obstétricos: menarquia, fórmula menstrual, número de gestaciones y resultado de estas, relaciones sexuales (frecuencia y número de compañeros), métodos anticonceptivos utilizados actual y pasados (satisfacción/insatisfacción, capacidad para manejarlos, actitud), patología obstétrica, patología ginecológica y prácticas de riesgo, respuesta a dudas y preguntas de la pareja. Registro en la historia clínica (HC) (habrá hoja de recogida específica para historia de papel y en historia informática).

Los profesionales que atienden una demanda de anticoncepción deben formularse las siguientes preguntas:

- ¿Qué método prefiere la mujer?
- ¿Existen razones médicas que contraindiquen el método elegido? (ver **tabla 7**)
- ¿Existen otras razones, no medicas, que hagan pensar que el método elegido no es el adecuado?

**Tabla 7.** Anamnesis dirigida a descartar contraindicaciones o condiciones que modifiquen o limiten la prescripción de Anticoncepción Hormonal Combinada (AHC)<sup>8</sup>

- ¿Es fumadora y > de 35 años?
- ¿Padece de HTA?
- ¿Está amamantando?
- ¿Tiene o ha tenido problemas cardíacos o vasculares? ¿Cuáles?
- ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?
- ¿Tiene ictericia, cirrosis hepática, infección o tumor de hígado?
- ¿Padece de cefaleas o visión borrosa?
- ¿Toma anticonvulsivantes, rifampicina, griseofulvina o hipérico?
- ¿Cree que puede estar embarazada?
- ¿Presenta sangrado vaginal inusual?
- ¿Padece enfermedad de la vesícula?
- ¿Ha tenido ictericia/problemas hepáticos durante la toma de AOC?
- ¿Tiene planeada alguna intervención quirúrgica?
- ¿Ha tenido un parto en los últimos 21 días?

Si responde NO a todas, se pueden usar los AOC.

Si responde SI a ALGUNA, debe estudiarse la situación antes.

AHC: Anticoncepción Hormonal Combinada; HTA: Hipertensión Arterial;

**3.1.2. Toma de tensión arterial (TA) y peso,** con registro en la HC

**3.1.3. Educación** sobre los distintos métodos anticonceptivos y enseñanza del autocuidado en función del que elijan.

#### 3.1.4. *Derivar a otros niveles asistenciales cuando proceda:*

- **Derivaciones desde el primer nivel al nivel especializado:**
  - Para inserción y revisión de DIU
  - Amenorrea con DIU
  - Inserción y extracción de implantes hormonales
  - Selección del diafragma adecuado.
  - Asesoramiento al primer nivel
  - Sangrado intermenstrual que no cede con el cambio de anticoncepción hormonal (AH).
  - Propuesta de esterilización quirúrgica
  - Estudios de coagulación (sólo en sospecha de trastorno familiar)
  - En casos legales para IVE
- **Derivaciones desde el nivel especializado al primer nivel:**
  - Tras indicación de diafragma adecuado.
  - Abandono de DIU

#### 3.1.5. No hay estudios específicos sobre los *requisitos previos* a la prescripción de *AH*. Los *únicos imprescindibles* son:

- **Conocer:**
  - Los métodos hormonales, sus contraindicaciones y las normas de uso de estos métodos
  - Manejar los efectos secundarios
- **Realizar:**
  - Una anamnesis correcta, con especial atención a:
    - Búsqueda de factores de riesgo que contraindiquen el uso de AH
    - Investigar antecedentes familiares de IAM, ACV, y ETV en familiares directos menores 45 años
  - Control de TA
- **Informar de:**
  - Normas de uso, efectos secundarios y complicaciones del método.

### 3.2. Seguimiento

La experiencia confirma que cuando hay un adecuado asesoramiento del método elegido se reducen las consultas injustificadas.

En cada visita de seguimiento nos aseguraremos de la correcta utilización del método y además preguntaremos por la satisfacción y los posibles efectos secundarios. Una mujer sana en edad fértil debe recibir atención inmediata del efecto secundario o complicación que presente con el método, un control específico del método que utiliza y realizar el examen de salud ginecológico correspondiente al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

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



### 3.2.1. Elección de métodos naturales o de barrera

En general **no** requiere control médico, salvo el **adiestramiento inicial** (instrucciones de uso en primera visita y comprobación de utilización correcta y resolución de dudas a los 2 - 3 meses).

En el caso del **diafragma**, se hace necesaria la **exploración ginecológica** para descartar una posible contraindicación (ver **tabla 17**) y **medir la talla** correcta (con comprobación anual).

### 3.2.2. Elección de anticoncepción hormonal

- **No** hay estudios que sustenten realizar **exámenes** de salud **diferentes** a los recomendados en la población general.
- Una **visita** al **3º - 6º** mes de iniciar la toma refuerza la adherencia al método.
- Después, **anualmente**, se recomienda **actualizar** la **HC** (recogida de incidencias, actualización de factores de riesgo, valorar hábitos sexuales, comprobación de correcta utilización, efectos secundarios), toma de la TA y el peso (si hay cambios de este durante el uso de los AH) e inspección de la piel.
- **Control individualizado** en situaciones especiales.
- **Acceso telefónico** al médico y enfermera (incidencias y dudas).
- La evidencia científica **no** justifica la realización de **descansos** durante la toma de AHO.

### 3.2.3. Elección de métodos intrauterinos

En estos casos, tras una completa información, las pacientes deben ser derivadas a atención **especializada** donde se realizará la inserción.

Un control clínico es necesario en los **tres primeros meses** tras inserción para **comprobar** el correcto **emplazamiento** del DIU (visualización de los hilos guía), la ausencia de complicaciones y la tolerancia adecuada y posteriormente, una revisión anual hasta el momento de la extracción del DIU es suficiente para garantizar un adecuado control<sup>9</sup>. El contenido de la revisión incluye la actualización de los factores de riesgo, valoración de efectos secundarios, complicaciones y hábitos sexuales y control de los hilos guía.

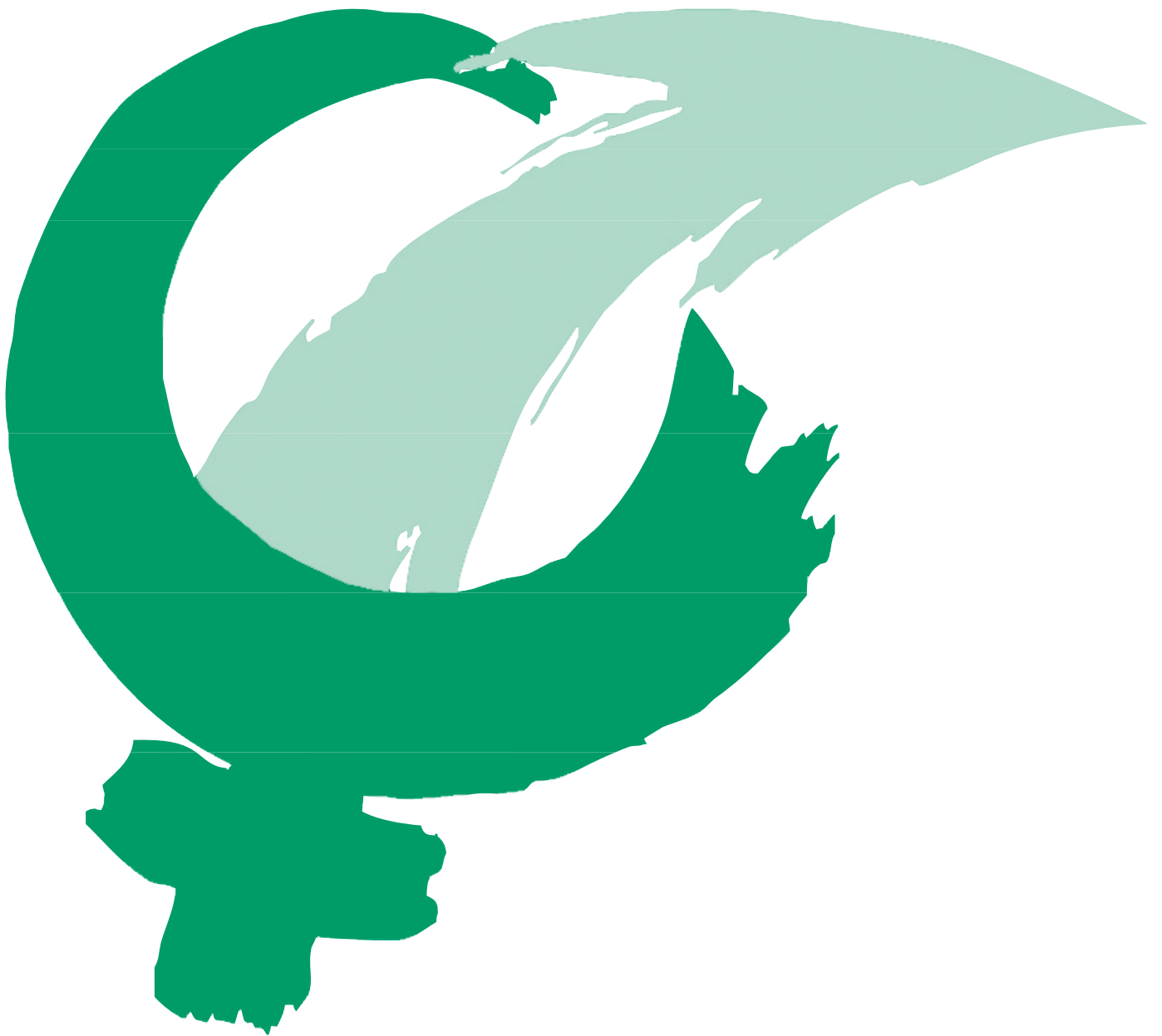
Independientemente de esto, la mujer deberá realizar el control de los hilos, especialmente tras cada menstruación y seguir las **normas** de **actuación** dadas en caso de alteración de estos o de la presencia de alteraciones menstruales o signos de alarma (ver **Recomendaciones**).

### 3.2.4. Elección de esterilización quirúrgica (a nivel especializado será el control de estos métodos)

En el caso de la **ligadura tubárica**, no será preciso un seguimiento posterior a los controles tras la intervención quirúrgica.

Tras la **vasectomía**, es necesario comprobar la ausencia de espermatozoides en el semen. El especialista realizará un espermiograma a los tres meses de la intervención (tras más o menos 15 eyaculaciones). Si este no demuestra la azoospermia, será necesario repetirlo al 1-3 meses para comprobarla. Si tras tres espermiogramas siguen apareciendo espermatozoides en la muestra, se considera fallo quirúrgico o recanalización espontánea, siendo necesaria la reintervención.





# Métodos Anticonceptivos



Las **condiciones**<sup>10</sup> de un buen MA se agrupan en tres categorías:

1. Esenciales:
  - **Efectividad**: lo más cercana posible al 100%.
  - **Inocuidad**: no debe alterar negativamente el estado de salud del usuario/a.
  - **Aceptabilidad**: considerado adecuado por la pareja.
2. Deseables:
  - **Reversibilidad**: lo ideal es que la pareja encuentre nuevamente la fertilidad que tenía antes de la anticoncepción.
  - **Independencia** del coito, autoaplicable, no medicamentoso y sin aparatos.
3. Recomendables:
  - **Económico**, fácil aplicación, escaso control y aceptable en todas las comunidades.

Se puede considerar **consejo contraceptivo**<sup>11</sup> a la **práctica sanitaria** que tiene por objeto **determinar la mejor opción anticonceptiva** para la pareja o usuario individual, tras el análisis de las características del potencial usuario y las ventajas e inconvenientes de los diferentes métodos utilizables. Consejo no significa decir a las personas lo que deben hacer, sino que se trata de ayudarlas a decidir que es lo mejor para ellas en su situación particular, es asistirles a través de la escucha y el entendimiento, respetando su creencias y valores. Permite el desarrollo de confianza en sí mismo y de autonomía. Este es un proceso de comunicación en dos direcciones en el cuál el proveedor de servicios ayuda al usuario/a a identificar sus necesidades y a tomar las decisiones más apropiadas para el uso seguro y efectivo de los distintos MA disponibles. El consejo permite tomar una decisión informada, aumenta la satisfacción del usuario y contribuye a mejorar la adhesión y continuidad de uso.

Son escasos los datos disponibles acerca de la efectividad del consejo dado por los médicos de atención primaria en relación con la modificación de las prácticas sexuales o la utilización de métodos anticonceptivos en la población general. Sí existe evidencia acerca de la efectividad de intervenciones efectuadas en el medio escolar y en centros de planificación familiar<sup>3</sup>. Parece que el consejo puede ser efectivo e incrementar el uso de MA a corto plazo<sup>12</sup>. La **efectividad** del consejo **depende** también del **contenido** de este, que debe tener en cuenta los intereses individuales y los grupos de edad a los que se dirige<sup>3,13</sup>. Los programas más efectivos son aquellos que no se limitan a dar información a cerca de sexualidad y anticoncepción sino que además ofrecen acceso a los métodos y apoyo psicológico.

El **profesional encargado** de dar este consejo debe evitar toda connotación paternalista o autoritaria, ofrecer un máximo de posibilidades de elección sobre la base de informaciones fidedignas, respetando las opiniones del usuario/a en cuanto a sus creencias y valores, y utilizando habilidades de comunicación, aprendizaje, escucha y apoyo. Debe ser capaz de establecer un perfil adecuado de las características de la pareja o usuario que lo requiere<sup>11</sup> (ver **tablas 5 y 6**).

**CLASIFICACIÓN<sup>10</sup> (VER TABLA 8)**

**Tabla 8.** Clasificación de los distintos tipos de MA.

<p><b>Abstención sexual periódica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Método de Ogino-knaus</li> <li>Método de la temperatura basal</li> <li>Método de Billings</li> <li>Método sintotérmico</li> </ul> <p><b>Modificaciones del acto sexual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coitus interruptus</li> </ul> <p><b>Métodos de barrera</b></p> <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservativo masculino</li> <li>• Preservativo femenino</li> <li>• Diafragma/Capuchón cervical</li> <li>• Esponja vaginal</li> </ul> <p>Químicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espermicidas</li> </ul> <p><b>Métodos Intrauterinos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DIU de cobre</li> <li>Implante intrauterino de cobre</li> <li>DIU o sistema intrauterino de levonorgestrel</li> </ul>	<p><b>Métodos hormonales (no intrauterinos)</b></p> <p>Anticoncepción Hormonal Oral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoncepción Oral Combinada (AOC)</li> <li>• Anticoncepción Oral Sólo Gestágeno</li> </ul> <p>Anticoncepción Hormonal Parenteral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intramusculares</li> <li>• Implantes</li> </ul> <p>Nuevas vías de administración</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anillo vaginal</li> <li>• Parche transdérmico</li> </ul> <p>Expectativas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AOC trimestral</li> <li>• Anticoncepción hormonal masculina</li> </ul> <p><b>Anticoncepción quirúrgica</b></p> <p>Vasectomía</p> <p>Esterilidad quirúrgica femenina (salpinguectomía/oclusión tubárica)</p> <p><b>Método de la lactancia materna (MELA)</b> (en puérperas)</p>
---	---

DIU: Dispositivo Intrauterino; AOC: Anticoncepción Oral Combinada; MELA: Método de amenorrea por lactancia

**EFICACIA, DESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DINÁMICA ASISTENCIAL**

La eficacia de los MA se resume en las **tablas 9 y 10**.

**Tabla 9.** Eficacia<sup>10</sup> de los métodos anticonceptivos según el índice de Pearl\*

Método	Eficacia Teórica	Eficacia de uso
Anticoncepción oral	0,05	0,1
Esterilización	0,02	0,5
Dispositivo intrauterino	0,5	3
Métodos de barrera	2	20
Métodos naturales	0,5	40

\*Índice de Pearl (IP), refleja el número de embarazos habidos en 100 mujeres durante un año, y se define por la fórmula: número de embarazos no deseados x 1200/número total de ciclos de exposición (no permite hacer comparaciones exactas entre los distintos métodos para distintos tiempos de exposición y varía de forma notable según el texto que se consulte).

**Tabla 10.** Tasa de embarazos en el primer año de uso de los MA<sup>1,14</sup>

Método	Uso típico	Uso perfecto
<b>SIN MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>85</b>	<b>85</b>
<b>MÉTODOS NATURALES</b>		
Ogino	25	6
Moco cervical	25	3
Térmico	25	2
Sintotérmico	25	1
<i>Otros</i>		
Coitus interruptus	19	4
<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>		
Espermicida	25	6
Preservativo masculino	14	3
Preservativo femenino	14	3
Diafragma + espermicida	20	6
Capuchón cervical	20	9
Esponja vaginal		
- Nulíparas	20	9
- Multiparas	28	9
<b>CONTRACEPTIVOS HORMONALES</b>		
Medroxiprogesterona intramuscular	0,3	0,3
Implantes de progesterona	0,05	0,05
Anticonceptivos orales combinados	1	0,1
Minipíldora	3	0,5
<b>DIU</b>		
De cobre	0,8	0,6
SIL-LNG	0,1	0,1
<b>QUIRÚRGICOS</b>		
Ligadura tubárica	0,5	0,5
Vasectomía	0,15	0,1

DIU: Dispositivo Intrauterino; SIL-LNG: Sistema liberador de Levonorgestrel.

En la mayoría de los métodos, las tasas de fallo disminuyen a medida que aumenta el tiempo de uso.

### 1. MÉTODOS DE ABSTENCIÓN SEXUAL PERIÓDICA (NATURALES) (VER TABLAS 11 Y 12)

Evitan el embarazo observando los signos y síntomas que ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo, con **abstinencia** durante la **fase fértil** (en los ciclos regulares, se considera período fértil desde el día 9 al 18).

La mayoría de los fallos pueden atribuirse a un **abandono consciente** de las normas y las diferencias entre su eficacia teórica y su eficacia de uso común (ver **tablas 9 y 10**) pueden también explicarse por los nuevos modelos de desarrollo folicular ovárico durante el ciclo menstrual frente al modelo clásico de ovulación única<sup>3,15,16</sup>. (Ver **tablas 11 y 12**).

Desde hace dos años en España, se comercializa **Persona®**, un dispositivo electrónico que determina días de abstinencia y días sin riesgo mediante el análisis de 8 muestras de orina a lo largo del ciclo. Tiene una fiabilidad del 94% para mujeres con ciclos regulares entre 23 y 35 días.

**Tabla 11. Métodos naturales**

Métodos	Calendario/Ogino	Temperatura	Moco cervical	Sintotérmico
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres que después de haber recibido información completa de todos los métodos actualmente disponibles eligen los métodos naturales</li> <li>Parejas con relación estable y recíprocamente exclusiva</li> <li>Mujeres que presentan contraindicaciones para el resto de los métodos</li> </ul>			
<b>Contraindicaciones Generales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres con relaciones sexuales inestables</li> <li>Mujeres que quieren obtener una eficacia anticonceptiva "casi absoluta"</li> </ul>			
<b>Manejo Clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cálculo teórico de los días fértiles a partir de los registros de duración del ciclo en los 12 meses anteriores:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ciclos regulares (28 días) se considera período fértil desde el día 9 al 18</li> <li>Ciclos irregulares, se restan 19 al ciclo más corto y este será el primer día fértil, se restan 10 al ciclo más largo y éste será el último día fértil.</li> </ul> </li> <li>Abstinencia sexual durante ese período.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con termómetro clínico habitual, tomar temperatura basal (oral, rectal o vaginal) durante tres minutos, todos los días por la mañana, sin haberse levantado (siempre a la misma hora y en el mismo lugar)</li> <li>Registrarla mediante una gráfica, durante varios meses para identificar el aumento de la temperatura corporal 0,2 - 0,5°C tras la ovulación por efecto de la progesterona</li> <li>Período infértil es desde el 3 día de temperatura elevada hasta el último día del ciclo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar la filancia, así como la cantidad y fluidez del moco cervical, características que se producen por acción estrogénica cuando se aproxima la ovulación</li> <li>Elaborar un registro de la valoración subjetiva, diaria</li> <li>El comienzo de la fase infértil es a partir del 4º día después de los cambios en el moco cervical</li> <li>Abstinencia durante el resto del ciclo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Combina calendario y moco cervical para delimitar el comienzo del período fértil, y moco cervical y temperatura basal para el final</li> </ul>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden ser de utilidad en algunos pacientes con rechazo a otros métodos anticonceptivos por factores religiosos/sociales</li> <li>No existen efectos secundarios</li> <li>No requieren seguimiento, salvo una consulta en los primeros 2-3 meses, para valorar el uso correcto y las dudas</li> </ul>			
<b>Inconvenientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevada tasa de fallos en la práctica (requieren alta motivación y un aprendizaje, conviene dar instrucciones por escrito)</li> <li>Abstinencia periódica</li> <li>No recomendables si los ciclos son irregulares</li> <li>Precisa un buen reconocimiento de la propia fisiología y requiere la colaboración de la pareja</li> </ul>			



**Tabla 12.** Contraindicaciones específicas y efectividad de los métodos de abstinencia sexual periódica

**Método de Ogino-Knaus (IP = 7-38% años/mujer)**

- Diferencia mayor de 10 días entre el ciclo más largo y el más corto
- Historia de períodos de amenorrea o ciclos anovulatorios

**Método de la temperatura basal (IP = 0,3-15% años/mujer)**

- Enfermedades crónicas que modifiquen la temperatura
- Curvas de temperatura irregulares

**Método de Billings (IP = 1,4-25% años/mujer)**

- Falta de aprendizaje de los cambios del moco cervical por la mujer
- Tratamientos vaginales que alteren el medio:
  - Lubricantes, espermicidas, preservativos, diafragma, DIU, tratamientos hormonales, etc.
- Percepción de secreciones vaginales anómalas o acompañadas de irritación u olor.
- Fármacos que alteran el moco cervical:
  - Antihistamínicos, hormonas, algunos tranquilizantes (haloperidol), antieméticos, entre otros.

**Método sintotérmico**

- Las que se citan en los dos previos.

IP: Índice de Pearl; DIU: Dispositivo Intrauterino

## 2. MODIFICACIÓN DEL ACTO SEXUAL

El **coitus interruptus** consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. No está demostrado que produzca efectos colaterales nocivos, físicos o psíquicos en parejas bien adaptadas, pero exige autocontrol, resta espontaneidad en las relaciones, no previene de ETS y posee una elevada tasa de fallo, inconvenientes a pesar de los cuales es un método ampliamente utilizado y responsable de la mayoría de los embarazos no deseados.

Estaría sólo indicado en aquellas parejas altamente motivadas para utilizarlo eficazmente, con razones religiosas o filosóficas que no les permitan elegir otro método anticonceptivo y en aquellas con necesidad de anticoncepción inmediata y que no disponen de otro método.

## 3. MÉTODOS DE BARRERA (VER TABLAS 13 A 17)

Impiden mecánica o químicamente el contacto de los **espermatozoides** con el moco cervical. No requieren exploraciones ni especial seguimiento salvo en los primeros 2-3 meses para valorar uso correcto, dudas y/o aceptación (ver **tabla 13**).

En los últimos años, estos métodos han alcanzado su mayor protagonismo como consecuencia de la necesidad de responder al impacto social y sanitario que han tenido las ETS, y, de forma particular, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una nueva conciencia en la necesidad de relaciones seguras ha originado un auge en el uso de algunos de estos métodos.

**Tabla 13. Métodos de barrera**

Métodos	Preservativo masculino	Preservativo femenino	Diafragma (con espermicida)	Espermicida	Esponja vaginal
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coitos esporádicos</li> <li>• Elección como MA habitual</li> <li>• Alergia al semen de la pareja</li> <li>• Lactancia materna actual</li> <li>• Protección frente a ETS</li> <li>• Alergia al látex (no para los de poliuretano)</li> <li>• Dificultad para mantener la erección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Similares al masculino</li> <li>• No se conocen contraindicaciones<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coitos esporádicos</li> <li>• Elección como MA habitual</li> <li>• Ver <b>tabla 17</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coitos esporádicos</li> <li>• Elección como MA habitual</li> <li>• Alergias previas a espermicidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coitos esporádicos</li> <li>• Elección como MA habitual</li> <li>• Alteraciones anatómicas</li> </ul>
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No requiere control médico</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere una exploración ginecológica previa para descartar alguna posible contraindicación y medir talla correcta, así como verificar en una visita posterior que la mujer es capaz de insertarlo correctamente y anualmentarlo comprobar la talla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No requiere control médico</li> </ul>	
<b>Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección frente a ETS y VIH<sup>17</sup></li> <li>• Inocuo</li> <li>• Puede retrasar la eyaculación en afectados de eyaculación precoz</li> <li>• Requiere la colaboración de la pareja</li> <li>• Precisa cierto adiestramiento</li> <li>• Puede alterar la dinámica del juego erótico</li> <li>• Puede ocasionar falta de tolerancia por insatisfacción sexual</li> <li>• Riesgo de fallos por mal uso o rotura</li> <li>• Se alteran por conservación o almacenamiento incorrectos, y en el caso del látex por los lubricantes liposolubles</li> <li>• Mayor coste y su baja aceptabilidad son los mayores problemas para el preservativo femenino<sup>3,18</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es eficaz en la prevención de ETS incluido VIH</li> <li>• Inocuo</li> <li>• &gt; control por parte de la mujer</li> <li>• No se afectan por lubricantes, ni hidrosolubles ni oleosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta seguridad si se utiliza adecuadamente</li> <li>• Se puede colocar antes del coito (como máximo en las dos horas previas) sin colaboración de la pareja</li> <li>• Protege frente a algunas ETS (Chlamydia, gonococo y Tricomonas) pero no frente a VIH, papiloma y herpes simple</li> <li>• Los efectos secundarios, que están provocados por el mal uso y consisten en: cistitis recurrentes, leucorrea, candidiasis, molestias pélvicas, úlceras genitales y síndrome del shock tóxico</li> <li>• Requiere exploración ginecológica y entrenamiento previo</li> <li>• Uso siempre con espermicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo coste</li> <li>• No protege contra el VIH ni otras ETS</li> <li>• Producen a veces reacciones alérgicas o irritación local con sensación de calor</li> <li>• No protege contra el VIH ni otras ETS</li> <li>• Efectos secundarios:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo de shock tóxico para S. aureus si se mantiene más de 24 horas</li> <li>- Reacciones alérgicas e irritaciones secundarias al nonoxinol-9</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es eficaz tras colocación</li> <li>• Permite coitos repetidos durante un período máximo de 24 horas</li> </ul>
<b>Ventajas</b>					
<b>Inconvenientes</b>					

MA: Método anticonceptivo; ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; S. aureus: Staphylococcus aureus

### 3.1. Preservativo masculino

Funda de **látex** (o de poliuretano, para los alérgicos al látex) que se adapta al **pene erecto**. Con buenas condiciones de **conservación** su duración es al menos de 5 años (no expuestos a la luz ultravioleta, a un calor o humedad extrema, o a aceites en el caso de los de látex).

Es eficaz para prevenir embarazo si se usa correctamente (ver **tabla 14**). El IP es del 2% para el usuario perfecto y del 12% para el típico. Los que incorporan un agente espermicida proporcionan una eficacia mayor aunque todavía no bien determinada<sup>3,19</sup>. La tasa de **rotura** accidental oscila entre 0,6 y 7% y se asocia fundamentalmente a una mala técnica de uso, al estado de los preservativos y a alteraciones en la calidad de fabricación de estos. Se debe hacer **anticoncepción poscoital** (AE) si se rompe.

**Tabla 14.** Instrucciones para el uso del preservativo masculino

- Usarlo en todos los coitos y uno nuevo por coito.
- Observar que cumpla las normas de seguridad y la fecha de caducidad. Manejar cuidadosamente el condón para evitar dañarlo
- Colocación en el pene erecto, antes de su introducción en la vagina
- Pinzar el extremo del condón, para dejar un espacio de 1.5 cm sin aire, antes de desenrollarlo sobre el pene, cuidando que el borde enrollado quede hacia fuera. Comprobar que no queda aire atrapado en la punta
- Inmediatamente después de la eyacuación retirar el pene de la vagina, sujetando el condón, para evitar que se derrame el semen, dentro de la vagina o sobre la vulva.
- Comprobar siempre su integridad después de usarlo.
- Cerrar el condón con un nudo y echarlo a la basura (no puede ser reutilizado).
- Usado con crema espermicida aumenta su eficacia
- Si es de látex, no debe utilizarse vaselina o aceites porque se deteriora (usar sólo lubricantes derivados del agua, como la glicerina).
- Una buena lubricación contribuye a evitar roturas.

### 3.2. Preservativo femenino

Funda de **poliuretano** cerrada por un lado y con anillos en los extremos. Es necesario **instruir** en su **uso** y ofrecer **anticoncepción poscoital si se rompe** (ver **tabla 15**).

Los ensayos clínicos sugieren que su eficacia anticonceptiva es similar a la documentada para el masculino aunque no existen estudios que los comparen directamente.

**Tabla 15.** Instrucciones para el uso del preservativo femenino

- Usarlo en todos los coitos y uno nuevo por coito
- Tener en cuenta la fecha de caducidad
- Introducir en la vagina, utilizando el aro suelto que se comprimirá entre los dedos, desde fuera de la funda, al modo de un tampón, hacia atrás y abajo. Cuando se sienta el aro dentro de la vagina, introducir un dedo dentro de la funda y empujarlo hacia dentro. El aro fijo quedará por fuera de la vagina, tapando parcialmente la vulva.
- Guiar el pene de la pareja dentro del preservativo
- Tras la eyacuación, hacer un movimiento de rotación del aro externo sobre sí mismo, y estirar luego hacia fuera.
- Comprobar siempre su integridad después de usarlo
- Anudarlo y echarlo a la basura
- Puede utilizarse con otros lubricantes o tratamientos de base oleosa
- Una buena lubricación contribuye a evitar roturas.

### 3.3. Diafragma (debe asociarse siempre con crema espermicida)

Consiste en una **semiesfera** de **látex** (o de silicona) que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo el **cérvix**, con un aro metálico que se adapta. Se comercializa en **varios diámetros**, lo que requiere medir previamente el tamaño adecuado.

Debe permanecer colocado como **mínimo 6 horas tras el coito** y hasta un **máximo de 24 horas**. Si se realiza un nuevo coito en ese tiempo, se debe añadir más espermicida.

Es utilizado en España tan sólo por un 1% de mujeres en edad fértil, con unas tasas de eficacia anticonceptiva muy variables, entre un 4-6% en condiciones ideales y 18% en la usuaria típica (ver **tabla 16** y **17**).

**Tabla 16. Instrucciones para el uso del diafragma**

- Usarlo en todos los coitos
- Usar el diafragma siempre con crema espermicida (unos 5ml), no minióvulos porque estropean el látex. Recordar que el espermicida es activo como máximo 2 horas
- Comprobar siempre que el **cérvix** haya quedado cubierto por el diafragma
- Puede colocarse inmediatamente antes del coito, pero también horas antes si se desea. Recordar poner una nueva aplicación de espermicida si han transcurrido más de 2 horas desde la colocación
- Si hay un segundo coito, después de 2 horas del primero, colocar más crema con el aplicador sin mover el diafragma.
- Si hay molestias durante el coito, en cualquiera de los miembros de la pareja, se pueden deber a una mala colocación del diafragma
- Tras el último coito mantener el diafragma en la vagina de 6 a 8 horas
- Retirado el diafragma, lavarlo con jabón neutro y enjuagar. Hacerle recuperar su forma. Guardarlo espolvoreado con harina de maíz o almidón. Enjuagarlo siempre antes de una nueva colocación.
- Revisión periódica de la elasticidad del látex. La duración media del diafragma es 2 años.
- No usar vaselina, talcos perfumados o tratamientos vaginales, pues pueden dañar el látex.

**Tabla 17. Contraindicaciones para el uso del diafragma**

#### Contraindicaciones absolutas

- Prolapso uterino grave
- Cisto o rectocele marcados
- Músculos del introito vaginal laxos
- Alergia al látex
- Antecedente de síndrome de shock tóxico

#### Contraindicaciones relativas

- Útero con retroversión grave
- Puerperio hasta la sexta semana
- Malformaciones vaginales y/o cervicales, congénitas o adquiridas
- Infección vaginal no tratada
- Infecciones repetidas del tracto urinario
- Coitos diarios repetidos
- Mujeres que tras el entrenamiento no garanticen el uso correcto del diafragma

### 3.4. Espermicidas (no son recomendables como método único)

Se deben aplicar al menos 10 minutos antes del coito. Se presentan en óvulos, tabletas, cremas, espumas y esponja vaginal. Los más usados son el **nonoxinol-9** y el **cloruro de benzalconio**. Su eficacia parece depender más de la población estudiada que del agente espermicida en sí<sup>3,20</sup>.

### 3.5. Esponja vaginal

Consiste en un **disco cilíndrico** de unos 6 cm. de diámetro y 2,5 cm. de grosor de poliuretano, con una cinta que facilita su extracción. Contiene nonoxinol-9 como espermicida, e introducido en la vagina impide el paso de los espermatozoides al obstruir el canal endocervical y los destruye.

Tras humedecer la esponja con agua se introduce en la vagina como si fuera un tampón, con la cinta hacia fuera. Deben respetarse los mismos tiempos de colocación que en el caso del diafragma. Permite el baño y la natación, pero no debe utilizarse con la menstruación.

Es más eficaz en nulíparas (IP: 9 - 10%) que en multíparas (IP: 19 - 21%).

## 4. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL NO INTRAUTERINA (VER TABLAS 18 A 28)

Constituye un método reversible, basado en esteroides de síntesis: estrógeno y gestágeno o gestágeno sólo. Actúa modificando el moco cervical y en la mayoría de los casos impidiendo la ovulación. Además de las vías de administración tradicionales, oral y parenteral, en España están disponibles desde el 2003 el parche transdérmico y el anillo vaginal.

Todos los AH son muy eficaces cuando se usan correctamente (IP: 0,1%) pero no protegen contra las ETS/VIH. Iniciando la toma el primer día de la menstruación, la protección es inmediata.

**Tabla 18. Resumen de las evidencias más significativas en AH**

1. Los efectos cardiovasculares de la AHO están claramente influidos por el consumo de tabaco.
2. El riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) está aumentado en usuarias de AOC de 2ª y 3ª generación, frente a las no usuarias (RR = 2-4). El mayor riesgo de ETV se presenta en mujeres con alteraciones genéticas de la coagulación, siendo la más común el síndrome de la proteína C activada (prevalencia del 5% en la población general). Se justifica realizar un cribado sistemático en aquellas pacientes con historia familiar o episodio previo de tromboembolia idiopática<sup>3,21,22</sup>.
3. No hay un incremento significativo del riesgo de infarto de miocardio, ACVA, ni de diabetes mellitus. Los nuevos progestágenos producen cambios mínimos sobre el perfil lipídico<sup>3,23,24</sup>.
4. Existe evidencia sobre el efecto protector de los AHO para el cáncer de endometrio y el de ovario de aproximadamente del 50%, que aumenta con el tiempo de uso y se cree que permanece más de 20a después de dejar de tomarlos<sup>3,19,25</sup>.
5. Su relación con el cáncer de cérvix sigue siendo controvertida. Actualmente no hay suficiente información para recomendar una mayor frecuencia de cribado de cáncer de cérvix en usuarias de AHO que en población general<sup>3,26,27</sup>.
6. Se ha descrito un pequeño incremento del riesgo de cáncer de mama en mujeres que habían tomado AOC<sup>3,28</sup>. El riesgo no se incrementa con el tiempo de uso o con altas dosis de estrógenos. El resultado fue similar en mujeres de raza blanca y negra y no se encontró asociación con historia familiar de cáncer de mama<sup>3,29,30</sup>.
7. Los adenomas hepatocelulares aumentan con el tiempo de uso y con la dosis de estrógenos (más frecuentes en mayores de 30 años que han usado AHO durante más de 5 años). No se ha encontrado asociación con el cáncer de hígado, de colon ni con el melanoma<sup>3,19,31,32</sup>.
8. Disponemos de opiniones de expertos, conferencias de consenso (algunas fruto de excelentes revisiones bibliográficas<sup>3,33,34,35</sup>) y estudios específicos sobre algunas exploraciones. La mejor recomendación antes de iniciar la toma de AHO es hacer una HC personal y familiar, orientada a detectar factores de riesgo cardiovascular, medir la presión arterial e informar a la mujer sobre el método. No hay pruebas que apoyen la realización de más exploraciones<sup>3,36</sup>.
9. Una visita de seguimiento a los 3-6 meses parece útil para reforzar la adherencia al método, que tiene una alta tasa de abandono en el primer año (40-60%), sobre todo por efectos secundarios menores. Anualmente se recomienda medir TA y actualizar la HC (no hay estudios que sustenten realizar controles diferentes a los recomendados en población general).
10. La evidencia científica no justifica la realización de descansos durante la toma de AHO.

AHO: Anticoncepción Hormonal Oral; ETV: Enfermedad Tromboembólica Venosa; AOC: AHO combinada; RR: Riesgo Relativo; ACVA: Accidente Cerebrovascular agudo; HC: Historia Clínica; TA: Tensión arterial

**Tabla 19. Ventajas y beneficios no contraceptivos de la anticoncepción hormonal**

<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta seguridad</li> <li>• Ideal para relaciones con pareja estable</li> <li>• No requiere participación de la pareja</li> </ul>
<b>Beneficios no contraceptivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reducción del volumen menstrual:</b> que disminuye el riesgo de anemia ferropénica en las usuarias actuales o pasadas.</li> <li>• <b>Dismenorrea:</b> mejoría en el 90% casos, desapareciendo la sintomatología en casi 50% pacientes. Más efectivas la minipíldora de gestágenos y los AOC de altas dosis.</li> <li>• <b>Enfermedad inflamatoria pélvica:</b> riesgo menor estimado del 50 al 60%, limitado a las usuarias actuales de 12 meses o más y no se mantiene tras el cese. La gravedad de la enfermedad en usuarias es menor y requiere menos ingresos hospitalarios.</li> <li>• <b>Embarazo ectópico:</b> la protección es superior al 90%.</li> <li>• <b>Patología benigna de la mama:</b> disminuye el riesgo del 50 al 75% de presentar enfermedad fibroquística y fibroadenomas. La protección se limita a las usuarias actuales o anteriores de no más de un año y aumenta con la duración del uso.</li> <li>• <b>Quiistes de ovario:</b> disminución del riesgo del 50% para quiistes funcionales y del 80% de quiistes luteínicos. Sólo usuarias actuales y la protección está relacionada con la dosis estrogénica.</li> <li>• <b>Cáncer de endometrio:</b> el uso durante 12 meses de AHO supone una reducción del 50% del riesgo potencial de los tres principales tipos histológicos de cáncer, porcentaje que aumenta tras 3 años o más de uso y protege especialmente a mujeres de riesgo como las nulíparas. Se man- tiene al menos 15 años tras el tratamiento.</li> <li>• <b>Cáncer de ovario:</b> hay estudios que señalan una reducción media del riesgo de un 40-50% que se mantiene tras la finalización, al menos 10 - 15 años. Protección en relación directa al tiempo de uso y es evidente a partir de los 6 meses.</li> <li>• <b>Manifestaciones hiperandrogénicas:</b> mejora el acné y el hirsutismo moderado, sobre todo los preparados que contienen acetato de ciproterona. El efecto beneficioso no persiste tras el cese de la toma de AHO.</li> <li>• <b>Miomas uterinos:</b> las usuarias de 10 o más años tienen una disminución del riesgo de un 20-30%.</li> <li>• <b>Osteoporosis:</b> aparece más tarde y tiene una evolución más lenta en las mujeres que han tomado AHO, existiendo una relación directa entre el grado de protección y el tiempo de exposición.</li> <li>• <b>Endometriosis:</b> los AHO no parecen modificar la aparición, aunque sí impedirían su evolución (estado quiescente), con reactivación tras el cese. Tras cirugía, los AHO evitan la reaparición de los síntomas y reactivación de focos no accesibles</li> </ul>

AHO: Anticoncepción Hormonal Oral; AOC: Anticoncepción Oral Combinada



Tabla 20. Efectos adversos de la anticoncepción hormonal

<p><b>Efectos adversos Mayores</b></p>	<p><b>Enfermedad cardiovascular.</b>- En la actualidad no se han encontrado con los preparados microdosificados, un aumento del riesgo para IAM y ACV en pacientes de bajo riesgo. El riesgo está aumentado ante la presencia de factores de riesgo: fumadora de más de 15 cigarrillos/día, hiperlipemia, HTA, obesidad, diabetes, historia familiar de enfermedad coronaria y estados hipertensivos del embarazo<sup>10</sup>.</p> <p><b>Tromboembolismo venoso.</b>- Reacción adversa infrecuente, pero grave, con cualquier tipo de AOC y un riesgo relativo 3 a 4 veces mayor en las usuarias (riesgo mayor para gestágenos de tercera generación -desogestrel y gestodeno- que con los de segunda -levonorgestrel), y durante el primer año de utilización de AHO (cualquier tipo). Factores de riesgo para el desarrollo de TEP son: historia familiar, venas varicosas y obesidad, que actúan de forma aditiva. En pacientes con déficit congénito de antitrombina III, proteínas C y S, o con resistencia a la proteína C activada, se multiplica por 30<sup>9</sup>.</p> <p><b>Adenomas hepatocelulares.</b>- Presentan una incidencia de 3/100 000 usuarias. Sólo con elevadas dosis estrogénicas y durante un período superior a 5 años. Suelen ser asintomáticos y ocasionalmente cursan con dolor súbito debido a hemoperitoneo o hemorragia intratumoral. Suelen desaparecer tras el abandono del tratamiento. En cuanto al carcinoma hepatocelular, no existen datos que apoyen una relación causa-efecto entre ambos procesos<sup>9</sup>.</p> <p><b>Cáncer de mama.</b>- los estudios y metaanálisis recientes no parecen apreciar un incremento global del riesgo. Sin embargo, cuando el análisis se estratifica por edad hay un incremento del riesgo relativo en mujeres menores de 45 años, que se ve compensado por una disminución del riesgo en mujeres de 45 a 55 años. El riesgo se incrementa con la duración de la exposición y con la menor edad en el comienzo del uso.</p> <p><b>Cáncer de cérvix.</b>- Los datos disponibles son discordantes, existiendo estudios que no encuentran aumento del riesgo, mientras que otros argumentan que los AHO a medio y largo plazo se asocian a un incremento del riesgo.</p>
<p><b>Efectos adversos Menores</b></p>	<p><b>Incremento de peso.</b>- Puede existir retención hídrica durante los tres primeros meses, pero no se ha demostrado que tras este tiempo exista un aumento significativo de peso. Sólo hay un grupo de mujeres (&lt;5%) en las que se desarrolla una respuesta anabólica a los esteroides. Estos casos responden con restricción alimentaria y ejercicio físico.</p> <p><b>Náuseas y vómitos.</b>- aparecen en los 3 primeros meses y ceden con el uso continuado. Mejor tolerados los compuestos entre 15 y 30 mcg de etinilestradiol.</p> <p><b>Mastalgia.</b>- si es posmenstrual suele ser debida al efecto estrogénico sobre la mama. Si aparece en los períodos de descanso de 7 días es consecuencia de la retención hídrica secundaria al cese brusco de gestágenos.</p> <p><b>Infecciones urinarias.</b>- aumentan en el 20% y dependen dosis estrogénica. Aumento de riesgo sólo perceptible tras 6 meses.</p> <p><b>Hirsutismo o acné.</b>- en las mujeres no hirsutas puede aparecer por una mayor sensibilidad cutánea a la actividad androgénica de los gestágenos. En las pacientes con hirsutismo idiopático los AOC, especialmente los que usan ciproterona como gestágeno, tienen un efecto beneficioso, aunque éste no es perceptible antes de los 6 meses de uso.</p> <p><b>Cloasma.</b>- en relación con el efecto estrogénico, en el 5% de los casos y no se aclara totalmente tras el cese.</p> <p><b>Cambios en la libido.</b>- se dan del 5 al 30% de las usuarias</p> <p><b>Depresión.</b>- la frecuencia total es del 5 al 15% y predomina en pacientes con historia previa.</p> <p><b>Ictericia.</b>- puede originar ictericia colostática y prurito generalizado en pacientes que en embarazos previos han presentado ictericia idiopática recurrente.</p> <p><b>Litiasis biliar.</b>- en mujeres predisuestas aumenta el riesgo relativo, sobre todo durante el primer año de tratamiento.</p> <p><b>Amenorrea pospíldora.</b>- su incidencia es similar a la de la población general, menor del 1%; por tanto, su etiología no es secundaria a la toma de AOC. Estos suelen enmascararla y aparece al abandonarlos. Si tras 3 meses de abandonar el tratamiento persiste se recomienda estudio y tratamiento como cualquier amenorrea secundaria.</p> <p><b>Pérdidas intermenstruales (spotting).</b>- es el efecto secundario que condiciona un mayor porcentaje de abandonos. Se atribuye a un desequilibrio entre el aporte estrogénico y el gestagénico. Se presenta más frecuentemente en los primeros ciclos. Disminuye su incidencia con los preparados trifásicos y los gestágenos de tercera generación, aumentando con los preparados de 15 y 20mcg de etinilestradiol y, sobre todo, con la minipíldora de gestágeno. Si persiste más de 3 meses o aparece tras 6 meses de tratamiento obliga a descartar una patología ginecológica.</p>

IAM: Infarto Agudo de Miocardio; ACV: Accidente Cerebrovascular; HTA: Hipertensión Arterial; AOC: Anticoncepción Oral Combinada; AHO: Anticoncepción Hormonal Oral; TEP: Tromboembolismo pulmonar; mcg: microgramos

#### 4.1. Efectos adversos AHO<sup>10</sup>

Los efectos adversos constituyen un problema mucho menos importante que en el pasado dado que las concentraciones de estrógenos y progestágenos han disminuido de forma notable. Muchos de estos efectos son transitorios, pero pueden ser una razón para su discontinuación. Los efectos adversos graves suelen aparecer fundamentalmente en mujeres mayores de 35 años que fuman o tienen antecedentes de problemas cardiovasculares o diabetes. Se pueden dividir en mayores y menores (ver **tabla 20 y 21**).

**Tabla 21.** Alteraciones analíticas con AHC<sup>37</sup>

<p>1. Si se produce una alteración del perfil lipídico hay que tener en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y seguir el siguiente protocolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LDL &lt;130, sí AHC</li> <li>• LDL 130-160, sí AHC + dieta (salvo &gt;35 años con 2 o más factores de riesgo = NO AHC)</li> <li>• LDL 160-189:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;35 años, con 1 o ninguno factores de riesgo: AHC + dieta</li> <li>- &gt;35 años: NO AHC</li> </ul> </li> <li>• LDL &gt;190= NO AHC</li> </ul> <p><b>Factores de riesgo</b> son: Historia familiar de enfermedad coronaria prematura, tabaquismo, HTA, Diabetes, Obesidad, Enfermedad Cardiovascular previa y HDL &lt;35 mg/dl.</p> <p>2. Si se descubren cifras de triglicéridos &gt;500 mg/dl <b>suspender</b> la AHC. Si aumento de Triglicéridos de causa endógena = NO AHC</p> <p>3. Si en un examen de salud se descubre una hipertransaminasemia, hay que <b>investigar</b> la causa y <b>suspender</b> la AH (buscar método alternativo) hasta que ceda el proceso.</p>
---

AHC: Anticoncepción Hormonal Combinada; LDL: Lipoproteínas de baja densidad; HTA: Hipertensión Arterial; HDL: Lipoproteínas de alta densidad; mg: miligramos

#### 4.2. Fármacos que interaccionan con los AHO (ver **tabla 22**)

La posibilidad de interacción dependerá en gran medida de la susceptibilidad individual.

**Tabla 22.** Relación de fármacos que pueden disminuir la efectividad de la AH

Anticonvulsivantes	Otros medicamentos
Hidantoína*	Rifampicina*
Barbitúricos*	Rifabutín*
Primidona*	Troglitazona*
Carbamazepina*	Griseofulvina*
Topiramato*	Modafinil*
Felbamato	Penicilina y derivados**
	Tetraciclinas**
	Flunarizina
	Ritonavir
	Hypericum perforatum (ver <b>tablas 23 y 24</b> )

\* Por inducción del citocromo P450; \*\* Por alteración enterohepática

Además, los anticonceptivos hormonales pueden disminuir el efecto de la imipramina y aumentar los de: corticosteroides, teofilina, diazepam, ciclosporina, alprazolam, clordiacepóxido, nitrzapam y propranolol.



Pauta que se seguirá:

1. En el caso de los inductores enzimáticos, se utilizará otro método anticonceptivo coincidiendo con la toma y durante el mes siguiente a terminar el tratamiento.
2. En el resto: se utilizará otro método anticonceptivo coincidiendo con la toma y durante los siete días siguientes. En el caso de que se prolongue el tratamiento más de 15 días no es necesario utilizar otro método anticonceptivo.

**Tabla 23.** Algunos nombres populares de *Hypericum Perforatum* en España

- **Castellano:** Corazoncillo, Hierba de las heridas, Hierba militar, Hierba de San Juan, Hipérico, Hipericón Perforata, Pericón, Sanjuanes.
- **Catalán:** Flor de Sant Joan, Herba de Sant Joan, Flor de Sant Pere, Herba de cop, Herba foradada, Herba del pericó, Pericó, Periquet, Tresflorina/ Trasflorina.
- **Euskera:** Asiki-belarr, Biotxu, Espai-bedarr Milazilo, Milaxilo, Ostoargal.
- **Gallego:** Herba de San Xuan, Hipérico das Brañas, Milfurada.

**Tabla 24.** Algunas especialidades farmacéuticas/preparados con H Perforatum

- Abate Hamon n-12 140 gramos
- Arkocapsulas Hiperico 185mg 50cápsulas
- Grageas herbales Kneipp Hierba de San Juan 60 grageas
- Herbofler corazoncillo 50g trociscos
- Herbogonia 50, 80, 100, 120 y 150 gramos trociscos
- Herbolotus 80 gramos trociscos
- Hiperico Aquilea 300mg 30 y 60 comprimidos
- Hiperico El Naturalista 60g trociscos
- Hiperico Zea Mais 40 gramos
- Hypericum Natysal 60 y 120 cápsulas
- Infusión Bekunis somnífero sedante 25 sobres
- Kajel 300mg 30 y 60 comprimidos
- Limosela contra el estrés 10 sobres filtro
- Limosela contra el estrés 25 gramos trociscos
- Minidrox 300mg 30 y 60 comprimidos
- Natusor somnisedan 80 gramos trociscos
- Purificador hepático renal Miguez 125ml
- Quetzal 300mg 30 y 60 comprimidos
- Relafit hipericon 60caps 300mg
- Roha-med tranquilizante inductor del sueño 20 sobres/filtro
- Roha-med tranquilizante inductor del sueño 80g trociscos
- Roha-med trastornos circulatorios menores 20 sobres/filtro
- Roha-med trastornos circulatorios menores 80g trociscos
- Toleren 300mg 30 y 60 comprimidos

mg: miligramos; ml: mililitros

4.3. Tipos de anticoncepción hormonal (ver **tabla 25**)

**Tabla 25.** Anticonceptivos hormonales disponibles en España<sup>2</sup>

Tipo AH	Nombre comercial	Estrógeno (mcg)	Gestágeno (mcg)
<b>ORALES COMBINADOS</b>			
Etinilestradiol (EE)+ levonorgestrel (LNG)	Neogynona®, Ovoplex®*	50	250
	Microgynon®, Ovoplex® 30/150*	30	150
	Triagynon®***, Tricyclor®***	30/40/30	50/75/125
	Loette®	20	100
Etinilestradiol (EE)+desogestrel	Gracial®**	30/40	125/250
	Microdiol®	30	150
	Suavuret®	20	150
Etinilestradiol (EE)+gestodeno	Gynovin®, Minulet®	30	75
	Trigynovin®***, Triminulet®***	30/40/30	50/70/100
	Harmonet®, Meliane®	20	75
	Melodene 15®, Minesse®	15	60
<i>Con efecto antiandrogénico:</i>			
EE + acetato de ciproterona	Diane 35®, Diane 35 diario®*	35	2000
EE + drospirenona (diurético)	Yasmin®, Yira®	30	3000
<b>ORALES DE SÓLO GESTÁGENO</b>			
Desogestrel LNG (para AE)	Cerazet®*		75
	Norlevo®, Postinor®		750
<b>ANILLOS VAGINALES</b>			
EE + Etonogestrel	Nuvaring®	15/día	120/día
<b>PARCHES TRANSDÉRMICOS</b>			
EE + norelgestromina	Evra®	20/día	150/día
<b>INYECTABLES</b>			
<i>Mensual combinado:</i>			
EE + dihidroxiprogesterona	Topasel®*	10	150
<i>Trimestral de gestágeno sólo:</i>			
Acetato de medroxiprogesterona	Depo-progevera®*		150
<b>IMPLANTES / SIL</b>			
<i>Trienal (gestágeno sólo):</i>			
Etonogestrel	Implanon® (Implante)		68000
<i>Quinquenal (gestágeno sólo):</i>			
LNG	Mirena® (SIL) <sup>DH</sup> Jadelle®* (Implante) <sup>DHV</sup>		52000 75000

\*Financiable por la SS en España; \*\*Bifásicos; \*\*\*Trifásico;  
 AH: Anticoncepción Hormonal; mcg: microgramos; EE: Etinilestradiol; LNG: Levonorgestrel;  
 AE: Anticoncepción de emergencia; SIL: Sistema Intrauterino de Liberación; DH: Diagnóstico Hospitalario; DHV: DH + Visado  
 La mayoría de los anticonceptivos orales comercializados incluyen 21 pastillas activas únicamente, pero existe uno que precisa 22 (Gracial®) y también hay presentaciones de algunos que complementan las 21 pastillas activas con 7 de placebo para no necesitar descanso de la toma (Melodene 15®, Diane 35 diario® y Cerazet®)

**4.3.1. Anticonceptivos hormonales orales (AHO):** Se clasifican en dos categorías: combinados o de gestágeno sólo.

- a) Los **combinados** AOC son altamente efectivos (IP teórico = 0,1% años/mujer) y seguros para las mujeres sanas y sin factores de riesgo cardiovascular, independientemente de su edad. Ofrecen protección frente al embarazo no deseado, de forma temporal, eficazmente y con un elevado grado de aceptación entre las usuarias. Se comercializan desde 1960, incluyendo en un principio altas dosis de estrógeno y progestágeno que fueron gradualmente disminuyéndose. El estrógeno utilizado comúnmente es etinilestradiol (EE) en diversas dosificaciones y el gestágeno, según su origen, puede ser: derivado de la progesterona (medroxiprogesterona y acetato de ciproterona) o derivado de la nortestosterona de 1, 2 y 3 generación (cada vez más potentes y menos androgénicos). Pueden ser monofásicos, bifásicos o trifásicos.

Se comenzará la toma el primer día del ciclo menstrual, eligiendo el mismo momento del día para tomarla, diariamente en los envases de 28 pastillas o con un descanso de 6 ó 7 días en los envases de 22 ó 21. El siguiente envase se comienza a los 7-8 días de terminado el anterior, si no hay comprimidos placebo. Un retraso en el comienzo del siguiente envase superior a 2 días necesita de un método anticonceptivo complementario durante 7 días.

Los mayores determinantes de la aceptabilidad de los AOC son su eficacia, el control del ciclo y los poco frecuentes efectos secundarios. Diferentes revisiones concluyen que la eficacia de uso varía con la edad, la raza y la situación marital y no se han encontrado diferencias significativas en el sangrado intermenstrual entre distintas formulaciones que al igual que los efectos secundarios comunes suelen disminuir con el uso<sup>3,38</sup>. La AOC que contiene LNG debe ser recomendada como píldora de primera elección por estar asociada a un menor riesgo de ETV que aquella que contiene desogestrel o gestodeno<sup>39</sup>.

- b) Los **AHO con sólo gestágeno** (minipíldoras, AHOsG) son menos eficaces (tasa de eficacia oscila entre el 1.1% y 9.6% durante el primer año de uso), pero sin los efectos secundarios de los estrógenos. En España está comercializado con 75mcg de desogestrel, con 28 comprimidos que se toman sin ninguna interrupción. Es una alternativa en la lactancia (a partir de la sexta semana posparto) y en casos con contraindicación para los estrógenos. Su principal inconveniente son las irregularidades menstruales frecuentes. Es imprescindible mantener un horario estricto de tomas para garantizar la máxima efectividad: el olvido de toma (una de las causas de fallo) no debe superar las tres horas, transcurrido este tiempo se debe utilizar un método anticonceptivo de barrera adicional durante los 7 días siguientes. La fertilidad se recupera inmediatamente al interrumpir la toma.

Además de contar con el acuerdo de la usuaria, se descartará la presencia de cualquier contraindicación absoluta antes de prescribir los AHO (ver **tablas 7, 26 y 27**). Si se dan contraindicaciones relativas, un médico debe realizar un balance de los posibles riesgos y beneficios en cada caso. La aparición de una contraindicación absoluta exigirá la suspensión del tratamiento.

**4.3.2. Anticonceptivos hormonales parenterales (AHP):** Su uso está limitado a situaciones especiales, por la administración única. Están indicados, además de por elección personal, en mujeres con cumplimiento difícil (adolescentes, mujeres que olvidan las tomas y mujeres con retraso mental). Como efectos secundarios, además de los señalados para los AHO, suelen producir grandes alteraciones menstruales, por exceso y por defecto.

#### 4.3.2.1. Anticonceptivos Inyectables: Disponemos de dos tipos

- a) *Combinado de estrógeno y gestágeno* (Topasel®): Se inicia con 1amp/IM profunda el 7º - 8º día del ciclo, repitiendo cada 28 días con un margen para la reinyección de 3 días antes o 3 días después. Patrón de sangrado más regular que en los de sólo gestágeno pero con las contraindicaciones asociadas a los estrógenos.
- b) *Gestágeno sólo, AHIsG* (Depo-progevera®, 150mg acetato de medroxiprogesterona): Comenzar con 1amp/IM profunda el quinto día del ciclo y continuar cada 3 meses con un margen para la reinyección de 15 días antes o 15 días después. Está indicada siempre que haya una contraindicación de uso para el tratamiento con estrógenos, durante la lactancia y representa un método ideal en mujeres en tratamiento con antiepilépticos ya que la progesterona aumenta el umbral de las convulsiones.

#### 4.3.2.2. Implantes Subcutáneos: Según la bibliografía se pueden considerar el método más eficaz, puesto que no se ha presentado un solo embarazo en la mujeres con implantes anticonceptivos. Su eficacia teórica es similar a la eficacia de uso, puesto que en esta vía de administración no influye el cumplimiento que haga la mujer.

Los principales *efectos secundarios* son los cambios que producen en el patrón de sangrado, que aunque no graves constituyen la razón principal para el abandono del método (tasa de discontinuación en Europa del 30%).

La inserción, para obtener anticoncepción inmediata, debe realizarse antes del 7º día del ciclo. Cuando se cambia desde otro método o circunstancias especiales:

- Desde un AOC: realizar al día siguiente de tomar el último comprimido y, como muy tarde, al día siguiente del período de descanso.
- Desde un AHOsG (minipíldora): realizar cualquier día.
- Desde un AHIsG: realizar en el momento en que se debería administrar la siguiente inyección.
- Después de un aborto del primer trimestre puede insertarse inmediatamente.
- Después del parto o un aborto del segundo trimestre hay que esperar entre 21 y 28 días.

El implante ha de quedar situado a nivel subdérmico en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante. Deber ser realizado bajo asepsia estricta y anestesia de la zona por un profesional sanitario entrenado.

La duración depende del tipo, y la fertilidad una vez extraído se recupera dentro del primer mes. Tiene como inconvenientes que deja cicatriz y no protege de ETS, por lo que es muy importante el asesoramiento correcto preinserción. Actualmente se dispone en España de dos tipos:

- a) De *etonogestrel* (Implanon®), consistente en una varilla de acetato de etilvinilo de 40mm de longitud y 2 mm de diámetro, que libera 0,03 mg de etonogestrel por día. La duración de uso es de 3 años.
- b) De *LNG* (Jadelle®), que está compuesto por dos varillas flexibles de 43 mm de longitud por 2,5 mm de diámetro, que libera 100mcg/día en el primer mes y progresivamente disminuye hasta 25 mcg/día. La duración de uso es de 5 años, aunque a partir del cuarto la concentración plasmática de LNG es más baja por lo que disminuye la eficacia anticonceptiva. Además, los niveles en sangre son inversamente proporcionales al peso corporal y en mujeres de más de 60 kg debe considerarse la sustitución a partir del 4º año.

**4.3.3. Nuevas vías de administración:** Comparten las indicaciones, contraindicaciones y los efectos secundarios de los AOC, con algunas diferencias derivadas de las vías de administración<sup>3,40</sup>.

**4.3.3.1. Parche transdérmico (Evra®).** - Debe aplicarse, el primer día del ciclo menstrual, sobre piel sana e intacta, sin vello, seca y limpia del glúteo, abdomen, parte exterior del brazo o parte superior del torso, en un lugar donde no roce con la ropa, durante una semana y se cambia los días 8 y 15 del ciclo. El día 22 se inicia una semana libre de parche. Libera diariamente **20 mcg de EE y 150 mcg de norelgestromina**. El nuevo ciclo anticonceptivo comienza al día siguiente de la semana sin parche. Más del 99% de eficacia anticonceptiva, control del ciclo similar a los AHO<sup>3,41</sup>, cumplimiento de hasta el 97% y buen perfil de tolerabilidad.

**4.3.3.2. Anillo mensual** combinado de estrógeno y gestágeno (Nuvaring®).- Anillo de material flexible y transparente, que se inserta la propia mujer el primer día del ciclo y permanece en la vagina liberando a diario **15 mcg de EE y 150 mcg de etonogestrel** durante tres semanas, pues el día 21 se ha de retirar a la misma hora en que fue insertado. Pasados 7 días, se introduce un nuevo anillo. Si una mujer olvida cambiarlo después de tres semanas de uso, sigue siendo eficaz al menos hasta cinco semanas seguidas. Se puede extraer (aunque no es necesario) para el coito sin que pierda eficacia, siempre que no permanezca más de tres horas fuera de la vagina. Si durante los 21 días, el anillo permanece fuera de la vagina más de 3 horas, la mujer deberá usar un refuerzo anticonceptivo los 7 días siguientes. Constituye una alternativa para mujeres con efectos secundarios digestivos con los AOC o para las que tienen dificultades de cumplimiento para la toma diaria. La inhibición total de la ovulación conseguida con el anillo es similar a la conseguida con el AHO. No disponemos aún de ensayos clínicos realizados en nuestro país<sup>3,42</sup>.

#### 4.3.4. Expectativas

**4.3.4.1.** Un nuevo AOC de **régimen largo** (Sensonale®), 84 días seguidos tomando píldora y una semana de descanso, que ha demostrado ser más eficaz que la pauta de 21 días, está pendiente de ser aprobado por la FDA.

**4.3.4.2.** Se realizan ensayos clínicos en **varones**, administrando **AH** con testosterona y progestina. Según el presidente de la Sociedad Española de Contracepción, en 5 años habrá un anticonceptivo oral para los hombres, aunque lo considera una "apuesta arriesgada" por parte de la industria, ya que no está muy claro que el hombre lo asuma con la naturalidad que lo hicieron las mujeres, ni que estas se fíen de que verdaderamente la tomen.

**Tabla 26.** Contraindicaciones AOC según las categorías de la OMS<sup>43, 44</sup>

<b>Categoría 1</b> <b>Sin restricciones en su uso</b>	<b>Categoría 2</b> <b>(puede usarse con seguimiento cuidadoso)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad desde la menarquia hasta los 40 años</li> <li>• Nulíparas o mujeres con partos</li> <li>• Desde los 21 días de puerperio, sin lactancia materna</li> <li>• Inmediatamente en los abortos de 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> trimestres</li> <li>• Después de gestación ectópica</li> <li>• Antecedentes de diabetes gestacional</li> <li>• Antecedentes de cirugía menor con inmovilización</li> <li>• Venas varicosas</li> <li>• Cefalea no migrañosa, moderada o severa.</li> <li>• Epilepsia sin inductores enzimáticos.</li> <li>• Sangrado vaginal, irregular, abundante o prolongado.</li> <li>• Tumor ovárico benigno.</li> <li>• Dismenorrea severa y endometriosis.</li> <li>• Enfermedad trofoblástica, benigna y maligna.</li> <li>• Enfermedad de la mama: benigna o en historia familiar de cáncer de mama.</li> <li>• Cáncer de endometrio u ovario.</li> <li>• EPI actual o dentro de los 3 últimos meses.</li> <li>• ETS actual o dentro de los 3 últimos meses, vaginitis o riesgo aumentado de ETS.</li> <li>• VIH/SIDA actual o con riesgo.</li> <li>• Enfermedad tiroidea</li> <li>• Esquistosomiasis sin fibrosis hepática, malaria, tuberculosis pélvica y no pélvica.</li> <li>• Estado de portador de hepatitis vírica.</li> <li>• Anemias: Talasemia y déficit de hierro.</li> <li>• Antibióticos: excepto rifampicina y griseofulvina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &gt;40 años</li> <li>• Lactancia materna después 6 meses posparto</li> <li>• Fumadora &lt;35años</li> <li>• Obesidad (IMC&gt;30)</li> <li>• Historia de HTA en el embarazo</li> <li>• TVP o TEP en familiar de primer grado</li> <li>• Cirugía mayor sin inmovilización</li> <li>• Tromboflebitis superficial</li> <li>• Dislipemia</li> <li>• Valvulopatía no complicada</li> <li>• Migraña sin focalidad en &lt;35 años</li> <li>• Sangrado vaginal no diagnosticado</li> <li>• CIN y cáncer de cérvix</li> <li>• Patología mamaria no diagnosticada</li> <li>• Diabetes sin vasculopatía</li> <li>• Colecistopatía asintomática o colecistectomía</li> <li>• Historia de colestasis en el embarazo</li> <li>• Anemia de células falciformes</li> </ul>
<b>Categoría 3</b> <b>(no se recomienda o seguimiento estricto)</b>	<b>Categoría 4</b> <b>Uso contraindicado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna de 6 semanas - 6 meses posparto</li> <li>• Posparto &lt;21 días</li> <li>• Mujer &gt;35 años y fumadora &lt;15 cigarrillos/ día</li> <li>• Múltiples factores de riesgo para ECV arterial.</li> <li>• Diabetes con afectación vascular o &gt;20 años evolución.</li> <li>• HTA: PAS 140-159 y/o PAD 90-99 mmHg</li> <li>• Migraña sin síntomas focales en &gt;35 años</li> <li>• Cáncer de mama de evolución &gt;5 años</li> <li>• Historia de colestasis en el uso de AOC</li> <li>• Colecistopatía actual o bajo tratamiento</li> <li>• Cirrosis compensada</li> <li>• Uso de fármacos inductores de enzimas hepáticas: antibióticos (rifampicina), antifúngicos (griseofulvina), anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna antes de las 6 semanas posparto</li> <li>• Mujer &gt;35 años y fumadora &gt;15 cigarrillos/ día</li> <li>• Múltiples factores de riesgo para ECV arterial.</li> <li>• HTA: PAS&gt;160 y/o PAD &gt;100 mmHg</li> <li>• TVP o TEP (actual o antecedente)</li> <li>• Cirugía mayor con inmovilización prolongada.</li> <li>• Cardiopatía isquémica (actual o antecedente)</li> <li>• ACV (actual o antecedente)</li> <li>• Valvulopatía complicada (HTP, FA, otras)</li> <li>• Migraña con síntomas focales</li> <li>• Cáncer de mama actual</li> <li>• Diabetes con afectación vascular o &gt;20 años evolución.</li> <li>• Cirrosis hepática descompensada</li> <li>• Tumores hepáticos benignos y malignos</li> <li>• Esquistosomiasis con severa fibrosis hepática</li> <li>• Hepatitis viral actual</li> </ul>

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria; ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana; SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; IMC: Índice de Masa Corporal; HTA: Hipertensión Arterial; TVP: Trombosis Venosa Profunda; TEP: Tromboembolismo Pulmonar; CIN: Neoplasia Intraepitelial de Cérvix; ECV: Enfermedad Cardiovascular; PAS: Presión Arterial Sistólica; PAD: Presión Arterial Diastólica; mmHG: milímetros de Mercurio; ACV: Accidente Cerebrovascular; HTP: Hipertensión Pulmonar; FA: Fibrilación Auricular

**Tabla 27.** Contraindicaciones AHsG según las categorías de la OMS<sup>44</sup>

<b>Categoría 1</b> <b>Sin restricciones en su uso</b>	<b>Categoría 2</b> <b>(puede usarse con seguimiento cuidadoso)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &gt;18 años (inyectables en &gt;45, categoría 2)</li> <li>• Fumadoras</li> <li>• Cefalea no migrañosa moderada o severa</li> <li>• Antecedentes de preeclampsia</li> <li>• Antecedentes de embarazo ectópico (minipíldora, categoría 2)</li> <li>• Posparto (sin lactancia materna) y posaborto inmediatos</li> <li>• Lactancia desde la 6ª semana posparto</li> <li>• Patología mamaria benigna</li> <li>• Antecedentes familiares de cáncer de mama</li> <li>• Diabetes gestacional</li> <li>• Dismenorrea severa y endometriosis</li> <li>• Miomas uterinos</li> <li>• Cáncer de ovario o endometrial</li> <li>• Tumores ováricos benignos (incluyendo quistes)</li> <li>• Enfermedad pélvica inflamatoria</li> <li>• Enfermedad trofoblástica gestacional</li> <li>• Venas varicosas</li> <li>• Tromboflebitis superficial</li> <li>• Valvulopatías cardíacas</li> <li>• HTA controlada, si la TA puede ser monitorizada (inyectables, categoría 2)</li> <li>• HTA leve (TA &lt; 160/100) (inyectables, categoría 2)</li> <li>• Antecedentes de ictericia durante el embarazo</li> <li>• Hepatitis (no activa, portador)</li> <li>• Tiroideopatías</li> <li>• Talasemia y anemia de células falciformes</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Esquistosomiasis sin severa fibrosis hepática</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Malaria</li> <li>• Anemia ferropénica</li> <li>• ETS actual o pasada</li> <li>• VIH positivo y riesgo aumentado de VIH</li> <li>• Cirugía mayor con y sin inmovilización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &lt; 18 años (minipíldora e implantes, categoría 1)</li> <li>• Obesidad (minipíldora, categoría 1)</li> <li>• Cefalea migrañosa (cuando no hay síntomas focales, las minipíldoras pueden ser consideradas categoría 1)</li> <li>• Ciclos menstruales irregulares, incluso con hipermenorrea</li> <li>• CIN y cáncer cervical (minipíldora, categoría 1)</li> <li>• Nódulo mamario sin diagnóstico (hasta que se aclare el mismo, considerando que el embarazo es un riesgo mayor)</li> <li>• Antecedentes de hipertensión, si no puede tomarse la TA regularmente en la actualidad.</li> <li>• HTA moderada (TA &gt; 160/100) o severa (TA &gt; 180/110) y/o con daño vascular (inyectables, categoría 3)</li> <li>• Cardiopatía isquémica y ACV (inyectables, categoría 3)</li> <li>• Hiperlipidemias conocidas (inyectables, categoría 3)</li> <li>• Diabetes (inyectables, categoría 3 en casos de más de 20 años de evolución o con patología vascular)</li> <li>• Múltiples factores de riesgo de ECV (inyectables, categoría 3)</li> <li>• Colecistopatías</li> <li>• Antecedentes de ictericia por AOC</li> <li>• Cirrosis con daño hepático moderado</li> </ul>
<b>Categoría 3</b> <b>(no se recomienda o seguimiento estricto)</b>	<b>Categoría 4</b> <b>Uso contraindicado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna antes de la 6ª semana posparto</li> <li>• Antecedentes de cáncer de mama</li> <li>• Enfermedad tromboembólica actual o pasada</li> <li>• Hepatitis activa</li> <li>• Cirrosis severa</li> <li>• Esquistosomiasis con severa fibrosis hepática</li> <li>• Ictericia actual</li> <li>• Tumores hepáticos benignos o malignos</li> <li>• Uso de rifampicina o griseofulvina (inyectables, categoría 2)</li> <li>• Toma de antiepilépticos, excepto ácido valproico (inyectables, categoría 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo</li> <li>• Sangrado vaginal inexplicable (minipíldora e inyectables, categoría 3)</li> <li>• Cáncer actual de mama</li> </ul>

HTA: Hipertensión Arterial;

TA: Tensión Arterial;

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual;

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; ACV: Accidente Cerebrovascular;

AHO: Anticoncepción Hormonal Oral.



#### 4.4. ¿Qué anticonceptivo hormonal elegir?

La mujer debe elegirlo valorando contraindicaciones, efectos secundarios y vía de administración. Los estudios existentes no son definitivos a favor de un tipo de AH, pero la AOC que contiene LNG está asociada a menor riesgo de ETV por lo que debe ser considerada de primera elección cuando se opte por este tipo de AH.

##### 4.4.1. *Si comienza a tomar anticonceptivos orales combinados por primera vez:*

- Menor de 20 años, se elegirá entre los preparados combinados de 30mcg de EE. Dosis menores de estrógeno podrían afectar al desarrollo de un adecuado pico de masa ósea.
- Mayor de 20 años, elegirá entre los preparados de 30, 20 y 15mcg de EE. La evidencia científica disponible actualmente no muestra diferencias significativas entre estos preparados, pero con los preparados de 15mcg el control del ciclo es peor.
- Si existe acné, hipertricosis y/o hirsutismo podría usarse con preferencia un preparado combinado que incluya efecto antiandrógeno (ver tabla 25)

##### 4.4.2. *Si está tomando anticonceptivos orales combinados:*

- Si toma AOC de dosis >30mcg, cambiar a preparado según se expone en apartado anterior para > de 20 años.
- Si toma AOC de dosis ≤30mcg y hay buena tolerancia, continuar con mismo preparado.
- Si existe acné, hipertricosis y/o hirsutismo, AOC con efecto antiandrogénico.

4.4.3. *Si ha tomado anticonceptivos orales combinados anteriormente, que le produzcan efectos secundarios y desea este método,* se prescribirá un preparado de distinta composición al que tomó anteriormente. En todos estos casos si tras 4-5 meses de la toma de AOC aparecen efectos secundarios intratables, suspender AOC e indicar preparados con progestágeno sólo según el siguiente apartado.

4.4.4. *Se optará por AH sG* si no existen contraindicaciones para su uso y la mujer acepta el patrón de sangrado que éstos provocan, en los casos de contraindicaciones o intolerancia al componente estrogénico de otros preparados. Son de elección en la lactancia.

4.4.5. *Se optará por la anticoncepción inyectable combinada* si no existen contraindicaciones para su uso y la mujer prefiere esta vía de administración. También en caso de existir dificultades para el cumplimiento de la anticoncepción hormonal oral. Actualmente hay que tener en cuenta otras dos vías de administración en estos casos: el parche y el anillo.

##### 4.4.6. *Si se realiza cambio de preparado:*

- Se recomienda comenzar con el nuevo el primer día de la menstruación.
- Si se cambia a un preparado de menos dosis de EE, informar a la usuaria de la aparición de sangrados intermenstruales o ausencia de hemorragia por privación los tres primeros ciclos.
- Si se cambia a un preparado oral con progestágeno sólo, comenzar cualquier día sin descansar del preparado anterior



Tabla 28. Manejo clínico de los AHO

<b>1. Posponer la menstruación</b>	Omitir el intervalo de 7 días de descanso y comenzar un nuevo envase de 21 píldoras, al día siguiente de haber finalizado el envase anterior (en los envases de 28 deben tomarse las 21-25 píldoras "activas" e iniciar otro envase).
<b>2. Olvido de pastillas</b>	<p>a) Olvido de una píldora: - Tomar la píldora olvidada y a su hora la del día correspondiente.</p> <p>b) Dos o más píldoras en cualquier momento del ciclo: continuar igual y utilizar otro método anticonceptivo desde ese momento y durante los siguientes 7 días (en la 3ª semana se puede iniciar desde ese día la toma de un nuevo envase). Si el olvido ha ocurrido en las primeras 7 pastillas y ha habido coito desprotegido se necesita AE.</p>
<b>3. Náuseas y otros</b>	Náuseas y tensión mamaria pueden aparecer los primeros meses. Desaparecen con el tiempo de uso.
<b>4. Aumento de peso</b>	Con los AHO de baja dosis no se ha demostrado un aumento de peso significativo. Controlar con restricción dietética (pequeño porcentaje casos, respuesta anabólica a los esteroides y en este caso disminuirá el peso al suspenderlos)
<b>5. Metrorragia (más de una compresa al día)</b>	Si persiste a partir del tercer mes de tratamiento, descartar patología orgánica. Aclarado el origen, aumentar la dosis de estrógenos. No se ha demostrado que la hemorragia vaya asociada a una disminución de la eficacia.
<b>6. Spotting (menos de una compresa al día)</b>	Tiene mayor incidencia los tres primeros meses (10-30% en el primer mes, menos del 10% en el tercero). Se debe tranquilizar a la paciente y si persiste más de tres meses se puede aumentar la dosis de estrógenos.
<b>7. Ausencia de hemorragia por privación</b>	a) En una ocasión: descartar embarazo, tranquilizar a la mujer y continuar la toma. b) Persistente: descartar embarazo y si el estudio complementario es normal continuar la toma si lo desea la mujer. Si genera mucha ansiedad se pueden intentar otras formulaciones de AOC (no está apoyado en ningún ensayo clínico) o recomendar otro método.
<b>8. Vómitos y diarrea</b>	Si vomita en las 3-4 horas siguientes a la toma, continuar la toma diaria y usar otro método complementario.
<b>9. Cloasma</b>	Incidencia del 5%, menor con los preparados de bajas dosis de estrógenos. Desaparece tras suspender la píldora.
<b>10. Amenorrea postpíldora</b>	No se ha demostrado relación causa-efecto (incidencia 0,7- 0,8%). Si persiste más de 12 meses, estudio habitual.
<b>11. Embarazo</b>	La toma inadvertida al comienzo no aumenta el riesgo de malformación congénita. Tampoco con progestágenos.
<b>12. Fertilidad</b>	Tras abandono de la píldora, el 50% mujeres quedan embarazadas en 3 primeros meses. A los 2 años no han conseguido embarazo un 15% nulíparas y un 7% multíparas, similar a la prevalencia espontánea de infertilidad.
<b>13. Interacciones</b>	<p>a) Evidencia clara con anticonvulsivantes y rifampicina</p> <p>b) Con los antibióticos (penicilina y derivados, metronidazol, quinolonas y tetraciclinas) que disminuyen la flora bacteriana gastrointestinal, se ha demostrado que modifican la secreción de esteroides contenidos en los AOC, aunque no hay evidencia de que alteren los niveles plasmáticos</p> <p>c) Ante posible interacción con cualquier fármaco, recomendar el uso de métodos de barrera mientras se tome el fármaco y hasta 7 días después de la finalización del mismo.</p>
<b>14. Cirugía Programada</b>	<p>a) Suspender la administración 6 semanas antes de una intervención quirúrgica de alto riesgo de tromboembolismo (abdominal, pélvica o traumatológica) o inmovilización prolongada.</p> <p>b) Esperar al menos 2 semanas tras la cirugía antes de reiniciar el tratamiento</p>

AHO: Anticoncepción Hormonal Oral; AOC: Anticoncepción Oral Combinada;

## 5. MÉTODO INTRAUTERINO (VER TABLAS 29 A 35)

Es uno de los métodos reversibles más eficaces (IP: 1 - 2%), sólo superado por los AH.

Aunque todavía se desconoce en su totalidad el mecanismo anticonceptivo del dispositivo intrauterino (DIU), todos actúan como un cuerpo extraño que produce una respuesta inflamatoria local. Los análisis más sensibles de detección de hormona coriónica humana no encuentran evidencia de fertilización en usuarias de DIU, por lo que no debe ser considerado un método abortivo, sino que el principal mecanismo de acción es preconceptivo<sup>1,45</sup>.

### 5.1. Dispositivos anticonceptivos disponibles en España

#### 5.1.1. Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre

Constituido por un pequeño objeto de polietileno radiopaco con un filamento de cobre o de cobre y plata. La carga de cobre oscila entre 250 - 380 mm<sup>2</sup>. A mayor carga de cobre, mayor eficacia y duración de uso. Los DIU de alta carga en cobre (>300 mm<sup>2</sup>) tienen una eficacia similar, con una tasa de embarazos ≤ 1% anual y una duración de uso de 4-10 años. Existen diferentes formas y medidas, pero los más habituales tienen forma de T; de su extremo distal penden 1 ó 2 hilos guía.

#### 5.1.2. Implante intrauterino (IIU) de cobre

**Dispositivo filiforme**, de estructura ligera y flexible, sin armazón rígido, que se fija por anclaje mediante un nudo y una pequeña lazada al fondo uterino. Constituido por un hilo monofilamento de prolipropileno en el que están insertadas 6 vainas de cobre, con una superficie total de 330mm<sup>2</sup>. Indicaciones: mujeres nulíparas o para aquellas que experimentaron dolor o expulsión con otro tipo de dispositivos. Está sujeto a las mismas consideraciones que el resto.

#### 5.1.3. DIU-LNG o SIL-LNG

Estructura de polietileno en forma de T con un depósito cilíndrico que contiene 52 mg de LNG, con una tasa de liberación de 0,02 mg/día. La duración de uso es de 5 años y es tan efectivo como el de alta carga de cobre. Por la acción local del gestágeno puede ser útil en mujeres que presenten menorragia idiopática, hemorragia uterina disfuncional y/o dismenorrea. Se puede utilizar en mujeres dando lactancia, insertándolo a las 6 semanas posparto.

### 5.2. Dinámica asistencial

- Inicialmente, previamente a la inserción, se realizará **anamnesis** y **exploración** (buscando contraindicaciones -ver **tabla 29**- a su utilización).
- **No** está justificada la toma de **exudado** para estudio bacteriológico en mujeres asintomáticas sin factores de riesgo (ver **tablas 30** y **31**).
- El momento **óptimo** de la inserción son los **primeros días** del ciclo menstrual, pero no es imprescindible, si hay certeza razonable en **otro momento** de que la mujer **no** está **embarazada**.
- Debe utilizarse **asepsia** adecuada e instrumental estéril (no es necesaria la profilaxis antibiótica si se respeta este punto).
- Se deben seguir las **instrucciones** del fabricante. El DIU debe insertarse al fondo del útero y con cuidado (histerómetro si es preciso) para evitar la perforación.
- Es útil administrar un **antiprostaglandínico** como analgésico posinserción.
- No existen estudios que permitan dar recomendaciones para el control posinserción pero se aconseja un **control clínico tras la primera menstruación** posinserción para comprobar la ausencia de complicaciones y la tolerancia adecuada. Los controles posteriores se harán en función de las indicaciones rutinarias para la prevención del cáncer genital (ver **tablas 32** y **33**).
- Se debe **retirar** el DIU tras transcurrir el plazo de **tiempo especificado** en función del **modelo**.

**Tabla 29.** Contraindicaciones del DIU según las categorías de la OMS<sup>46,47</sup>

<b>Categoría 1</b> <b>Sin restricciones en su uso</b>	<b>Categoría 2</b> <b>(puede usarse con seguimiento cuidadoso)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &gt;20 años.</li> <li>• Mujeres con partos previos.</li> <li>• Posparto: 4 o más semanas en mujeres que están lactando, no lactando y poscesárea.</li> <li>• Aborto del 1<sup>er</sup> trimestre.</li> <li>• Antecedente de gestación ectópica.</li> <li>• Cirugía mayor con y sin inmovilización.</li> <li>• Fumadoras de cualquier edad y cantidad.</li> <li>• Obesidad con IMC <math>\geq</math> 30.</li> <li>• Antecedente de ACV</li> <li>• Múltiples factores de riesgo para ECV.</li> <li>• HTA.</li> <li>• Tromboembolismo venoso</li> <li>• Trombosis venosa superficial y venas varicosas.</li> <li>• Enfermedad cardíaca isquémica.</li> <li>• Hiperlipidemias.</li> <li>• Enfermedad valvular cardíaca no complicada</li> <li>• Cefaleas incluyendo migraña.</li> <li>• Epilepsia.</li> <li>• Sangrado irregular, si es poco abundante.</li> <li>• Tumor ovárico benigno.</li> <li>• Ectropion cervical y CIN.</li> <li>• Enfermedad de la mama, benigna y maligna.</li> <li>• EPI pasada con embarazo posterior.</li> <li>• Esquistosomiasis y malaria</li> <li>• TBC no pélvica</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad tiroidea</li> <li>• Enfermedad vesícula biliar</li> <li>• Historia de colestasis</li> <li>• Hepatitis vírica</li> <li>• Cirrosis</li> <li>• Tumores hepáticos</li> <li>• Tratamiento habitual con fármacos que afectan a las enzimas hepáticas.</li> <li>• Antibióticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde la menarquia hasta los 20 años.</li> <li>• Mujeres nulíparas</li> <li>• Antes de las 48 horas posparto en mujeres que están lactando, no lactando y poscesárea.</li> <li>• Aborto del 2<sup>o</sup> trimestre.</li> <li>• Anormalidades anatómicas (incluyendo estenosis cervical y laceración cervical) que no alteran la cavidad uterina ni interfieren en la inserción del DIU</li> <li>• Enfermedad valvular cardíaca complicada</li> <li>• Sangrado abundante o prolongado (incluidas formas regulares e irregulares) en ausencia de patología significativa.</li> <li>• Continuación en sangrado vaginal inexplicado antes del estudio</li> <li>• Endometriosis</li> <li>• Dismenorrea severa</li> <li>• Fibromas uterinos sin distorsión de la cavidad uterina</li> <li>• EPI pasada sin embarazo posterior.</li> <li>• Vaginitis sin cervicitis purulenta</li> <li>• Continuación en mujeres con cáncer cervical pendiente de tratamiento, cáncer endometrial o cáncer de ovario.</li> <li>• Talasemia</li> <li>• Anemia de células falciformes</li> <li>• Anemia ferropénicas</li> </ul>
<b>Categoría 3</b> <b>(no se recomienda o seguimiento estricto)</b>	<b>Categoría 4</b> <b>Uso contraindicado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre las 48 horas y 4 semanas posparto en mujeres con lactancia, sin lactancia y poscesárea.</li> <li>• Enfermedad trofoblástica gestacional benigna actual</li> <li>• Cáncer de ovario</li> <li>• Continuación en mujeres con TBC pélvica</li> <li>• Se añade para el DIU-LNG: TVP y/o TEP actual, cirrosis severa, tumores hepáticos benignos y malignos, hepatitis viral activa.</li> <li>• Riesgo elevado de ETS.</li> <li>• Mujeres con alto riesgo de ETS/VIH, las que son VIH positivas o tienen SIDA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo (o sospecha)</li> <li>• Sepsis posparto o posaborto.</li> <li>• Sangrado vaginal inexplicado con sospecha de problema serio</li> <li>• Cáncer de cérvix y de endometrio sin tratar.</li> <li>• Enfermedad trofoblástica gestacional maligna actual</li> <li>• Inserción en EPI actual o en los 3 últimos meses.</li> <li>• Inserción en ETS actual o en los 3 últimos meses.</li> <li>• Inserción en mujer con TBC pélvica</li> <li>• Cavidad uterina distorsionada (anormalidad congénita o adquirida incompatible con la inserción del DIU) incluyendo fibromas uterinos.</li> <li>• Cáncer de mama (sólo en el DIU-LNG)</li> </ul>

IMC: Índice de masa corporal;

ECV: Enfermedad Cardiovascular;

HTA: Hipertensión Arterial;

CIN: Neoplasia Intraepitelial Cervical;

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria;

TBC: Tuberculosis;

DIU: Dispositivo Intrauterino;

ETS: Enfermedades de transmisión Sexual; TEP: Tromboembolismo Pulmonar;

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;

DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel;

TVP: Trombosis venosa profunda.

**Tabla 30.** Resumen de evidencias más significativas de métodos intrauterinos

1. No existen evidencias científicas concluyentes sobre el mecanismo de acción aunque se acepta que son varios y que el fundamental es preconceptivo<sup>3, 48</sup>.
2. En caso de embarazo no hay evidencia de efectos nocivos para el feto ni de aumento de malformaciones. Si se puede retirar en el primer trimestre no aumenta el riesgo de aborto espontáneo, en caso contrario podría aumentarlo un 18%<sup>3, 19, 49</sup>.
3. Se ha relacionado el uso del DIU, respecto a otro MA, con un aumento de embarazos ectópicos del 5% (1 caso por cada 10 000 usuarias). Esto puede ser debido a que el DIU no protege de los embarazos extrauterinos, sino sólo de los intrauterinos.
4. Puede insertarse en nulíparas ya que no se ha demostrado que produzca infertilidad posterior<sup>3, 50, 51</sup>. Debería considerarse su uso en mujeres jóvenes y adolescentes, con pareja estable, dada su alta eficacia.
5. El riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) es 6 veces mayor en los 20 días siguientes a la inserción, aunque es muy infrecuente y no se incrementa el riesgo con el uso prolongado. Se puede minimizar con una cuidadosa y aséptica técnica de inserción y un adecuado consejo para prevención de ETS. No se ha demostrado eficaz la administración profiláctica de antibióticos para prevenirla en mujeres de bajo riesgo de ETS<sup>3, 52</sup>. Con los DIU-LNG se ha demostrado un efecto protector sobre la EPI al hacer el moco cervical impenetrable a los gérmenes<sup>3, 19</sup>.
6. No se ha podido demostrar que el empleo sistemático de la ecografía en el control de DIU mejore los resultados de utilización<sup>3, 50</sup>.

DIU: Dispositivo Intrauterino; MA: Método Anticonceptivo; EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria; ETS: Enfermedades de transmisión Sexual; LNG: Levonorgestrel

**Tabla 31.** Indicaciones del Cribado de ETS<sup>1</sup>

Infección	Población Diana	Pruebas diagnósticas
<b>VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homosexuales, bisexuales o heterosexuales con prácticas de riesgo.</li> <li>• Personas que comercian con sexo</li> <li>• UDVP con prácticas de riesgo</li> <li>• Personas afectadas de otras ETS</li> <li>• Contactos sexuales de infectados por VIH</li> <li>• Personas con múltiples contactos sexuales y sus parejas</li> <li>• Personas transfundidas entre 1978 y 1985</li> <li>• Embarazadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test Elisa con test de confirmación</li> <li>• Repetir a los 3-6 meses si es negativo o si persiste el riesgo</li> </ul>
<b>Gonococo</b>	<p>Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 30 años con &gt;1 pareja en el último año*</li> <li>• Primera relación sexual antes de los 17 años*</li> <li>• Personas que comercian con el sexo</li> <li>• Contactos sexuales de pacientes con ETS</li> <li>• Antecedentes de infecciones repetidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gram y cultivo</li> </ul>
<b>Chlamydia</b>	<p>Varones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia para recomendar el cribado</li> </ul> <p>Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexualmente activas menores de 25 años*</li> <li>• Pareja nueva o dos o más parejas en el último año*</li> <li>• No contracepción de barrera*</li> <li>• Historia previa de ETS</li> <li>• Síntomas sugestivos de infección, secreción purulenta o sangrado intermenstrual</li> <li>• Ectopia, eritema o friabilidad cervical</li> </ul> <p>Varones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia para recomendar al cribado</li> </ul>	
<b>Hepatitis B</b>	Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar HBsAg</li> </ul>
<b>Treponema Pallidum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazadas</li> <li>• Personas que comercian con el sexo</li> <li>• Personas con otras ETS (incluyendo VIH)</li> <li>• Contactos sexuales de infectados</li> <li>• UDVP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VDRL-RPR</li> </ul>
<b>VPH</b>	No indicado el cribado	
<b>Herpes</b>	No indicado el cribado	

\* Indicaciones en Estados Unidos. En nuestro medio se precisan más estudios a nivel poblacional para establecer la indicación de cribado en estos grupos de personas.

\*\* Detección de Anticuerpos monoclonales específicos por Inmunofluorescencia.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral;

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual;

PCR: Reacción en cadena de la Polimerasa;

HBsAg: Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B

VDRL-RPR: Prueba de Laboratorio para detección de enfermedades venéreas mediante reacción reagínica del plasma.

Tabla 32. Dispositivos Intrauterinos	
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoncepción eficaz</li> <li>• Tratamiento y prevención del síndrome de Asherman</li> <li>• Intercepción poscoital</li> <li>• Tratamiento de la menometrorragia (a los 3 meses de la inserción de DIU con LNG en mujeres perimenopáusicas se produce una reducción del sangrado del 80%)</li> <li>• Terapia hormonal sustitutiva: en los casos en los que está indicada, el DIU con LNG puede ser una alternativa a la administración oral del gestágeno</li> <li>• Posinserción inmediata: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dolor</b> en abdomen bajo, que mejora con calor local o analgésico habitual. Si es intenso se debe descartar perforación o EPI.</li> <li>- <b>Manchado</b> vaginal o secreción serosanguinolenta incluso durante varios días. Si aparece hemorragia vaginal anómala, descartar EPI.</li> <li>- Descenso y <b>expulsión</b> (2-10% durante el primer año). Si se confirma valorar la indicación de AE.</li> </ul> </li> <li>• A largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sangrado intermenstrual</b>, más frecuente en los primeros meses posteriores a la inserción. Se debe tratar con AINEs + antifibrinolíticos y descartar anemia ferropénica. En caso de persistencia, valorar la extracción del DIU.</li> <li>- <b>Hipermenorrea o menorragia</b>, es el efecto secundario más frecuente con el DIU de cobre y suele ceder tras los primeros meses de uso. A mayor carga de cobre, mayor posibilidad de sangrado.</li> <li>- <b>Amenorrea</b> que aparece en el 20% de las usuarias de DIU-LNG al cabo de 12 meses de uso.</li> <li>- <b>Embarazo</b>, se debe descartar siempre frente a un retraso o alteración menstrual, ya sea eutópico o ectópico, solicitando en caso de duda una determinación de beta-HCG en suero y se procederá a la extracción inmediata del DIU.</li> <li>- <b>EPI</b> es más frecuente en portadoras de DIU con riesgo para ETS. Si hay sospecha clínica se debe tratar o remitir inmediatamente. El tratamiento cubrirá gonococo, Chlamydia y anaerobios (ver <b>tablas 34 y 35</b>)</li> <li>- <b>No visualización de hilos guía</b>, que es indicación de ecografía, para descartar perforación uterina, existen malformaciones uterinas o algún mioma intramural o submucoso) coloca un dispositivo demasiado grande para la cavidad uterina, existen malformaciones uterinas o algún mioma intramural o submucoso).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Efectos secundarios e Incidencias durante el uso</b>	
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy seguro si está bien colocado.</li> <li>• Puede también usarse como método anticonceptivo poscoital (hasta 5 días después del coito sin protección).</li> <li>• No requiere participación de la pareja.</li> <li>• Si no ocurren accidentes inflamatorios, no altera la fertilidad tras su retirada, por lo que se aconseja demorar 3 meses la gestación para remitir la regeneración endometrial.</li> </ul>
<b>Inconvenientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No protege frente a ETS, por lo que se suele recomendar a mujeres adultas sin contraindicaciones (ver <b>tabla 29</b>), sin riesgo de ETS (ver <b>tabla 31</b>), sin antecedentes de embarazo ectópico, con hijos y sin deseo de nuevas concepciones.</li> <li>• Aumenta el riesgo de EPI las primeras 3 semanas posinserción.</li> <li>• Requieren un entrenamiento adecuado por parte del profesional para su correcta inserción.</li> <li>• Riesgo de expulsión inadvertida.</li> <li>• Una vez colocado, debe evitarse tener relaciones sexuales en una semana, el uso de tampones y duchas vaginales.</li> <li>• Si se utilizan tampones, tener cuidado al extraerlos de no arrancar y soltar el hilo</li> </ul>

DIU: Dispositivo Intrauterino; **LNG**: Levonorgestrel; **EPI**: Enfermedad Pélvica Inflamatoria; **AINE**: Antifinflamatorios no esteroideos; **Beta-HCG**: fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica; ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

**Tabla 33. Criterios diagnósticos de EPI<sup>53</sup>**

Criterios Primarios	Criterios Secundarios
Dolor a la palpación en la región abdominal inferior Dolor a la movilización del cuello uterino Dolor a la palpación de los anejos  Además, no debe haber otra patología que explique los síntomas.	1. Temperatura > 38,3° C 2. Secreciones vaginales anormales 3. Demostración de una masa en los anejos 4. Leucocitos > 10 500/mm <sup>3</sup> 5. Elevación de la VSG o la proteína C Reactiva 6. Tinción de Gram de muestra endocervical, con diplococos intracelulares gramnegativos, positividad de un análisis rápido para Chlamydia o bien otros signos de infección por gonococo o Chlamydia 7. Laparoscopia diagnóstica o examen histopatológico de endometrio 8. Culdocentesis con demostración de leucocitos y bacterias

mm<sup>3</sup>: milímetro cúbico; VSG: Velocidad de Sedimentación Globular

- Los criterios primarios deben estar presentes todos y su demostración es suficiente para hacer un tratamiento de EPI.

- Los criterios secundarios se utilizan para confirmar el diagnóstico.

**Tabla 34. Tratamiento Ambulatorio de EPI<sup>7</sup>**

1. Tras el diagnóstico de EPI, siguiendo los criterios primarios (deben estar presentes todos ellos) y los criterios secundarios (se utilizan para confirmar el diagnóstico), puede hacerse tratamiento en régimen ambulatorio en las pacientes con temperatura < 38° C, leucocitos <11 000/mm <sup>3</sup> , signos mínimos de peritonitis, presencia de ruidos abdominales, capacidad de tolerar la vía de administración oral y buenas expectativas de cumplimiento, según una de estas pautas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pauta 1</b> Ceftriaxona 250 mg IM o (cefotixina 2 g IM + Probenecid 1 g oral, 30 minutos antes) + Doxiciclina 100 mg/12h x 14 d + Metronidazol 500 mg/ 12 horas x 14 días.</li> <li>• <b>Pauta 2</b> Ofloxacino 400 mg/12 horas, oral x 14 días + Metronidazol 500 mg/12 horas, oral x14 días</li> </ul> 2. Se realizará pauta 1 ó 2 y se esperará, si es posible, de 2-4 días de tratamiento antes de retirar el DIU. 3. Remitir al hospital en caso de no objetivar mejoría a los 2-3 días de tratamiento o detección de abscesos tubáricos.
--

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria; DIU: Dispositivo Intrauterino; IM: Intramuscular; mg: miligramos; g: gramos; d: días

**Tabla 35. Tratamiento de ETS**

Tipo y localización	Fármaco de elección	Alternativas
<b>Enfermedades por Chlamydia Trachomatis</b>		
Uretritis, proctitis, uretritis no gonocócica (tratar también gonorrea y tratar a la pareja)	Doxiciclina, 100 mg/12 horas, oral x 7 días Azitromicina, 1g en monodosis	Eritromicina base 500mg/6h, oral x 7 días (de elección en embarazadas) o BIEN Ofloxacino 300mg/12h x 7 días
Uretritis persistente	Metronidazol, 2g, oral en monodosis + Eritromicina base, 500 mg/6h, oral x 7 días o BIEN Etilsuccinato de eritromicina, 800 mg/6 h, oral x 7d	
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina, 100 mg/12 h, oral x 21 días	Eritromicina 500mg/6h, oral x 21d
<b>Gonorrea (Neisseria Gonorrhoeae)</b>		
Uretritis, proctitis, faringitis (tratar también Chlamydia y tratar a la pareja)	Cefixima 400 mg oral en monodosis o BIEN Ceftriaxona 125 mg IM en monodosis o BIEN Ciprofloxacino 500 mg oral en monodosis o BIEN Ofloxacino 400mg oral en monodosis + Azitromicina 1g oral en monodosis o BIEN Doxiciclina 100 mg/12 horas, oral x 7 días	
Diseminada	Inicial: Ceftriaxona 1g/día IV o IM hasta paciente asintomático; seguir con cefixima 400 mg/12 horas oral o BIEN Ciprofloxacino 500 mg/12 h oral o BIEN Ofloxacino 400 mg/12 h oral x 7-10	Inicial: cefotaxima 1g/8h IV o Ceftizoxima 1g/8h IV o BIEN Para alérgicos a beta-lactámicos: Ciprofloxacino 500 mg/12h IV o BIEN Ofloxacino 400mg/12h IV o BIEN Espectinomicina 2g/12h IM; seguir con la pauta de la izquierda



Tabla 35. Tratamiento de ETS (Continuación)		
Tipo y localización	Fármaco de elección	Alternativas
<b>Enfermedad Pélvica Inflamatoria</b>		
Tratamiento Inicial	Cefocetán, 2g/12h IV o BIEN Cefoxitina, 2g/6h IV + Doxicilia 100mg IV o BIEN oral/12 horas	Ofloxacino 400mg/12 h IV + Metronidazol 500mg/8 h IV o BIEN Ampicilina/Sulbactam 3g/6 h IV+ Doxicilina 100mg IV u oral/12 h o BIEN Ciprofloxacino 200mg/12 h IV + Doxicilina 100mg IV u oral/12 h + Metronidazol 500mg/8 h IV
Tratamiento de seguimiento	Ofloxacino 400mg/12h oral x 14 días + Metronidazol 500mg/12h oral x 14 días	Ceftriaxona 250mg/día IM o BIEN Cefoxitina 2g IM + Probenecid 1g oral monodosis (simultáneos) o BIEN Otra cefalosporina 3ª generación vía parenteral + Doxicilina 100mg/12h oral x 14 d (incluir esta pauta con alguna de las anteriores)
<b>Epididimitis - Orquitis</b>		
Si es problema una ETS	Ceftriaxona 250mg IM en monodosis + Doxiciclina 100mg/12h oral x 10 días	
Si es probable un microorganismo entérico	Ofloxacino 300mg/12h oral x 10 días	Ampicilina/sulbactam o una cefalosporina de 3ª generación
<b>Trichomonas</b>		
Uretritis o vaginitis por <i>Trichomonas</i>	Metronidazol 2g oral en monodosis (elección en embarazos) o BIEN Metronidazol 500mg/12h oral x 7 días	Sin alternativas efectivas
<b>Granuloma Inguinal</b>		
Granuloma inguinal, Calymmatobacterium granulomatis	Trimetropim-sulfametoxazol 160-800mg/12h oral un mínimo de 3 semanas o BIEN Doxiciclina 100mg/12h oral, un mínimo de 3 semanas y continuar el tratamiento hasta la curación completa de todas las lesiones	Ciprofloxacino 750mg/12h oral, un mínimo de 3 semanas o BIEN Eritromicina base 500mg/6h, un mínimo de 3 semanas
<b>Chancro Blando</b>		
Chancro Blando (H Ducreyi)	Ceftriaxona 250mg/día IM o BIEN Azitromicina 1g oral en monodosis o BIEN Eritromicina base 500mg/6 horas, oral x 7 días	Ciprofloxacino 500mg/12h oral x 3d o TMP/SMX 160/800mg/12 h x 7 días
<b>Sifilis</b>		
Primaria y secundaria	Bencilpenicilina-benzatina 2,4mUI IM monodosis	Doxiciclina 100mg/12h oral x 14 días o Tetraciclina 500mg/6h oral x 14 días
Latente	<i>Sifilis latente precoz</i> : Bencilpenicilina-benzatina 2,4mUI IM en monodosis <i>Sifilis latente tardía o sifilis latente de duración desconocida</i> : bencilpenicilina-benzatina 2,4mUI/sem IM x 3 semanas	Doxiciclina 100mg/12h oral x 14 días o Tetraciclina 500mg/6h oral x 14 días
Terciaria	Bencilpenicilina-benzatina 2,4 mUI/sem IM x 3 sem	Como anteriormente
<b>Herpes Simple</b>		
Episodio Inicial	Aciclovir 400mg/8h oral x 7-10 días o BIEN Famciclovir 250mg/8h oral x 7-10 días	Valaciclovir 1g/12h oral x 7-10 días
Supresión crónica	Aciclovir 400mg/12h oral o BIEN Famciclovir 250mg/12h oral o BIEN Valaciclovir 1g/día oral	
Recurrente	Aciclovir 400mg/8h oral x 5 días o BIEN Aciclovir 200mg/5 veces día x 5 días o BIEN Aciclovir 800mg/12 h oral x 5 días o BIEN Famciclovir 125mg/12h oral x 5 días o BIEN Valaciclovir 500mg/12h oral x 5 días	Valaciclovir 500mg/12h oral x 5 días
Herpes diseminado	Aciclovir 5-10mg/Kg peso corporal IV cada 8 horas x 5-7 días o hasta la resolución clínica	

mg: miligramos; g: gramos; h: horas; d: días; sem: semanas; IM: intramuscular; IV: intravenoso; TMP/SMX: Trimetropim-sulfametoxazol; mUI: millones de Unidades Internacionales; kg: kilogramos.

## 6. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA (VER TABLAS 36 Y 37)

Son métodos permanentes y de alta eficacia. Se debe informar de que son irreversibles, por lo que la elección debe estar bien asesorada. Están indicados en parejas que no deseen más descendencia y que no puedan utilizar otros métodos, especialmente en las situaciones en que un embarazo pueda perjudicar la salud, sociopatía o sicopatología grave.

Tras el asesoramiento, que es competencia del médico de familia, se debe derivar al especialista correspondiente.

### 6.1. Vasectomía

Consiste en la sección o extirpación parcial de los conductos deferentes. Se hace de forma ambulatoria y con anestesia local a través de dos pequeñas incisiones de 1.5 cm en ambas raíces del escroto (ver **tablas 36 y 37**).

Las complicaciones que pueden presentarse aunque infrecuentes son: hematoma en región del escroto, ingles y periné, infección de la herida y excepcionalmente se puede producir una recanalización de los conductos deferentes, por lo general temporal, aunque puede deberse también a un fallo quirúrgico.

En la información prevasectomía el facultativo incurre en negligencia sin no informa al paciente de la posibilidad, remota pero existente, de recanalización espontánea de los deferentes, con recuperación de la fertilidad (fallo de la vasectomía). La información posvasectomía, sobre prolongar la utilización del método contraceptivo habitual hasta confirmar la esterilidad y el seguimiento del paciente hasta la azoospermia demostrada con 1-3 espermioigramas, es fundamental para el urólogo si no quiere verse envuelto en problemas legales.

En estudios rigurosos no se evidencia el aumento del riesgo de cáncer de próstata tras la vasectomía<sup>3,54</sup>.

**Tabla 36.** ¿Qué sucede cuando se practica la vasectomía? (información para el paciente)

- En líneas generales, lo único que sucede es que el semen ya no contiene espermatozoides.
- La cantidad de semen sigue siendo prácticamente la misma, dado que la mayoría del líquido seminal se produce en las vesículas seminales y en la próstata, y estas glándulas no se ven afectadas por la intervención quirúrgica.
- El semen es menos espeso, dado que no contiene espermatozoides.
- El deseo sexual y la erección no varían en absoluto, dado que la hormona masculina (testosterona) se sigue produciendo igualmente en el testículo.
- Se siguen produciendo espermatozoides en el testículo de forma prácticamente invariable.
- Los espermatozoides se eliminan por mecanismos que pone en marcha la propia naturaleza.
- En aproximadamente el 60% de las ocasiones, se producen los denominados anticuerpos antiespermáticos que son unos elementos que actúan contra los propios espermatozoides. Este hecho no tiene ninguna repercusión significativa en la salud general.
- Dado que los testículos no dejan de producir espermatozoides si en un futuro se desea recuperar la fertilidad, pueden aplicarse técnicas de microcirugía para volver a unir los conductos deferentes. En el 70-90% de los casos y dependiendo del tiempo transcurrido entre la vasectomía y la microcirugía, es posible obtener espermatozoides en el semen, consiguiéndose la gestación en el 30-50% de los casos.
- La vasectomía no condiciona una mayor predisposición para sufrir determinadas enfermedades (cáncer de testículo y de próstata).



## 6.2. Anticoncepción quirúrgica femenina

Consiste en la interrupción de las trompas de Falopio mediante ligadura, coagulación u oclusión mecánica, bien a cielo abierto (minilaparotomía) o mediante cirugía endoscópica (laparoscopia). No se recomiendan la fimbriectomía y la salpinguectomía total para la ligadura tubárica de rutina.

Las complicaciones inmediatas son poco frecuentes, pero cuando ocurren (hemorragia, inflamación o infección) requieren intervención quirúrgica experta y pueden amenazar la vida de la mujer. La complicación tardía, incluido el embarazo, es rara pero el riesgo de embarazo puede persistir hasta 10 años después de la operación y en un tercio de las ocasiones es una gestación ectópica (ver **tabla 37**).

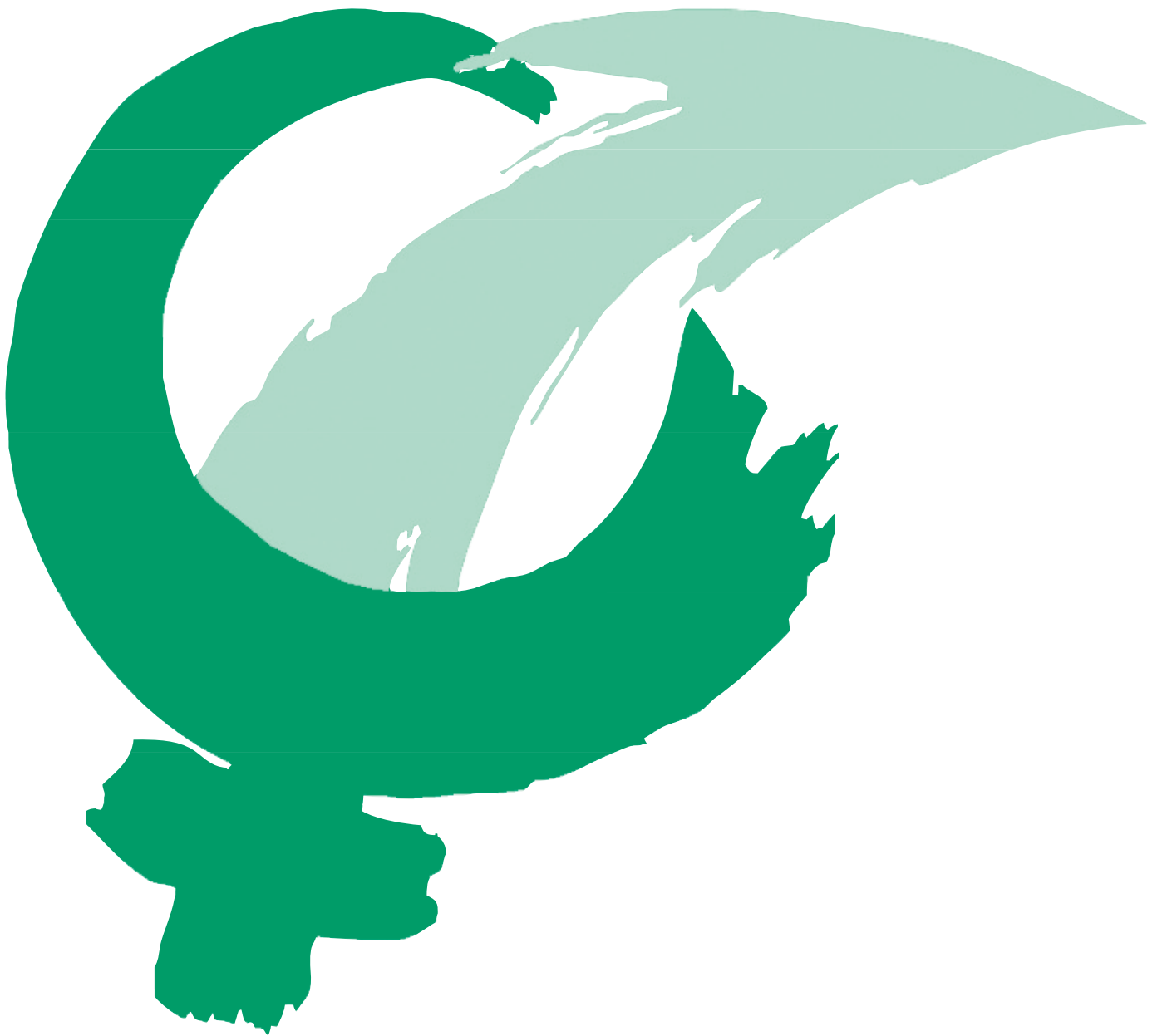
La ligadura tubárica protege frente al cáncer de ovario, según estudios de casos y controles, aunque se desconoce cual es el mecanismo de este efecto<sup>3,55</sup>.

Tabla 37. Métodos Quirúrgicos		
Métodos	Ligadura tubárica bilateral	Vasectomía
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parejas que demandan un método definitivo</li> <li>• Psicopatía grave</li> <li>• Genopatía que desaconseje la gestación</li> <li>• Enfermedad de la mujer que aconseje un método anticonceptivo definitivo</li> </ul>	
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPI actual</li> <li>• Embarazo en curso</li> <li>• Obesidad severa</li> <li>• Ante dudas o indecisión de la candidata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones de la coagulación</li> <li>• Presencia de infección del aparato genital</li> <li>• Hidrocele y varicocele</li> </ul>
<b>Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No requiere controles posteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere espermiograma a los dos meses de la intervención (tras más o menos 15 eyaculaciones), y repetir hasta que sea negativo, mientras tanto, recomendar método alternativo</li> </ul>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta seguridad</li> <li>• Método "definitivo" en 45 minutos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad y fácil ejecución (método "definitivo" en 15 minutos)</li> <li>• Escasas complicaciones (riesgo quirúrgico menor que LTB)</li> <li>• Coste bajo-moderado</li> </ul>
<b>Inconvenientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere un acto quirúrgico con anestesia general o epidural</li> <li>• Riesgo de embarazo ectópico en caso de fallo del método</li> <li>• No es reversible con el empleo de las técnicas quirúrgicas habituales (se necesita microcirugía)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere un acto quirúrgico con anestesia local</li> <li>• No es reversible con el empleo de las técnicas quirúrgicas habituales (se necesita microcirugía)</li> </ul>

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria;

LTB: Ligadura de trompas bilateral





## **Elección del método anticonceptivo**



## CRITERIOS DE ELECCIÓN<sup>11</sup> (VER TABLA 38 Y ALGORITMOS)

### 1. PARÁMETROS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON LOS POSIBLES MÉTODOS

- 1.1. **Eficacia**, tanto la teórica (utilización del método en condiciones ideales) como la de uso (condiciones relacionadas con el usuario).
- 1.2. **Seguridad**
- 1.3. **Reversibilidad**
- 1.4. **Complejidad de uso**
- 1.5. **Relación con el coito**
- 1.6. **Precio**
- 1.7. **Efectos secundarios no deseables**
- 1.8. **Efectos secundarios deseables**

### 2. PARÁMETROS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON EL PERFIL DEL USUARIO

- 2.1. **Edad**
- 2.2. **Perfil** de salud y antecedentes patológicos
- 2.3. **Frecuencia de relaciones sexuales**
- 2.4. **Objetivo** de la **contracepción**: espaciar embarazos/ no más embarazos
- 2.5. **Actitud** ante la **interrupción voluntaria** de la **gestación**
- 2.6. **Valoración** de la **posibilidad** de **reversibilidad**
- 2.7. **Percepción** de los **riesgos** y posible **influencia** de **información alarmista**
- 2.8. **Factores** de **riesgo** de **ETS**
- 2.9. **Factores ambientales** en **relación** con el **coito** y **grado** de **participación** del **compañero sexual**.
- 2.10. **Condicionamientos éticos y/o morales**.

### 3. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

- 3.1. **Clasificación de los métodos anticonceptivos en relación con situaciones clínicas concretas (Categorías de la OMS):**

*Categoría 1:* No se precisan restricciones en la prescripción.

*Categoría 2:* Las ventajas del método superan claramente los riesgos

*Categoría 3:* Los riesgos superan, en general, las ventajas. No deben ser indicados, excepto cuando los otros métodos no estén disponibles o no sean aceptables.

*Categoría 4:* El método no debe ser indicado bajo ningún concepto.

- 3.2. **Conclusiones de expertos que ayudan en el consejo contraceptivo**

- En la mayoría de las situaciones clínicas no existen restricciones para el uso de MA.
- Los preparados con dosis bajas de estrógenos, no suelen presentar las contraindicaciones de los preparados antiguos con dosis elevadas de estrógenos.
- Los anticonceptivos con gestágenos sólo, presentan condiciones de elegibilidad diferentes a las de los contraceptivos con estrógenos.
- La adolescencia y perimenopausia plantean problemas específicos de utilización de MA
- La restricción más importante para el uso del DIU guarda relación con la actividad sexual individual y el riesgo de ETS.
- Los métodos anticonceptivos poscoitales son seguros y por tanto utilizables en circunstancias de falta de planificación, pero es deseable simultanear su uso con la realización de

educación sanitaria que haga hincapié en la necesidad de la utilización regular de un método anticonceptivo.

- En la mayoría de las situaciones, los contraceptivos inyectables, DIU de levonorgestrel e implantes de gestágenos, reúnen más ventajas que inconvenientes en relación con las situaciones clínicas en las que están indicados.
- La exploración física de rutina y las pruebas de cribaje no deben ser impuestas como prerequisites para la utilización de un método anticonceptivo.
- La realización de una historia clínica anticonceptiva correcta hace innecesario la realización de pruebas de laboratorio complementarias.
- A las personas con factores de riesgo para ETS se les debe recomendar el uso de preservativo junto con cualquier otro método elegido.
- En relación con el VIH, es necesario recomendar el uso del preservativo

#### 4. PATRÓN CRONOLÓGICO

---

**4.1. En la adolescencia**, las relaciones sexuales suelen ser poco frecuentes, no programadas y no siempre con pareja fija o conocida. Se debe recomendar la utilización del preservativo y dar amplia información sobre métodos anticonceptivos poscoitales.

**4.2. Cuando la actividad sexual adquiere estabilidad**, con un incremento en la frecuencia y un mejor conocimiento de la pareja, la secuencia recomendable de utilización de MA es:

- AH hasta el primer parto (el DIU sería alternativa en los casos en los que la pareja lo elige o cuando existe intolerancia a la AH)
- Método de barrera sólo o añadido al AH cuando existe riesgo de ETS y/o VIH
- Tras el primer embarazo los AH y el DIU pueden ser usados indistintamente

**4.3. En la tercera y cuarta década de la vida** existe un perfil menos definido de usuario de método anticonceptivo; es cuando el consejo contraceptivo deber ser más versátil y adaptado a las necesidades individuales.

**4.4. Avanzada la cuarta década** debemos tener en cuenta:

- Se incrementa la insatisfacción por el uso del DIU, dado que esta edad hay un aumento en la incidencia de alteraciones menstruales.
- Se demanda un mayor uso de métodos irreversibles. Se debe valorar la relación coste/beneficio.
- El uso del AH en ausencia de factores de riesgo, especialmente preparados de bajas dosis de estrógeno, puede mantener un alto grado de seguridad anticonceptiva y al mismo tiempo normalizar las alteraciones funcionales del ciclo.
- Los DIU-LNG son una alternativa válida ya que tienen acción contraceptiva, tratan alteraciones menstruales y podrían tratar patología orgánica local.

**4.5.** Los métodos de barrera son utilizables en **cualquier década de la vida**, con o entre otros métodos anticonceptivos.

Tabla 38. Resumen de los criterios médicos de la OMS para el uso de MA(1)<sup>44</sup>

Características del usuario	AOC	AHOsG	AHIsG	Implantes	esteril. ♀	esteril. ♂	Condón	DIU	Espermicida	Diafragma	Met Nat	MELA
<b>Embarazo</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	diferir	-	1	4	1	1	-	-
<b>Edad</b>												
Menores de 18 (<20 para Dispositivo Intrauterino)	1	1	2	1	precaución	-	1	2	1	1	1	1
18-39 años	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
40-45 años	2	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
>45 años	2	1	2	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Hábito tabáquico</b>												
Fumadora <35 años	2	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
Fumadora ≥35 años y <15 cigarrillos/día	3	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
Fumadora ≥35 años y >15 cigarrillos/día	4	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Obesidad (índice de masa Corporal &gt;30)</b>	2	1	2	2	precaución	-	1	1	1	1	1	1
<b>Paridad</b>												
Nulíparas	1	1	1	1	acceptable	acceptable	1	2	1	1	1	-
Parto Previo	1	1	1	1	acceptable	acceptable	1	1	1	2	1	1
<b>Lactancia</b>												
Menos de 6 semanas posparto	4	3	3	3	acceptable	-	1	-	1	-	1	1
Entre 6 semanas y 6 meses (lactancia completa o casi)	3	1	1	1	acceptable	-	1	-	1	1	1	1
6 meses o más después del parto	2	1	1	1	acceptable	-	1	-	1	1	1	-
<b>Posparto sin lactancia materna</b>												
Menos de 21 días después del parto	3	1	1	1	*	**	1	+	1	-	1	-
21 días o más después del parto	1	1	1	1	*	**	1	+	1	-	1	-
<b>Posaborto</b>												
Primer trimestre	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	1	-
Segundo trimestre	1	1	1	1	-	-	1	2	1	1	1	-
Después de un aborto séptico	1	1	1	1	-	-	1	4	1	1	1	-
<b>Antecedente de embarazo ectópico</b>	1	2	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1

Tabla 33. Resumen de los criterios médicos de la OMS para el uso de MA(Continuación 2)<sup>44</sup>

Características del usuario	AOC	AHOsG	AHIsG	Implantes	esteril. ♀	esteril. ♂	Condón	DIU	Espermicida	Diafragma	Met Nat	MELA
<b>Patrón de sangrado vaginal</b>												
Irregular con sangrado poco abundante	1	2	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	-
Irregular con sangrado abundante o prolongado	1	2	2	2	acceptable	-	1	2	1	1	1	-
Sangrado vaginal anormal inexplicado	2	3	3	4	acceptable	-	1	4	1	1	1	-
<b>Dismenorrea severa</b>	1	1	1	1	acceptable	-	1	2	1	1	1	-
<b>Endometriosis</b>	1	1	1	1	remitir	-	1	2	1	1	1	1
<b>Anormalidades anatómicas</b>												
Cavidad uterina distorsionada	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
Otras que no distorsionan ni interfieren	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
<b>Cáncer de mama</b>												
actual	4	4	4	4	precaución	-	1	1	1	1	1	1
pasada y sin enfermedad en los últimos 5 años	3	3	3	3	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Nódulo mamarío no diagnosticado</b>	2	2	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Enfermedad mamaria benigna</b>	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Antecedentes familiares de cáncer de mama</b>	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Cáncer cervical pendiente de tratamiento</b>	2	1	2	2	diferir	-	1	4	2	1	1	1
<b>Lesiones cervicales no cancerosas (CIN)</b>	2	1	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Cáncer de endometrio</b>	1	1	1	1	diferir	-	1	4	1	1	1	1
<b>Fibromas uterinos</b>	1	1	1	1	precaución	-	1	2	1	1	1	1
<b>Cáncer de ovario</b>	1	1	1	1	diferir	-	1	3	1	1	1	1
<b>Tumores ováricos benignos (incluye quistes)</b>	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Enfermedad Trofoblástica</b>												
Benigna	1	1	1	1	acceptable	-	1	3	1	1	1	1
Maligna	1	1	1	1	diferir	-	1	4	1	1	1	1
<b>Antecedentes del síndrome de shock tóxico</b>	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3	-	-



Tabla 38. Resumen de los criterios médicos de la OMS para el uso de MA(Continuación3)<sup>44</sup>

Características del usuario	AOC	AHOsG	AHIsG	Implantes	esteril. ♀	esteril. ♂	Condón	DIU	Espermicida	Diafragma	Met Nat	MELA
<b>Hipertensión Arterial (HTA)</b>												
sistólica 140-159 o diastólica 90-99	3	1	2	1	precaución	-	1	1	1	1	1	1
sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100	4	2	3	2	remitir	-	1	1	1	1	1	1
HTA controlada si puede ser monitorizada	3	1	2	1	precaución	-	1	1	1	1	1	1
HTA pasada si no puede ser evaluada	3	2	2	2	precaución	-	1	1	1	1	1	1
<b>Diabetes</b>												
Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	aceptable	-	1	1	1	1	1	1
Diabetes sin enfermedad vascular (sin/con insulina)	2	2	2	2	precaución	precaución	1	1	1	1	1	1
Diabetes con enfermedad vascular o de más de 20 años evolución	3 ó 4	2	3	2	remitir	precaución	1	1	1	1	1	1
Múltiples factores de riesgo cardiovascular	3 ó 4	2	3	2	remitir	-	1	1	1	1	-	-
<b>Enfermedad Tromboembólica</b>												
actual	4	3	3	3	diferir	-	1	1	1	1	1	1
pasada	4	3	3	3	aceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Enfermedad Cardíaca Isquémica</b>												
actual	4	2	3	2	diferir	-	1	1	1	1	1	1
pasada	4	2	3	2	precaución	-	1	1	1	1	1	1
<b>Enfermedad Valvular Cardíaca</b>												
sin complicaciones	2	1	1	1	precaución	-	1	1	1	1	1	1
con complicaciones	4	1	1	1	remitir	-	1	2	1	1	1	1
<b>Venas varicosas</b>												
	1	1	1	1	aceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Tromboflebitis superficial</b>												
	2	1	1	1	aceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Cirugía mayor</b>												
con inmovilización prolongada o cirugía de miembros inferiores	4	1	1	1	diferir	-	1	1	1	1	1	1
sin inmovilización prolongada	2	1	1	1	aceptable	-	1	1	1	1	1	1

**Tabla 38. Resumen de los criterios médicos de la OMS para el uso de MA(Continuación 4)**<sup>44</sup>

Características del usuario	AOC	AHOsG	AHIsG	Implantes	esteril. ♀	esteril. ♂	Condón	DIU	Espermicida	Diafragma	Met Nat	MELA
<b>Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)</b>												
Antecedentes de EPI con embarazo posterior	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
Antecedentes de EPI sin embarazo posterior	1	1	1	1	precaución	-	1	2	1	1	1	1
EPI actual o en los últimos tres meses	1	1	1	1	diferir	-	1	4	1	1	1	1
<b>Antecedentes de Accidente Cerebrovascular</b>	4	2	3	2	precaución	-	1	1	1	1	1	1
<b>Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)</b>												
ETS actual (incluyendo cervicitis purulenta)	1	1	1	1	diferir	diferir	1	4	1	1	1	1
ETS en los últimos 3 meses (sin síntomas tras tratamiento)	1	1	1	1	acceptable	-	1	4	1	1	1	1
Vaginitis sin cervicitis purulenta	1	1	1	1	acceptable	-	1	2	1	1	1	1
Riesgo elevado de ETS	1	1	1	1	acceptable	-	1	3	1	1	1	1
<b>Infección del tracto urinario</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-
<b>Infección por VIH/SIDA</b>												
Infección por VIH	1	1	1	1	acceptable	acceptable	1	3	1	1	1	1
Alto riesgo de infección por VIH	1	1	1	1	acceptable	acceptable	1	3	2	1	1	1
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	1	1	1	1	remitir	remitir	1	3	1	1	1	1
<b>Tuberculosis</b>												
No pélvica	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
Pélvica	1	1	1	1	remitir	-	1	4	1	1	1	1
<b>Esquistosomiasis</b>												
Sin complicaciones	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
con fibrosis hepática	1	1	1	1	precaución	-	1	1	1	1	1	1
con severa fibrosis hepática	4	3	3	3	remitir	-	1	1	1	1	1	1
<b>Malaria</b>	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1

**Tabla 38.** Resumen de los criterios médicos de la OMS para el uso de MA(Continuación 5)<sup>44</sup>

Características del usuario	AOC	AHOsG	AHIsG	Implantes	esteril. ♀	esteril. ♂	Condón	DIU	Espermicida	Diafragma	Met Nat	MELA
<b>Enfermedad de vesícula biliar</b>												
Actual	3	2	2	2	diferir	-	1	1	1	1	1	1
Tratamiento con medicación	3	2	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
Sin síntomas o tratamiento quirúrgico	2	2	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Antecedentes de colestasis (ictericia)</b>												
Durante el embarazo	2	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
Durante el uso de Anticoncepción Oral Combinada	3	2	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Hepatitis viral</b>												
Enfermedad actual	4	3	3	3	diferir	-	1	1	1	1	1	1
Estado de Portador	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Cirrosis hepática</b>												
Moderada (compensada)	3	2	2	2	precaución	-	1	1	1	1	1	1
Severa (descompensada)	4	3	3	3	remitir	-	1	1	1	1	1	1
<b>Tumores hepáticos</b>												
Benignos	4	3	3	3	precaución	-	1	1	1	1	1	1
Malignos	4	3	3	3	precaución	-	1	1	1	1	1	1
<b>Anemia ferropénica</b>												
Hemoglobina 7-10g/dl	1	1	1	1	precaución	-	1	2	1	1	1	1
Hemoglobina <7g/dl	1	1	1	1	diferir	-	1	2	1	1	1	1
Talasemia (anemia inherente)	1	1	1	1	precaución	-	1	2	1	1	1	1
Anemia de células falciformes	2	1	1	1	precaución	acceptable	1	2	1	1	1	1
<b>Coagulopatías</b>												
	-	-	-	-	remitir	remitir	-	-	-	-	-	-

**Tabla 38. Resumen de los criterios médicos de la OMS para el uso de MA(Continuación 6)<sup>44</sup>**

Características del usuario	AOC	AHOsG	AHIsG	Implantes	esteril. ♀	esteril. ♂	Condón	DIU	Espermicida	Diafragma	Met Nat	MELA
<b>Cefaleas</b>												
no migrañosa moderada o severa	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
migraña sin síntomas neurológicos focales en <35 años	2	1	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
migraña sin síntomas neurológicos focales en ≥35 años	3	1	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
migraña con síntomas neurológicos focales	4	2	2	2	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
<b>Epilepsia</b>	1	1	1	1	precaución	-	1	1	1	1	1	1
<b>Tiroides</b>												
Bocio simple	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	1
Hipertiroidismo	1	1	1	1	remitir	-	1	1	1	1	1	1
Hipotiroidismo	1	1	1	1	precaución	-	1	1	1	1	1	1
<b>Interacciones farmacológicas</b>												
Con la toma de rifampicina o griseofulvina	3	3	2	3	precaución	-	1	1	1	1	1	-
Con la toma de otros antibióticos	1	1	1	1	acceptable	-	1	1	1	1	1	-
Con la toma de antiepilépticos excepto ácido valproico	3	3	2	3	precaución	-	1	1	1	1	1	-
<b>Alergia al látex</b>	-	-	-	-	-	-	3	-	1	3	-	-
<b>Uso de eutimizantes, litio, antidepresivos tricíclicos, o tratamiento ansiolítico</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4

AOC: Anticoncepción oral combinada; AHOsG: Anticoncepción Hormonal Oral de sólo gestágenos; AHIsG: Anticoncepción Hormonal Inyectable de sólo Gestágenos; DIU: Dispositivo Intrauterino; Met Nat: Métodos Naturales; MELA: Método de amenorrea por lactancia; N/A: No aplicable;

1: Categoría 1 de la OMS (se puede usar)

2: Categoría 2 de la OMS (se puede usar)

3: Categoría 3 (no usar sin valoración médica)

4: Categoría 4 de la OMS (no usar)

-: condición no numerada por la OMS para este método;

\*: Condiciones adicionales para esterilización femenina

\*\* : Condiciones adicionales para vasectomía

## PLAN DE ACTUACIÓN (VER TABLA 39 Y ALGORITMOS)

### 1. SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES

La elección de un método anticonceptivo está influenciada fundamentalmente por la edad, por la frecuencia (prácticas sexuales esporádicas o frecuentes) y el tipo de relaciones sexuales (con la misma persona o con parejas distintas).

#### 1.1. Adolescencia (ver Recomendaciones)

Debe aconsejarse en esta etapa de la vida un método reversible, que no interfiera con el crecimiento, fácil y adecuado a su actividad sexual.

- Los **métodos naturales** no se aconsejan porque existen con frecuencia irregularidades menstruales, falta de motivación y desconocimiento de la propia fisiología.
- El **método más indicado** es el **preservativo masculino** porque es eficaz para prevenir ETS y ofrece una protección contra el embarazo (aunque la tasa de fallos es 10 veces mayor que en adultos, por un mal uso). Además tiene la ventaja de no necesitar prescripción ni valoración médica. El preservativo femenino tiene un coste más elevado, mayor complejidad de uso y no se ha estudiado su utilización por adolescentes.
- Las complicaciones de la **AH** son casi nulas en adolescentes y no hay evidencia de que su toma precoz tenga un efecto inhibitor del crecimiento o afecte al aparato genital. Se pueden aconsejar transcurridos dos años de la regularización menstrual. Puede utilizarse cualquiera de las vías de administración, pero en la vía oral se aconsejan los preparados de 28 comprimidos para mejorar el cumplimiento. Se deben utilizar preparados de 20-30mcg de EE para no interferir en el desarrollo masa ósea. El inconveniente de la AH es la falta de protección frente a ETS, por lo que se recomienda el "doble ducto": AH + método barrera.
- La nuliparidad ya no es contraindicación para el **DIU**, pero el riesgo de ETS hace que sólo este recomendado en los casos con pareja estable.

En los adolescentes son frecuentes las relaciones sexuales no planeadas, por lo que se debe asegurar un acceso a la **anticoncepción de emergencia** (AE). Se considera un signo evidente de madurez el hecho de que un adolescente demande anticoncepción para evitar embarazos no deseados. No se necesita consentimiento paterno para indicar anticoncepción ni para AE<sup>3,56</sup>.

La **Ley 41/2002** introduce profundas modificaciones y novedades, respecto de la figura del menor en el ámbito de las decisiones en salud:

- a) Se fija la **mayoría de edad médica en los 16 años**, esté emancipado o no.- En este caso, el menor prestará siempre su consentimiento, salvo en caso de grave riesgo para su salud en el que el médico deberá informar a los padres y su voluntad será tenida en cuenta para la decisión correspondiente. Si hay conflicto entre la opinión del menor y padres resolverá el juez.
- b) **Entre los 12 y 16 años** aparece el criterio de "apreciación sobre la capacidad intelectual y emocional del menor", para que pueda comprender el alcance de una intervención, como elemento básico ineludible para la solicitud del consentimiento por representación. Es el caso del "**menor maduro**", en el que se comprende la información clínica y terapéutica recibida y consiente libremente por sí mismo. El Tribunal Constitucional ampara esta situación en sus pronunciamientos.

En conclusión, el menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento válido en el tratamiento o utilización de fármacos, en relación con su madurez apreciada objetivamente por el

médico, sin consecuencia jurídica alguna para este profesional, siempre que ajuste su actuación a los artículos 8, 9 y 10 de la citada ley de Autonomía del paciente y anote en la historia clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor de 16 años.

En la bibliografía se describen los “*Criterios de Frazer*”<sup>57</sup> para reconocer la competencia del menor entre 12 y 16 años para dar su consentimiento sin informar a sus padres o tutores:

1. El joven entiende el consejo
2. El joven no puede ser persuadido para informar a sus padres o para permitir al médico informarlos.
3. Es probable que el joven continúe teniendo relaciones sexuales con o sin el uso de MA.
4. El estado de salud físico o mental del joven puede sufrir como resultado de la negación de consejo o tratamiento anticonceptivo.
5. Es en el mejor interés del joven que el médico le proporcione consejo, tratamiento o ambos sin permiso paterno.

## 1.2. Perimenopausia

Se debe aconsejar el uso de algún método hasta cumplirse un año de amenorrea. La terapia hormonal sustitutiva no es anticonceptiva.

- Los **métodos naturales** ofrecen pocas garantías.
- Los **métodos de barrera** son una buena opción, excepto en casos de disfunción sexual en el varón y anomalías anatómicas en la mujer.
- Los **AH** con bajas dosis de estrógenos y gestágenos de segunda y tercera generación se pueden usar en mujeres sanas no fumadoras (una alternativa cuando los estrógenos están contraindicados es administrar sólo gestágenos), valorando los riesgos y beneficios individuales. Las ventajas son la regularización de los ciclos menstruales y la disminución de síntomas preclimáticos. Se deben retirar si hay signos evidentes de menopausia (FSH elevada) o desaparece la hemorragia por supresión.
- El **DIU** de **cobre** no precisa ser cambiado a partir de los 40 años, si se sospechan ciclos anovulatorios, y se debe retirar tras 1 año de amenorrea. El **DIU- LNG** puede ser útil como protector endometrial y/o como coadyuvante en terapia hormonal sustitutiva.

## 1.3. Posparto y lactancia (ver **Recomendaciones**)

Tras el parto hay una fase de infertilidad que se corresponde con la duración de la amenorrea, seguida de un periodo variable de baja fecundidad tras la reanudación de los ciclos menstruales ovulatorios, pero entre un dos y un diez por ciento de las mujeres pueden quedarse embarazadas antes de la primera menstruación posparto.

El método de la amenorrea por lactancia (MELA) tiene una efectividad superior al 98% en la prevención del embarazo en aquellas mujeres que están dando lactancia completa, con amenorrea, dentro de los 6 meses posteriores al parto. El riesgo de embarazo aumenta si la lactancia disminuye (especialmente si se suprime la toma nocturna), tras la primera menstruación o tras 6º mes posparto.

No se aconseja mantener relaciones sexuales con penetración hasta pasadas 3-4 semanas y hasta la 6ª semana los métodos de barrera son de elección. Entre la 6ª semana y el 6º mes posparto la AH sG tiene un eficacia superior al 99%, sin efecto adverso sobre el volumen de la leche materna. La AH combinada puede ser utilizada sin restricción a partir del 6º mes posparto.

## 2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

---

Actualmente en España se contemplan tres supuestos en los que se admite legalmente la interrupción voluntaria del embarazo<sup>58</sup>.

- a) Riesgo grave para la salud física o psíquica de la madre.
- b) Violación.
- c) Riesgo de graves taras físicas del feto.

Para que la gestante solicite la interrupción del embarazo en relación con los supuestos primero y tercero es necesario un informe de un especialista, distinto del que practica la interrupción, que acredite el riesgo específico existente. En caso de violación es suficiente con presentar la denuncia interpuesta. En caso de las menores de edad, se requiere el permiso de los padres o tutores legales.

Cuanto más tempranamente se realice la IVE, menor resultará el riesgo y la posibilidad de complicaciones. La mayor parte de los abortos se realizan durante el primer trimestre y hasta la aparición de los métodos médicos (RU - 486, que puede usarse antes de las 7 semanas de gestación), se han utilizado métodos quirúrgicos con anestesia general o local (aspiración, legrado o inducción en embarazos entre las 14 y 20 semanas). Los estudios disponibles indican que cuando se da la posibilidad de elegir entre métodos médicos y quirúrgicos, muchas mujeres optan por un método médico (OMS, 1998).

## 3. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

---

Representa la posibilidad de evitar un embarazo después de un coito sin protección, por falta de uso de un método anticonceptivo o por accidente en el uso del método<sup>2</sup>.

La probabilidad de embarazo para una mujer que haya tenido un coito sin protección varía entre el 20-42% a mitad del ciclo y el 5% en cualquier otro momento del ciclo.

### 3.1. Manejo clínico:

Se necesita la realización de una anamnesis preguntando a la mujer, la fecha de última regla, características de esta, tipo de ciclo menstrual, tiempo transcurrido desde el coito no protegido, existencia de otros coitos no protegidos dentro del mismo ciclo, uso de métodos anticonceptivos con los efectos secundarios aparecidos y posible existencia de tratamientos concomitantes que puedan disminuir la eficacia, contraindicaciones y factores de riesgo psicofísicos o sociofamiliares asociados. Se debe investigar factores de riesgo para ETS (**Grado C**). Se recomienda la toma de la tensión arterial y un test de embarazo (si hubo otro coito sin protección previamente, y sin tratamiento).

**3.2. Opciones de tratamiento:** Hay varias posibilidades:

**3.2.1 Pauta de Yuzpe** (combinación de estrógenos y gestágenos): 100mcg de EE + 500mcg de LNG, antes de las 72 horas posteriores al coito y repitiendo la misma dosis 12 horas después. Ha sido hasta ahora la pauta más empleada en nuestro país (Neogynona®, Ovoplex®)

**3.2.2 Gestágenos solos:** consiste en una dosis de 750mcg de LNG administrada antes de las 72 horas del coito y repetida 12 horas después (**Grado A**). Las ventajas de este régimen son una mayor eficacia anticonceptiva y una menor incidencia de efectos adversos por lo que es el método de elección en la actualidad. En España se comercializa en envases de 2 comprimidos con los nombres de Norlevo® y Postinor® y no los financia la seguridad social. Hay estudios que demuestran que una única dosis de 1,5 mg de LNG es tan eficaz como las dos dosis separadas<sup>59,60</sup> (**Grado A**).

**3.2.3 DIU de cobre:** Puede ser utilizado como AE pasadas 72 horas y hasta 5 días después del coito (**Grado C**). Es un método altamente efectivo con una tasa de fallos menor del 1%. Su utilización no está extendida por la dificultad para su aplicación. Una vez insertado se puede mantener como método anticonceptivo. El DIU-LNG no debe usarse como AE (**Grado C**). Se debe considerar tratamiento con antibióticos en grupos de alto riesgo de ETS (**Grado C**). El riesgo de EPI en los 21 días posteriores a la inserción del DIU aumenta por lo que se debe advertir de los síntomas a la mujer (**Grado B**).

**3.2.4 Otros métodos:**

**3.2.4.1. Danazol.-** es un esteroide sintético con acción antigonadotropa y luteolítica. Los resultados obtenidos han sido contradictorios y su eficacia está directamente relacionada con la dosis administrada.

**3.2.4.2. RU - 486 o mifepristona (Mifegyne®).-** es un antiprogéstágeno usado clínicamente por sus propiedades abortivas. Eficacia como AE es similar a la del LNG y se mantiene entre las 72 horas y los 5 días tras el coito. En sucesivos ensayos clínicos se ha demostrado eficacia con dosis progresivamente menores (hasta 10mg). En España es de uso hospitalario.

**3.3. Anticoncepción de emergencia oral con gestágenos sólo**

La anticoncepción de emergencia oral (AEO) con gestágenos sólo (LNG) es más efectiva (tasas de embarazos de 0,2-3%) y con menos efectos secundarios que la AEO con estrógenos y gestágenos combinados, por lo que es la pauta de elección en la actualidad y en adelante nos referiremos a ella. No existen contraindicaciones para su uso según los criterios médicos de elegibilidad de la OMS. La AEO no protege para el resto del ciclo y por lo tanto se debe continuar con otro método anticonceptivo (**Grado B**). No produce la interrupción del embarazo ya establecido y, en caso de fallar, no se ha descrito que afecte adversamente al feto<sup>3,61</sup>.

Aunque el mecanismo de acción es controvertido (retraso de ovulación, inhibición de la motilidad tubárica e impedir implantación), se debe administrar lo más precozmente posible, antes de las 72 horas posteriores al coito (**Grado B**) puesto que su eficacia está inversamente relacionada con el tiempo transcurrido entre el coito y la toma de medicación. Su efectividad es como promedio del 75% (se puede repetir en el mismo ciclo, pero disminuye su eficacia). El sangrado se produce entre los 3 y 21 días siguientes<sup>9</sup> o si no es así se debe sospechar gestación (**Grado B**).

**3.3.1 Efectos secundarios:** Los más frecuentes son los gastrointestinales (náuseas 23% y vómitos un 6%). Su incidencia se puede reducir si se administra un antiemético. Si la mujer vomita en las primeras tres horas tras la administración, se debe repetir la toma (**Grado C**). También puede aparecer mastodinia, cefaleas y alteraciones del ciclo menstrual (**Grado A**).

**3.3.2 Contraindicaciones:** No existen contraindicaciones médicas conocidas al empleo poscoital del LNG, a excepción del embarazo confirmado. Debe usarse con precaución en mujeres con porfiria o enfermedad hepática severa realizando un control analítico de enzimas hepáticas (**Grado C**).



### 3.3.3 Situaciones especiales:

- 3.3.3.1. Puede ser usado por la **madre lactante**. Es poco probable que afecte a la cantidad/calidad de leche y al recién nacido.
- 3.3.3.2. No existen evidencias de que el **uso repetido**, incluso dentro del mismo ciclo menstrual pueda ser perjudicial para la salud de la mujer (puede ser usado aunque la probabilidad de gestación sea mínima)
- 3.3.3.3. No se dispone de datos específicos sobre la **interacción** con otros medicamentos, pero si la paciente realiza tratamiento con inductores, dar 2 comprimidos juntos de LNG en la primera toma y uno a las 12 horas (**Grado C**).

### 3.4. Aspectos éticos y jurídicos:

De acuerdo con la normativa vigente<sup>62</sup>, se ha de **proporcionar** una **información** completa, veraz y comprensible para la usuaria y esta puede prestar su consentimiento al tratamiento de forma verbal o escrita. Sólo el hecho de no informar correctamente de forma fidedigna origina culpa determinante de responsabilidad jurídica, si existe nexo causal entre esta omisión y el daño. El médico no deberá preocuparse más que de informar y actuar correctamente en la obtención del consentimiento.

En cuanto al uso de la AEO en menores, como ya se ha señalado, a partir de la **Ley 41/2002**, la mayoría de edad se establece en los 16 años y el menor entre 12 y 16 años de edad no emancipado puede prestar su consentimiento tras una valoración objetiva de su competencia por el médico. El **menor maduro** es aquel que comprende la información clínica y terapéutica recibida y que consiente libremente por sí mismo.

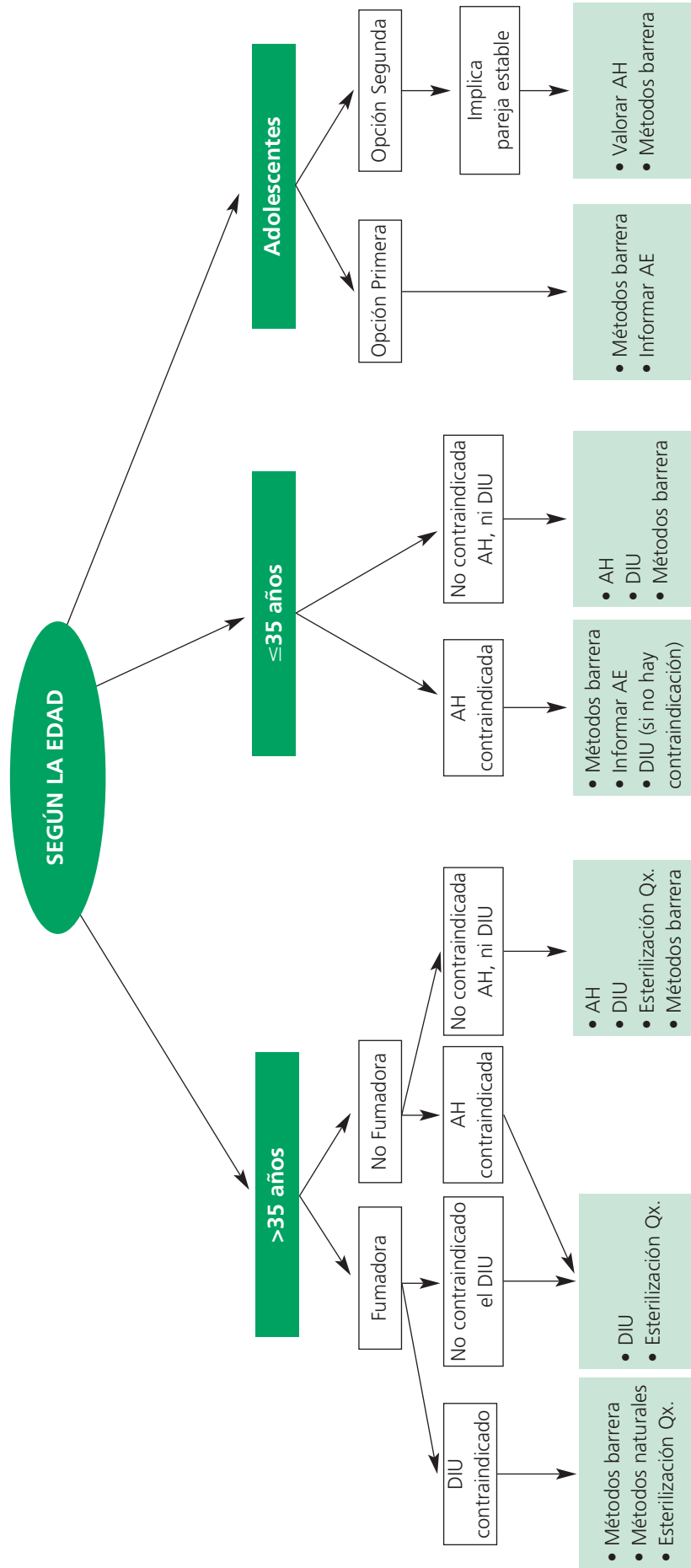
El facultativo puede objetar de la prescripción de este medicamento si su conciencia así se lo dicta (derecho a libertad ideológica y religiosa reconocida en la Constitución<sup>63</sup>).

**Tabla 39. Plan de actuación**

<p><b>Adolescente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Preservativo masculino:</b> Es el método más indicado.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventajas: 1. Ofrece máxima protección frente a embarazo y ETS.</li> <li>2. No necesita prescripción ni valoración médica.</li> <li>- Inconveniente: Tasa de fallo 10 veces más alta que en adultos</li> </ul> </li> <li>• <b>Preservativo femenino,</b> con los inconvenientes de coste más elevado y mayor complejidad de uso que el masculino</li> <li>• Métodos naturales, espermicidas, diafragmas y esponjas: No son apropiados</li> <li>• <b>Anticoncepción Hormonal:</b> es otra opción adecuada (complicaciones casi nulas y no afecta crecimiento ni aparato genital)</li> <li>• DIU: sólo en relación monógama (la nuliparidad ya no es contraindicación para el DIU).</li> </ul>
<p><b>Mujer ≤ de 35 años</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos naturales.- Ofrecen pocas garantías.</li> <li>• <b>Métodos barrera.-</b> Protegen ETS</li> <li>No son una buena opción en casos de disfunción sexual del varón y anomalías anatómicas en la mujer.</li> <li>• <b>Anticoncepción Hormonal.-</b> Si no hay contraindicaciones</li> <li>• <b>DIU de cobre o de levonorgestrel.-</b> Si no hay contraindicaciones</li> </ul>
<p><b>Mujer &gt; de 35 años</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos naturales.- Ofrecen pocas garantías.</li> <li>• <b>Métodos barrera.-</b> Protegen ETS</li> <li>No son una buena opción en casos de disfunción sexual del varón y anomalías anatómicas en la mujer.</li> <li>• <b>Anticoncepción Hormonal.-</b> Si no hay contraindicaciones (sobre todo confirmar mujer no fumadora)</li> <li>Regularizan los ciclos menstruales y disminuyen los síntomas preclimáticos</li> <li>• <b>DIU de cobre o de levonorgestrel.-</b> Si no hay contraindicaciones</li> <li>• <b>Esterilización Quirúrgica.-</b> Se puede plantear a las usuarias de este grupo un método definitivo.</li> </ul>
<p><b>Posparto y lactancia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los <b>métodos de barrera</b> son de elección en las primeras 6 semanas, salvo el diafragma que precisa involución uterina completa.</li> <li>• Si no hay lactancia materna se puede reiniciar la <b>AH</b> a las 4 semanas</li> <li>• Si hay lactancia materna, la <b>AOC</b> no es recomendable en las primeras 6 semanas por un descenso del volumen y del contenido proteico de la leche, pero pueden ser utilizados sin restricción a partir del 6 mes posparto. La <b>AH sG</b> es recomendable a partir de la 6ª semana, pudiendo iniciarse antes si otros métodos son inaceptables..</li> <li>• El <b>DIU</b> se puede insertar en las primeras 48 horas o esperar a las 4 semanas posparto.</li> </ul>
<p><b>Posaborto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando ocurre en el <i>primer trimestre</i>, se puede iniciar la <b>AH</b> y el <b>DIU</b> inmediatamente.</li> <li>• Cuando ocurre en el <i>segundo trimestre</i>, se puede iniciar la <b>AH</b> y esperar a la primera menstruación para la inserción del DIU</li> </ul>

DIU: Dispositivo Intrauterino; ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual; AH: Anticoncepción Hormonal

**ALGORITMO 1**



DIU: Dispositivo Intrauterino;  
Qx: Quirúrgica;

AH: Anticoncepción Hormonal;  
AE: Anticoncepción de Emergencia

**ADOLESCENCIA: Preservativo** masculino (1ª elección) y **AH** es otra opción adecuada si no hay contraindicaciones y sin excluir preservativo.

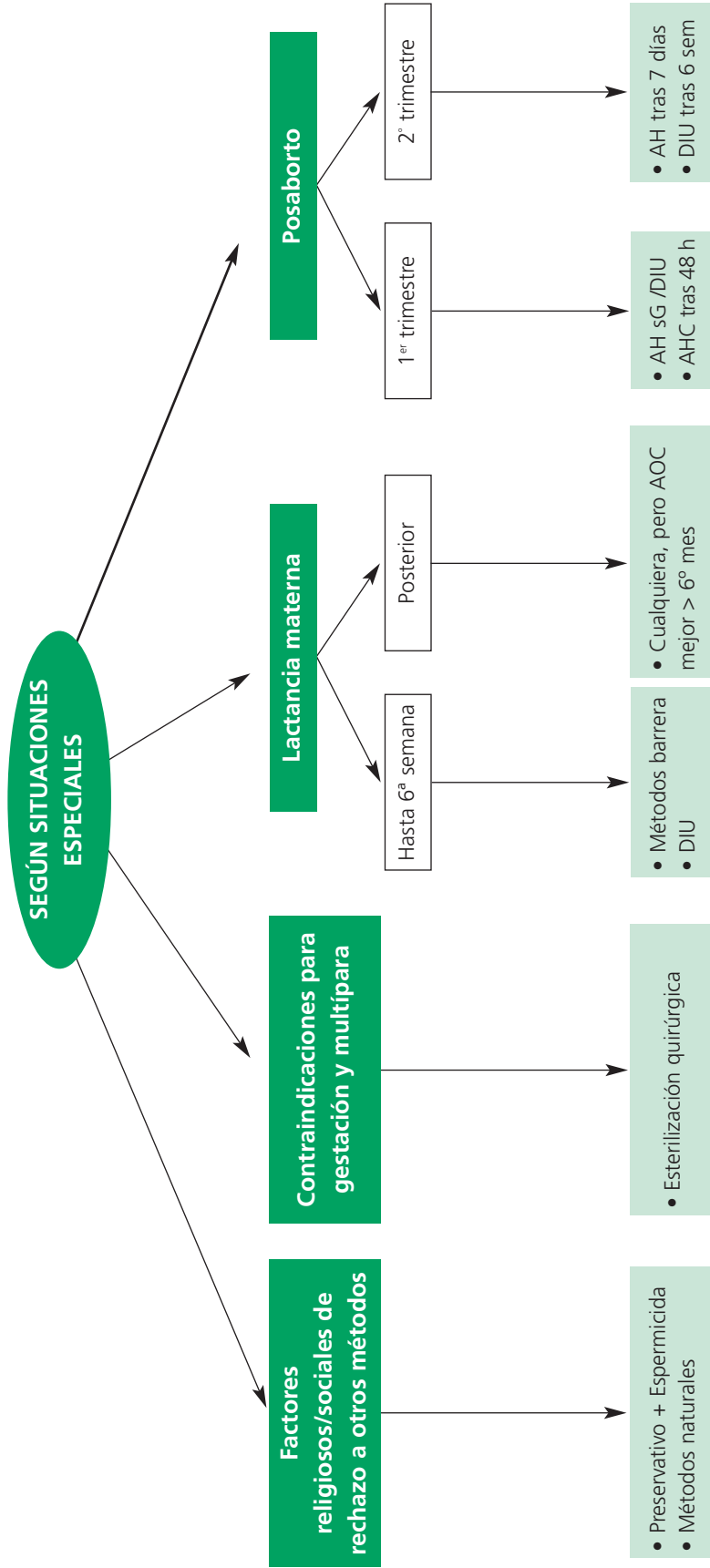
**HASTA LOS 35 AÑOS:** Elección personal entre **AH** y **DIU** si no hay contraindicaciones. Los métodos **barrera** protegen ETS.

**MAYOR DE 35 AÑOS:** Elección personal entre **AH** y **DIU** si no hay contraindicaciones (confirmar no fumadora).

Los métodos **barrera** protegen de ETS y debe ofertarse método definitivo (**esterilización quirúrgica**).

Fuente: Modificación de la Guía de Actuación en Atención Primaria (SEMFYC, 2002).

**ALGORITMO 2**



AOC: Anticoncepción Oral Combinada  
 AH: Anticoncepción hormonal

sem: Semana  
 h: horas  
 sem: Anticoncepción Hormonal sólo gestágeno  
 DIU: Dispositivo Intrauterino

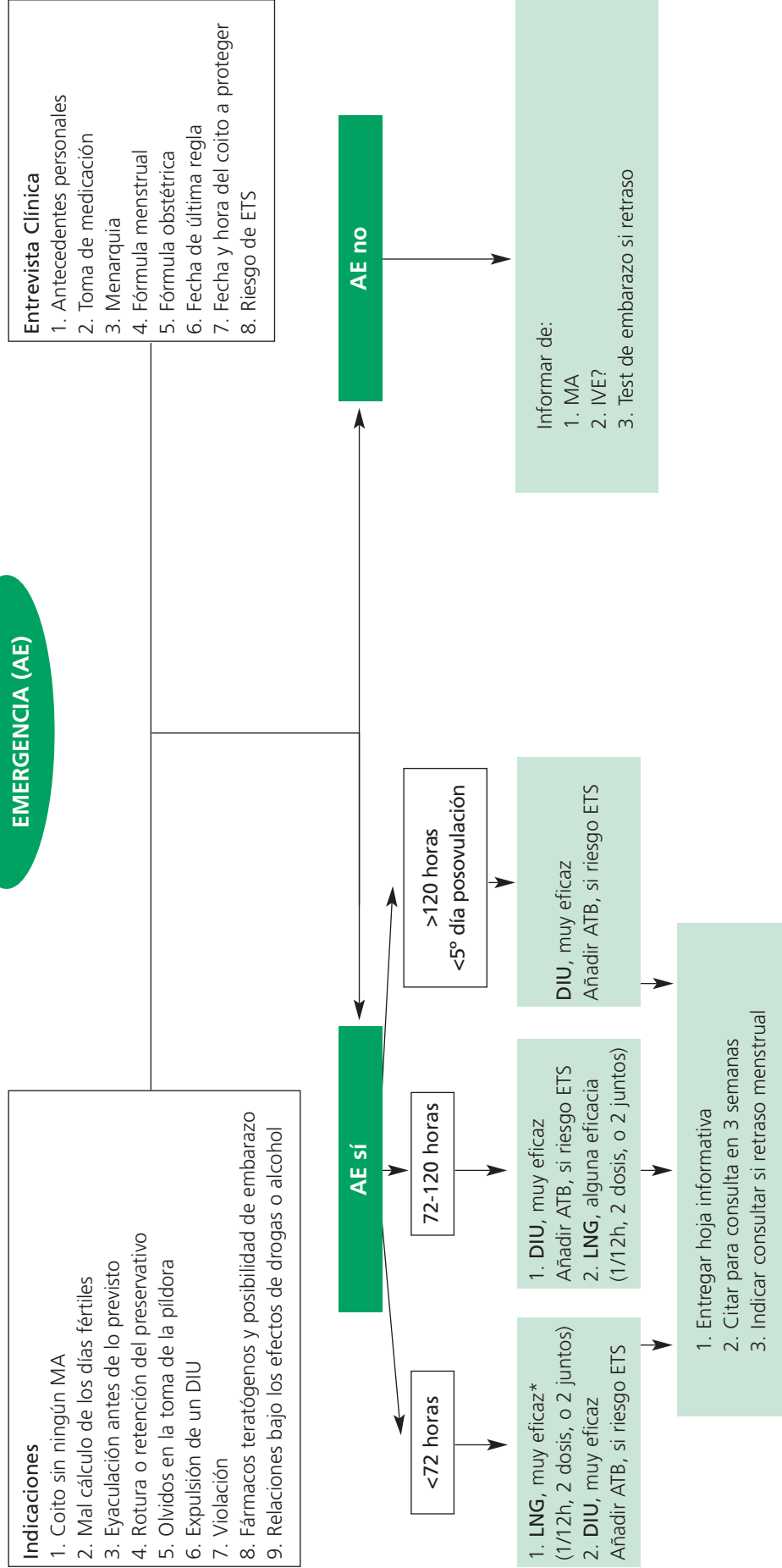
**LACTANCIA MATERNA:** La AH sG no tiene efecto adversos sobre el volumen de leche materna, por lo que es de elección hasta el 6 meses. El DIU puede insertarse en las primeras 48 horas o tras 4 semanas. En el posparto sin lactancia materna se puede iniciar AH a las 4 semanas.

**POSABORTO:** En aquellos el primer trimestre se puede iniciar AH sG o colocar DIU inmediatamente o iniciar AHC tras 48 horas. En los del segundo trimestre se puede iniciar AH tras 7 días o el DIU tras 6 semanas.

**Fuente:** Modificación de la Guía de Actuación en Atención Primaria (SEMFYC, 2002).

### ALGORITMO 3

## ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)



\*Las mujeres que realizan tratamiento con inductores enzimáticos deben tomar dos comprimidos de LNG en la primera dosis y uno a las 12 horas y ser informadas del uso alternativo de un DIU. Las mujeres que realizan tratamiento con antibióticos no inductores enzimáticos pueden utilizar el régimen habitual de AE.

**AE:** Anticoncepción de Emergencia;  
**LNG:** Levonorgestrel;

**MA:** Método Anticonceptivo;  
**h:** horas;

**DIU:** Dispositivo Intrauterino;  
**ATB:** Antibióticos;

**ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual;  
**IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Fuente: Actuación práctica ante el coito de riesgo (avalada por S.E.GO Y S.E.C., 2004).

## PUNTOS CLAVE

1. Los embarazos no deseados son un problema de salud pública muy importante; afectan a mujeres de todas las edades y de forma especial a las adolescentes.
2. Los efectos secundarios cardiovasculares de los anticonceptivos orales combinados (AOC) han disminuido notablemente con la disminución progresiva de las dosis de estrógenos y los preparados gestagénicos de segunda y tercera generación.
3. No se ha probado un papel causal de los AH en la génesis del cáncer.
4. El único requisito necesario para prescribir la AH es una correcta anamnesis y la toma de la tensión arterial (no es necesario ni análisis ni citología previos).
5. La información adecuada sobre normas, efectos secundarios, riesgos y beneficios puede mejorar el cumplimiento de las usuarias de anticoncepción hormonal.
6. La evidencia científica disponible no justifica la realización de descansos durante el uso de anticonceptivos hormonales, salvo que se busque embarazo o que cambien las condiciones de la usuaria.
7. Antes de suspender la toma de AH por contraindicaciones y/o efectos secundarios es importante hablar del método alternativo.
8. El mecanismo de acción del DIU es múltiple y no se considera un método abortivo.
9. La nuliparidad no supone un impedimento para la anticoncepción intrauterina
10. No hay evidencia para recomendar profilaxis antibiótica previa a la inserción del DIU.
11. Los preservativos son un excelente método anticonceptivo y de prevención de las ETS, incluido el VIH.
12. Prescribir la anticoncepción poscoital tiene menos riesgos que el que supone un embarazo no deseado. Es importante garantizar la accesibilidad a la contracepción de emergencia y aconsejar el uso de métodos anticonceptivos eficaces.
13. Los programas más efectivos en la prevención de embarazos no deseados son aquellos que no se limitan a dar información acerca de la sexualidad y la contracepción, sino que además, ofrecen acceso a los métodos y apoyo psicológico.
14. Faltan estudios para valorar la efectividad del consejo anticonceptivo a largo plazo.
15. El consejo anticonceptivo debe tener en cuenta la edad, los factores médicos y el estilo de vida del usuario.



## Recomendaciones





## PAPPS

El Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) para atención primaria es un programa cuyo ámbito de aplicación es el estado español y que se puso en marcha en 1989 con los objetivos de estimular la calidad asistencial en los Equipos de Atención Primaria, promover la investigación, detectar las dificultades que genere su implantación, generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos, en base a las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación.

Las últimas recomendaciones de este programa en cuanto a la anticoncepción son:

- Proporcionar consejo anticonceptivo a todas las mujeres en edad fértil, a los varones y a sus parejas respectivas aprovechando cualquier motivo de consulta, con una periodicidad anual.
- Informar, considerando los factores tanto médicos como de estilo de vida y la edad, sobre los distintos métodos anticonceptivos, su efectividad teórica en la prevención de embarazos no deseados y de ETS y VIH, sus beneficios y efectos adversos. Facilitar una elección informada y garantizar la accesibilidad para consultar las posibles dudas.
- Informar acerca de la posibilidad de anticoncepción poscoital ante una relación sin protección o un fallo del método anticonceptivo.
- Facilitar hojas impresas para reforzar la información.

Si el profesional tuviera problemas de conciencia para la prescripción, se recomienda facilitar la atención por otro profesional.

## FFPRHC

La Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (FFPRHC) es una facultad inglesa perteneciente a la Universidad de Aberdeen que cuenta con una Unidad de efectividad clínica que realiza revisiones sistemáticas de los distintos métodos anticonceptivos y publica trimestralmente recomendaciones basadas en la evidencia. Por lo tanto, hemos adaptado estas recomendaciones a las características de nuestro medio de trabajo y las presentamos con los grados de recomendación en función de las evidencias científicas disponibles para cada una. Los apartados revisados hasta el momento son:

1. Anticoncepción hormonal oral combinada (AOC).
2. Tromboembolismo venoso y anticoncepción hormonal (AH)
3. DIU de cobre.
4. Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIL-LNG).
5. Anticoncepción de emergencia (AE).
6. Opciones anticonceptivas en los jóvenes.
7. Opciones anticonceptivas en la lactancia.
8. Opciones anticonceptivas en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

1. EVIDENCIAS EN ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA<sup>43</sup>

- ✓ Al aconsejar a las mujeres a cerca de la *elección* de un *anticonceptivo*, se debería proporcionar un *enfoque global*.
  - ✓ Los *servicios* anticonceptivos deberían ser organizados para *optimizar* el acceso y la *elección* de las mujeres.
  - ✓ Los facultativos deberían recoger una *historia de salud* que incluya *detalles de salud sexual y reproductiva, medicaciones y estilos de vida* para poder aconsejar sobre elegibilidad para un uso seguro de AOC.
1. Las mujeres deben ser **informadas** de que pueden usar AOC desde la menarquia hasta la menopausia a menos que haya contraindicaciones médicas u otras (**Grado C**).
  2. Las mujeres deben ser **informadas** de que los AOC actúan inhibiendo la ovulación y de que también tienen efectos en el moco cervical y endometrio (**Grado B**).
  3. Las mujeres deben ser **informadas** de que la AOC puede ser eficaz en un 99% para la prevención de embarazo si el uso es consecuente y correcto (**Grado B**).
  4. Idealmente la AOC debe ser *iniciada el primer día del ciclo menstrual*, pero las mujeres deben ser informadas de que puede ser instaurada *hasta* incluso el 5º día del ciclo *sin necesidad* de *anticoncepción adicional* (**Grado C**).
  5. Las mujeres deben ser **informadas** de que la AOC puede ser instaurada en *cualquier momento* del ciclo si no hay riesgo de embarazo pero es necesario un *método adicional* durante los primeros 7 días (**Grado C**).
  6. Las mujeres deben ser **informadas** de que rutinariamente los AOC deben ser *tomados* a la *misma hora* cada día, con margen de 12 horas, durante *21 días* consecutivos (**Grado C**).
  7. Las mujeres deben ser **informadas** de que la **protección anticonceptiva se mantiene durante los 7 días sin tratamiento hormonal** (**Grado B**).
    - ✓ Las mujeres deben ser **informadas** con *recomendaciones apropiadas escritas y verbales* respecto a las *normas* en caso de *olvidos y retrasos* en la toma, *vómitos* o *diarrea severa* y en el uso de *nuevos tratamientos*.
  8. Las mujeres deben ser **informadas** de que no hay evidencia de **ganancia de peso** con el uso de AOC (**Grado A**).
  9. Las mujeres deben ser **informadas** de que **sangrado intermenstrual** puede ocurrir con el uso de AOC pero, en ausencia de olvido o retraso en la toma, **vómitos** o interacciones medicamentosas, no ha mostrado ser un **medidor de la eficacia** (**Grado B**).
  10. Las mujeres >35 años que fuman deberían ser informadas de que los riesgos de usar AOC superan a los beneficios (**Grado B**).
    - ✓ Las mujeres deberían ser **advertidas** sobre los *riesgos* para la salud de la asociación de AOC con *hábito tabáquico*.
  11. Mujeres con IMC > 30 deben ser aconsejadas sobre el incremento de riesgo de TVP / TEP y considerar otros MA alternativos (**Grado B**).
  12. Las mujeres de cualquier edad con migraña con síntomas focales deberían ser advertidas que los riesgos de usar AOC superan a los beneficios (**Grado B**).
  13. Las mujeres que toman fármacos *inductores enzimáticos* deberían ser informadas sobre los riesgos de *disminución de eficacia anticonceptiva* (**Grado C**).
  14. Las mujeres que toman fármacos inductores enzimáticos, que habiendo considerado otros métodos, escogen el uso de AOC deberían seguir una pauta que *contenga 50mcg de EE o mestranol*. Además debería ser informada del uso adicional de un *método de barrera hasta 4 semanas después de terminar* el tratamiento con *inductores* (**Grado C**).
  15. Las mujeres que están usando un tratamiento con *antibióticos no inductores enzimáticos* no requieren una *protección anticonceptiva adicional* cuando utilizan AOC (**Grado C**).
  16. Las mujeres que toman *antibióticos* de amplio espectro *no inductores enzimáticos (menos de tres semanas)*, deben de ser informadas del uso de un *método anticonceptivo adicional* durante el *tratamiento* y *7 días después* (**Grado C**).
  17. Las mujeres que realizan *pautas cortas de rifampicina* para profilaxis deberían ser informadas del uso de *otro método anticonceptivo adicional* durante el ciclo y *4 semanas después* (**Grado C**).

18. Las mujeres con  $PAS > 140 \text{ mmHg}$  y/o  $PAD > 90 \text{ mmHg}$  deberían ser *informadas* en contra del uso de AOC (Grado C).
19. El *screening* de *trombofilia* no está recomendado de rutina antes de prescribir AOC (Grado C).
20. Para las mujeres con una *historia familiar* de TVP/TEP en familiar de primer grado menor de 45 años, que habiendo considerado otros métodos anticonceptivos se decide por el uso de AOC, debería ser realizado un *screening* de *trombofilia* (Grado C).
- ✓ La interpretación de un *screening* de *trombofilia* debería ser asumida en consulta con *hematología* u otro *experto* y en unión de una *HC familiar detallada*.
21. Las mujeres deben ser *informadas* de que aunque el riesgo relativo de TVP/TEP con el uso de AOC puede incrementarse 5 veces, en términos absolutos el riesgo es aún muy bajo y aún considerablemente más bajo que el riesgo de TVP/TEP en el embarazo (Grado B).
- ✓ Las mujeres deben ser provistas con *información* sobre signos de presentación de TVP/TEP, por los que debería *acudir* rápidamente al médico.
22. Idealmente el *riesgo* de ETS debería ser *valorado* y *ofertada* la *prueba* oportunistica para *Chlamydia* cuando es apropiada, pero esto no es esencial para el uso seguro (Grado C).
23. Las mujeres deben ser *informadas* de que el *dolor menstrual* y el *sangrado* menstrual pueden verse *disminuidos* por el uso de AOC (Grado C).
24. Las mujeres deben ser *informadas* de la *reducción* en el riesgo de cáncer y quistes de ovario con el uso de AOC (Grado B).
25. Las mujeres deben ser *informadas* de la *reducción* en el riesgo de cáncer de endometrio con el uso de AOC (Grado C).
26. *Diane* debería ser usado sólo en *acné severo* cuando los *antibióticos* orales han *fallado* o para moderar el *hirsutismo severo*. Debería terminarse 3-4 meses después de que el problema tratado se haya resuelto (Grado C).
27. Las mujeres deben ser *informadas* de un pequeño incremento en riesgo absoluto de ictus isquémico con el uso de AOC (Grado B).
28. Las mujeres sanas no fumadoras pueden ser *informadas* de que ellas no tienen aumento del riesgo de infarto de miocardio con el uso AOC (Grado B).
29. Las mujeres con y sin antecedentes familiares de cáncer de mama deben ser *informadas* de un riesgo aumentado de cáncer de mama con el uso de AOC que es probablemente pequeño (Grado B).
30. Las mujeres deben ser *informadas* de que el uso AHO, durante menos de 5 años, no incrementa el riesgo de cáncer de cérvix, pero este sí aumenta con más de 5 años de uso (Grado B).
- ✓ Las mujeres deberían ser *animadas* a realizar los *controles citológicos* con la frecuencia correspondiente a cada caso para la *detección precoz* del cáncer de cérvix.
  - ✓ Las mujeres deberían ser *informadas* de las posibles causas de *sangrado irregular*, así como de los *olvidos* y *retrasos* en la *toma*, *ETS*, *vómitos* e *interacciones medicamentosas* y cuando *solicitar consejo* médico.
31. Las mujeres que *no dan lactancia* materna deben ser *informadas* del *inicio* de la AOC después de 21 días *posparto* (Grado C).
32. Las mujeres deben ser *informadas* de que, idealmente, la AOC debe ser instaurada en *cualquier momento* entre el 3 y 6 mes *posparto*, pero debe ser dentro de los 7 *primeros días* del ciclo para tener una *protección* anticonceptiva inmediata (Grado C).
33. Las mujeres deben ser *informadas* de *acudir* para un *test de embarazo* si, después de *olvido* o *retrasos* en las *tomas*, *vómitos* o *diarrea* severa, o usando algún *tratamiento nuevo* hay un *sangrado muy ligero* o *ausencia de sangrado* (Grado C).
- ✓ Las mujeres deben ser *informadas* sobre el uso de *preservativos* además de AOC si existe *riesgo* de ETS.
  - ✓ A las mujeres se les debe dar información sobre los *preparados "tricíclicos"* de AOC para *evitar sangrado*.
  - ✓ Las mujeres deben ser *informadas* de como *ajustar los periodos libres* de píldoras para evitar sangrados los fines de semana.
  - ✓ Las mujeres deben ser *informadas* de cuando los AOC están siendo recomendados *sin receta*.

34. Los AOC monofásicos que contienen 30-35mcg de EE con una baja dosis de noretisterona o LNG es una apropiada primera opción (Grado C).
- ✓ No hay AOC que no puedan ser usados como primera opción después del consejo anticonceptivo, por lo tanto las preferencias de la mujer deben ser tomadas en consideración cuando se prescriben AOC.
35. Los AOC pueden ser prescritos sin el consentimiento de los padres a mujeres menores de 16 años si se la considera competente para hacer una elección informada (Grado C).
36. Los profesionales de la salud que tratan con adolescentes deben estar enterados de los procedimientos locales para tratar con cuestiones relativas a *protección infantil, confidencialidad y secreto* (Grado C).
37. En ausencia de problemas especiales se le puede prescribir a la mujer AOC para doce meses en la primera visita y recomendarle volver si surgen problemas (Grado C).
38. Información escrita apropiada debe darse a todas las mujeres con prescripción de AOC (Grado B).
- ✓ Un visita de seguimiento 3 meses después de la consulta inicial de AOC permite enseñanza posterior y valoración de problemas.
39. Las mujeres deben ser provistas de un número de teléfono de ayuda adecuada local y nacional para información sobre anticoncepción y salud sexual (Grado C).

## 2. EVIDENCIAS SOBRE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) Y AH<sup>39</sup>

1. El asesoramiento médico de la elegibilidad antes de la prescripción permite proporcionar una contracepción apropiada y segura sin introducir barreras médicas innecesarias (Grado C).
2. El riesgo relativo de ETV aumenta con el uso de la AOC. Sin embargo, la excepcionalidad del ETV en mujeres en edad reproductiva hace que el riesgo absoluto permanezca bajo (Grado B).
3. Los AOC que contienen LNG o noretisterona están asociados con un riesgo menor de ETV que aquellos que contiene desogestrel o gestodeno (Grado B).
4. La AOC que contiene LNG o noretisterona debe ser recomendada como píldora de primera elección. Sin embargo, tras el consejo anticonceptivo una mujer puede elegir AOC con desogestrel o gestodeno (Grado B).
5. El riesgo relativo de ETV aumenta en los primeros 4 meses después de comenzar la AOC. Este riesgo disminuye al aumentar la duración del uso, aunque permanece por encima del riesgo de las no usuarias. Tras el cese del tratamiento el riesgo de ETV se equipara al de las no usuarias en 3 meses (Grado B).
6. Las píldoras e inyectables de sólo gestágenos y los implantes de LNG no incrementan el riesgo de ETV (Grado B).

  - ✓ Existe poca evidencia sobre el riesgo de ETV con implantes de etonogestrel y SIL-LNG.

7. Las mujeres con ETV actual no deben usar AH (Grado C).
8. Las mujeres con historia personal de ETV no deberían usar AOC, pero pueden usar métodos de sólo gestágenos (Grado C).
9. Una mujer dentro de los 21 días posparto no debe usar AOC (Grado C).
10. La AOC puede ser utilizada después de los 21 días posparto si la mujer no está lactando (Grado C).
11. La píldora de progestágenos, el implante o la inyección pueden ser utilizadas de manera segura antes del día 21 posparto incluso si la mujer está amamantado (Grado C).
12. La AOC puede ser iniciada inmediatamente después de abortos del primero o segundo trimestre (Grado C).
13. La AH sG puede ser iniciada inmediatamente después de aborto de primero o segundo trimestre (Grado C).
14. Las mujeres > de 35 años fumadoras no deben usar AOC pero pueden usar los métodos de sólo gestágenos (Grado B).
15. Las mujeres con un IMC > 30 deben considerar inicialmente los métodos AH sG, pero la AOC puede ser utilizada después del asesoramiento (Grado B).
16. La AOC debe ser interrumpida al menos 4 semanas antes de una cirugía mayor en la

- que se espera *inmovilización posterior* (Grado C).
17. Los AH sG no necesitan ser *interrumpidos antes de la cirugía*, aunque precise inmovilización (Grado C).
  18. Los AH no necesitan ser *interrumpidos antes de una cirugía menor sin inmovilización* (Grado C).
  19. Un *screening de rutina para trombofilia antes de AOC no está recomendado* (Grado C).
  20. El *screening de trombofilia* puede ser considerado en una *mujer con historia de ETV en un pariente de primer grado < de 45 años que después de asesoramiento todavía desee usar AOC* (Grado C).
    - ✓ Un *screening de trombofilia* debe ser *interpretado conjuntamente con hematólogo u otro experto junto con una detallada historia familiar*.

**Tabla 40.** Riesgo de tromboembolismo en relación con AOC

Condición	Riesgo relativo	Riesgo absoluto
No uso de AOC		5 en 100 000 mujeres-año
AOC con LNG o noretisterona	3 veces aumentado	15 en 100 000 mujeres-año
AOC con gestodeno o desogestrel	5 veces aumentado	25 en 100 000 mujeres-año
Embarazo	12 veces aumentado	60 en 100 000 mujeres-año

### 3. EVIDENCIAS PARA EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) DE COBRE<sup>47</sup>

1. Las mujeres deben ser **informadas** de que el *uso previo del DIU no afecta a la fertilidad* (Grado C)
2. Las mujeres deberían ser **informadas** de que el primer mecanismo de acción del DIU es **preconceptivo** (Grado B)
3. Las mujeres deberían ser **informadas** de la *baja tasa de fallo de los DIUs, cerca del 1%* (Grado C)
4. Las mujeres deberían ser **avisadas** de que la causa más probable de fallo del DIU es la expulsión. El riesgo de que esto ocurra es de 1 de cada 20 y es más frecuente en el primer año de uso, sobre todo dentro de los 3 primeros meses de la inserción (Grado B).
5. No hay *fármacos* que se conozca que *afecten al uso y eficacia del DIU* (Grado C).
6. Después del *asesoramiento*, un *DIU* es una *elección anticonceptiva segura para la mayoría de las mujeres* (Grado C).
7. Una *exploración pélvica bimanual* debería ser realizada *antes de la inserción del DIU* (Grado C).
8. Un "testigo" debería ser ofrecido a todas las mujeres *durante la exploración pélvica y la oferta documentada en la historia de salud, junto con la identidad del testigo, si aceptó* (Grado C).
9. Los pormenores del *consejo pre-inserción y el procedimiento de inserción* deberían ser claramente *documentados en la historia de salud de la usuaria* (Grado C).
  - ✓ A las mujeres se les debería dar **información** sobre el *mecanismo DIU insertado y su duración de uso para evitar cambios tempranos innecesarios*. Esta información debería también estar *registrada en la historia de salud*
10. Los **antibióticos profilácticos** no están recomendados de rutina en la inserción del DIU (Grado A).
11. Las mujeres con *antecedentes de endocarditis* o con una *prótesis de una válvula cardíaca* necesitan *profilaxis* con antibióticos intravenosos para prevención de endocarditis bacteriana durante la inserción del DIU o recambio (Grado C).
  - ✓ Cuando es necesaria la profilaxis para endocarditis bacteriana, los médicos deberían buscar la *pauta más actualizada* y asegurar que la colocación del DIU tienen lugar en el *momento apropiado*
12. Un DIU puede ser *insertado en cualquier momento del ciclo menstrual* si hay certeza razonable de que la *mujer no está embarazada* (Grado C).
13. Un DIU puede ser insertado sin peligro a las *4 ó más semanas posparto* (Grado C).



- ✓ El *alivio* del *dolor* previamente, y durante, la inserción del DIU debería ser *discutido* con las *mujeres* y *proporcionado adecuadamente*
  - ✓ El uso de *anestesia tópica* o *bloqueo intracervical* para el procedimiento de un DIU debería ser *discutido* con las *mujeres* y administrada si lo solicita
  - ✓ La *frecuencia cardíaca* debe ser medida y registrada después de la *inserción* del DIU
14. Un *ayudante* convenientemente *entrenado* debería estar *presente* durante la inserción del DIU para *ayudar* si surgiese una *emergencia* (Grado C).
  15. *Equipamiento* de *emergencia* debe estar disponible en todos los lugares donde los DIU son insertados y un *protocolo local* de referencia debe existir para las pacientes que requieran actuación médica adicional (Grado C).
    - ✓ Si se *sospecha perforación* uterina durante la inserción, el procedimiento debería ser *interrumpido* y los signos vitales y el nivel de disconfor monitorizado hasta la estabilización. Seguimiento urgente y específico deber ser realizado incluyendo una *ecografía y/o radiografía simple de abdomen* para localizar el dispositivo si ha sido dejado in situ.
  16. Los *médicos* comprometidos en las inserciones de DIU deberían ser *entrenados* y asistir a *actuaciones* permanentes en relación con probables *urgencias* (Grado C).
  17. Los *médicos* que insertan DIU son responsables de asegurar que están adecuadamente entrenados, y que *mantienen* su *competencia clínica* (Grado C).
  18. Un par de fórceps (como un Allis o tenáculo) debería ser utilizada, y una *evaluación* de la *longitud* de la cavidad uterina hecha, para *reducir* el *riesgo* de *perforación* y facilitar la colocación en el fondo del DIU (Grado C).
  19. Una visita de *seguimiento* debe ser recomendada *tras* las *primeras menstruaciones*, o a las 3-6 *semanas* después de inserción del DIU (Grado C).
  20. La valoración del riesgo de *ETS* (historia y exploración) debería ser realizada a todas las mujeres candidatas a un DIU (Grado C).
  21. Después del asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos, las *mujeres* que son valoradas como de *alto riesgo* de *ETS* pueden a pesar de todo *elegir* usar un *DIU* (Grado C).
  22. A las mujeres VIH-positivas se les puede ofrecer un DIU después del test para bacterias de ETS (Grado B).
  23. A las mujeres valoradas de *alto riesgo* de *ETS* debería ofrecérseles la *prueba* para *Chlamydia trachomatis* (como mínimo) antes de la inserción del DIU (Grado C).
    - ✓ A las mujeres valoradas de alto riesgo de ETS debe *también* ofrecérseles la prueba para *Neisseria gonorrhoea* antes de la inserción del DIU, *dependiendo* de la *prevalencia* local.
    - ✓ *No hay indicación* para pruebas de otros *microorganismos* del tracto genital bajo en *mujeres asintomáticas* candidatas a la inserción del DIU.
    - ✓ Idealmente, para las mujeres valoradas de alto riesgo de ETS, los *resultados* de las pruebas deberían estar *disponibles* y el *tratamiento* adecuado *administrado* antes de la *inserción* del DIU.
    - ✓ Para las mujeres valoradas de alto riesgo de ETS, si los *resultados* no están disponibles y la *inserción* del DIU no puede ser *retrasada*, el uso de *antibióticos profilácticos* debe ser *considerado*.
    - ✓ Después de considerar otros métodos anticonceptivos, una mujer puede usar un *DIU* dentro de los 3 *primeros meses* del tratamiento de *EPI*, *siempre* que ella no tenga *signos ni síntomas*.
  24. Las usuarias de DIU asintomáticas con detección de microorganismos Actinomicet-like en el moco cervical, deberían ser avisadas de que no hay razones para retirar el DIU a menos que aparezcan signos o síntomas de infección (Grado B).
  25. Para las usuarias de DIU con EPI, debería ser iniciado tratamiento antibiótico adecuado. No es necesario retirar el DIU a menos que los síntomas persistan (Grado B).
  26. Las mujeres deberían ser informadas de que hay un pequeño aumento del riesgo de infección pélvica en los 20 días siguientes a la inserción de un DIU pero el riesgo es el mismo que en la población que no usa DIU después de ese tiempo (Grado A).

27. Las mujeres deberían ser **informadas** de los **síntomas** de la **infección** pélvica y de **cómo** y **dónde** solicitar **ayuda** médica si estos ocurren, particularmente en las primeras 3-4 semanas después de la inserción (**Grado C**).
28. Los DIU que contienen al menos 300mm<sup>2</sup> de cobre deberían considerarse como los que tienen las tasas más bajas de fallo (**Grado A**).
- ✓ Los DIU como el T-Safe Cu380A representan una **alternativa reversible** a la **esterilización femenina**
29. Los DIU con la más prolongada autorización de duración de uso deberían ser usados para **minimizar** los **riesgos** establecidos asociados con el **recambio** (**Grado C**).
30. Las mujeres deberían ser **informadas** de que el riesgo global de embarazo ectópico es reducido con el uso del DIU en comparación con no usar contracepción (**Grado B**).
31. Las mujeres deben ser **informadas** de que la perforación uterina ocurre en menos de un 1 por mil inserciones (**Grado B**).
- ✓ A las mujeres se les deberían ofrecer **instrucciones** de como **examinar** el DIU y sus **hilos**, y el consejo de que si **no** es posible **sentirlos** puede ser que el dispositivo haya sido expulsado. **Anticoncepción alternativa** debería entonces ser usada hasta que el consejo médico haya sido solicitado.
32. Las mujeres deberían ser **informadas** de que las **anomalías menstruales** (incluyendo spotting, sangrado ligero, menstruaciones abundantes o más largas) son **frecuentes** en los **primeros 3-6 meses** de uso del DIU (**Grado C**).
33. Las mujeres deberían ser **informadas** de que un sangrado inaceptable es el motivo más frecuente para solicitar el cambio (**Grado B**).
- ✓ Las mujeres deberían ser **avisadas** para solicitar consejo médico para **descartar** **infección** o **patología** ginecológica si las **anormalidades** menstruales **persisten** más allá de 6 meses iniciales de uso
34. Las mujeres deberían ser **informadas** de que la **dismenorrea** es una causa frecuente de petición de cambio de DIU (**Grado B**).
35. Las mujeres deben ser **informadas** de que no hay evidencia en un aumento de cáncer en el aparato reproductor con uso del DIU (**Grado B**).
36. Las mujeres deberían ser **aconsejadas** de **solicitar** **ayuda médica** en cualquier momento si desarrollan **síntomas** de **infección pélvica**, **dolor**, **anormalidades menstruales persistentes**, **desaparición** de la **menstruación** o **no se palpan** los **hilos** (**Grado C**).
37. Los recuperadores de DIU (como Emmett y Retrievet) pueden ser efectivos para **localizar** los **hilos** (**Grado A**).
- ✓ Si los hilos no se ven y la localización uterina del DIU no puede ser confirmada clínicamente, una **ecografía** debería ser realizada para localizar el dispositivo y anti-concepción alternativa recomendada.
  - ✓ Si la ecografía no puede localizar el DIU y no hay evidencia cierta de expulsión, una **radiografía de abdomen** debería ser solicitada para identificar un dispositivo extrauterino.
38. La **patología ginecológica** y la **infección** deberían ser **descartadas** si un **sangrado anormal** persiste tras los primeros 6 meses siguientes a la inserción del DIU (**Grado C**).
39. Los AINE (ácido mefenámico) pueden ser usados para tratar el **spotting**, **sangrado ligero** y la **menstruación abundante** o **prolongada**. Los **antifibrinolíticos** (ácido tranexámico) deben ser usados para la **menstruación abundante** o **prolongada** (**Grado A**).
40. La mayoría de los **embarazos** que tienen lugar en **mujeres portadoras** de DIU serán intrauterinos, pero el **ectópico** debe ser **descartado** (**Grado C**).
41. Las mujeres que se quedan embarazadas mientras tienen un DIU deberían ser **informadas** del aumento de los riesgos de aborto en el segundo trimestre, parto pretérmino e infección si el DIU permanece **in situ** (**Grado B**).
42. Las mujeres que están embarazadas con un DIU **in situ**, y que desean continuar con la gestación, deberían ser **informadas** de que cuando es posible, la **retirada** del DIU **reduciría** los **efectos adversos**. Sin embargo, la **retirada** en sí conlleva un **pequeño riesgo** de **aborto** (**Grado C**).
43. Tanto si el DIU es retirado como si no, la mujer embarazada debería ser **avisada** de

solicitar atención médica si desarrolla *sangrado abundante, dolor cólico, molestia vaginal anormal* o *fiebre* (Grado C).

- ✓ Si no hay evidencia de que el DIU haya sido expulsado antes del embarazo debería ser visto en el parto o posparto y, si no es identificado, una radiografía simple de abdomen debería ser realizada para determinar si el DIU está fuera del útero

44. El DIU debería ser retirado durante o después de la *menstruación siguiente* a la esterilización (Grado C).

- ✓ Cuando se cambia a *anticoncepción hormonal*, esta debería ser iniciada antes de la retirada del DIU para mantener la protección anticonceptiva
- ✓ Para las mujeres que desean quedarse embarazadas, el DIU puede ser retirado en cualquier momento del ciclo menstrual

- ✓ Un DIU puede ser retirado en cualquier momento del ciclo si es *reemplazado* inmediatamente por otro DIU. Sin embargo las mujeres deben ser **avisadas** del uso de *preservativos* o *abstinencia sexual* durante 7 días antes del cambio, en el caso de que el nuevo DIU no pueda ser colocado inmediatamente

- ✓ Un DIU puede ser *reemplazado* por un IUI en cualquier momento del ciclo menstrual pero las mujeres deben ser **avisadas** del uso de *preservativos* o *abstinencia* de relaciones sexuales desde 7 días antes de retirar el DIU y hasta 7 días después de la inserción del IUI

- ✓ Las mujeres *posmenopáusicas* deberían ser **avisadas** de retirar sus DIU 1 año después de la última menstruación si esto ocurre después de los 50 años y 2 años después cuando ocurre en *menores de 50 años*

#### 4. EVIDENCIAS DEL SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LNG (SIL-LNG)<sup>64</sup>

1. A las mujeres se les puede asegurar que hay una rápida recuperación de la fertilidad tras la retirada del SIL-LNG (Grado B).
2. Las mujeres deben ser **informadas** de que el SIL-LNG funciona principalmente por su efecto en el endometrio, previniendo así la implantación. Adicionalmente, sus efectos sobre el moco cervical previenen la penetración del esperma. La mayoría de las mujeres continuarán ovulando (Grado B).
3. Las mujeres deben ser **informadas** de que el SIL-LNG es un método anticonceptivo reversible y efectivo con un índice Pearl inferior al 1% (Grado A).
4. El SIL-LNG no es efectivo como AE (Grado C).
5. Las mujeres deben ser **informadas** de que el índice de fallo del SIL-LNG es similar al de los modernos DIU (Grado A).
6. Las mujeres deberían ser **informadas** de que la causa más probable de fallo del SIL-LNG es la expulsión. El riesgo de que esto suceda es de aproximadamente 1 de cada 20 (Grado A).
7. A las mujeres que utilizan SIL-LNG se les puede asegurar que no hay evidencia de disminución de la eficacia con el uso concomitante de fármacos inductores de las

enzimas hepáticos o con otros fármacos (Grado B).

8. Después del consejo, el SIL-LNG es una opción apropiada para la mayoría de las mujeres que necesitan *anticoncepción* y/o *tratamiento para menorragia* (Grado C).
9. Todas las mujeres candidatas a utilizar el SIL-LNG deberían seguir *exámenes* y *pruebas* como para la inserción de cualquier método de anticoncepción *intrauterina* (Grado C).
  - ✓ El SIL-LNG puede ser colocado en cualquier momento del ciclo si existe la certeza de que la mujer no está embarazada y no ha tenido coitos desprotegidos en ese ciclo. Los métodos de *barrera* se recomiendan durante los siguientes siete días
10. Idealmente el SIL-LNG debe ser colocado durante los 7 primeros días después del comienzo de la *menstruación* (Grado C).
11. Las sospechas de *perforación*, *pérdida* de los hilos, *embarazo*, presencia de *microorganismos Actinomices-like* e *infección pélvica* deberían ser tratadas como en las usuarias de DIU (Grado C).
  - ✓ Una visita de *seguimiento* debería ser recomendada después de la primera menstruación, o 3 - 6 semanas después de la inserción del SIL-LNG



12. Las mujeres deben ser **informadas** de que el SIL-LNG tiene *duración* de 5 años (**Grado C**).
- ✓ A las mujeres que usan el SIL-LNG se les debe recomendar *volver* para revisión *después de los 5 años* de uso para discutir la necesidad de extracción y el recambio
  - ✓ Después del consejo sobre otros métodos anticonceptivos, las mujeres con un *riesgo alto de ETS* también *pueden elegir SIL-LNG*
  - ✓ Las mujeres deben ser **advertidas** de que existe un pequeño incremento en el *riesgo de infección pélvica* tras la *inserción* del SIL-LNG, pero posteriormente el riesgo es bajo
  - ✓ Tras considerar otros métodos anticonceptivos, una mujer puede usar el SIL-LNG dentro de los tres meses siguientes a una *infección pélvica tratada*, siempre que no haya síntomas ni signos
  - ✓ Las mujeres con historia de *migraña* con *síntomas focales* pueden usar el SIL-LNG. Sin embargo, si la migraña con síntomas focales aparece en una usuaria de SIL-LNG, estos nuevos síntomas deben ser investigados y discutir otras opciones anticonceptivas
  - ✓ La anticoncepción no hormonal es la más apropiada para las mujeres con *historia de cáncer de mama*. Sin embargo, el SIL-LNG puede ser considerado individualmente y de acuerdo con el especialista
13. Los niveles de LNG en la leche materna son bajos con el SIL-LNG. Por lo tanto, las mujeres que están dando lactancia materna pueden elegir este método tras 4 semanas postparto (**Grado B**).
14. A las mujeres se les puede asegurar que el riesgo de embarazo ectópico con el SIL-LNG es bajo (**Grado A**).
15. Las mujeres deben ser **informadas** de que la perforación uterina ocurre en menos de una por 1000 inserciones del SIL-LNG (**Grado B**).
16. Las mujeres deberían ser **informadas** de que el SIL-LNG puede reducir la pérdida de sangre menstrual por encima de un 90% (**Grado A**).
17. Las mujeres deberían ser **informadas** de que los patrones alterados de sangrado menstrual (sangrado prolongado y amenorrea) son comunes con el SIL-LNG (**Grado A**).
18. Las mujeres deben ser **informadas** de que aunque los síntomas hormonales son referidos por usuarias de SIL-LNG, no hay diferencias significativas respecto a las usuarias de DIU (**Grado A**).
- ✓ Todas las mujeres que consideren el uso del SIL-LNG deben ser **informadas** de la posibilidad de los *distintos patrones de sangrado* y de los *síntomas hormonales* que pueden ocurrir con este método
19. A las mujeres usuarias del SIL-LNG que presentan cambios en el patrón de sangrado se les deberían recomendar regresar para continuar la investigación y excluir infección, embarazo o patología ginecológica (**Grado B**).
20. A las mujeres se les puede asegurar que aunque los quistes de ovario ocurren en usuarias de SIL-LNG, no hay un incremento significativo del riesgo en comparación con las usuarias de DIU (**Grado A**).
21. A las mujeres se les puede asegurar que no hay evidencia que sugiera que el SIL-LNG tiene un efecto perjudicial sobre la *densidad mineral ósea* (**Grado C**).
22. El SIL-LNG puede ser utilizado como una opción de primera elección para tratar la *menorragia* (**Grado A**).
23. La *evaluación endometrial* (biopsia o ecografía) *no es necesaria rutinariamente* antes de la *inserción* del SIL-LNG para el tratamiento de la *menorragia* (**Grado C**).
24. El SIL-LNG es *efectivo* en el tratamiento de la *menorragia* incluso en presencia de *miomas* uterinos (**Grado C**).
25. No se recomienda generalmente que el sistema se utilice si los miomas están *deformando* la *cavidad* uterina (**Grado C**).
26. La cirugía (histerectomía, resección endometrial o ablación) es más efectiva que el SIL-LNG en el tratamiento de la *menorragia* en el primer año (**Grado A**).
27. El SIL-LNG es tan efectivo como la cirugía conservadora (resección y ablación) en el tratamiento de la *menorragia* después del primer año (**Grado A**).

28. La satisfacción de las pacientes y su calidad de vida parece similar siguiendo el tratamiento con SIL-LNG o tratamiento quirúrgico para la menorragia (**Grado A**).
29. Las mujeres que presentan menorragia persistente a pesar del uso del SIL-LNG deberían ser avisadas de regresar para evaluación posterior de la cavidad uterina (biopsia o ecografía) para excluir patología (**Grado B**).
30. No hay suficiente evidencia para justificar el uso de SIL-LNG rutinariamente para mujeres con dolor en ausencia de sangrado severo (**Grado C**).
31. Las mujeres que usan THS pueden elegir el SIL-LNG para proporcionarles protección contra la hiperplasia y el cáncer de endometrio, aunque este uso todavía no está todavía autorizado (**Grado A**).
32. El SIL-LNG no debería ser utilizado rutinariamente como tratamiento para la hiperplasia o cáncer de endometrio (**Grado B**).
33. Las mujeres deben ser advertidas de que no existe suficiente evidencia sobre la efectividad del SIL-LNG como tratamiento único de los trastornos premenstruales (**Grado C**).
  - ✓ El SIL-LNG puede ser retirado en cualquier momento si la mujer desea concebir. Si la mujer no busca el embarazo, se deberían evitar los coitos desprotegidos en los 7 días previos a la retirada

## 5. EVIDENCIAS EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)<sup>65</sup>

1. La AE debe comenzarse lo más pronto posible y dentro de las 72 horas tras un coito no protegido (**Grado B**).
2. La AE no es un método anticonceptivo para el resto del ciclo y debe aconsejarse el uso de otro método o abstinencia (**Grado B**).
  - ✓ La AE puede ser usada más de una vez en el mismo ciclo si está clínicamente indicada
3. La pauta habitual de AE debe ser un comprimido de 750 mcg de LNG y repetirlo a las 12 horas (**Grado A**).
  - ✓ Idealmente la 2ª dosis debe ser 12 horas después de la primera. Sin embargo el intervalo entre dosis puede ser de hasta 16 horas si esto aumenta el cumplimiento
4. En situaciones en las que el cumplimiento puede ser pobre, la AE puede darse en una dosis única de 1,5mg de LNG (**Grado A**).
5. Las mujeres que toman antibióticos no inductores enzimáticos pueden utilizar el régimen habitual de AE (**Grado C**).
6. Las mujeres que realizan tratamiento con inductores enzimáticos deben tomar dos comprimidos de LNG en la primera dosis y uno a las 12 horas y ser informadas respecto al uso alternativo de un DIU (**Grado C**).
7. El DIU de cobre puede ser colocado hasta 5 días después del primer coito no protegido o hasta 5 días después de la fecha esperada para la ovulación en un ciclo regular (**Grado C**).
8. El uso del DIU de cobre para AE debe seguir las mismas contraindicaciones absolutas y relativas que para el DIU usado de rutina (**Grado C**).
9. El DIU de LNG no debe ser usado para AE (**Grado C**).
10. El DIU de cobre de más de 300mm<sup>2</sup> puede ser usado para AE si técnicamente es posible (**Grado B**).
  - ✓ El DIU puede ser ofrecido a todas las mujeres para AE incluso si la presentación es dentro de las 72 horas del coito no protegido
  - ✓ Idealmente un DIU de emergencia podría ser colocado de primera elección, pero en función de la conveniencia de la mujer. Si no se coloca debe administrarse antes AEO dentro de las 72 horas primeras
  - ✓ Se debe facilitar el acceso al especialista que puede administrar este servicio
11. Después de la AE, las mujeres deben ser informadas de que deben volver para un test de embarazo si tienen un retraso menstrual mayor de 7 días o sangrado < del habitual (**Grado B**).
12. El DIU puede ser retirado después de la última menstruación si no ha tenido otro coito desprotegido o si la AHO ha sido instaurada dentro de los primeros cinco días del siguiente ciclo (**Grado C**).
  - ✓ Información y consejo debe ser dado a las mujeres sobre el uso de sus métodos anticonceptivos de elección
  - ✓ Tras el olvido de las píldoras, las mujeres deben ser informadas de la continuación de

- la AHO en su *hora habitual* dentro de las 12 horas de la 2ª dosis de AE
- ✓ Las mujeres deben ser completamente orientadas respecto a los fallos de la AE oral e intrauterina para permitirles hacer una elección informada
  - ✓ Los profesionales deben presentar las evidencias de la eficacia y necesidad de la AE en situaciones individuales para permitir a las mujeres hacer una elección informada
13. No hay *contraindicaciones absolutas* para el uso de la AE, pero debe ser usada con *precaución* en mujeres con *porfiria* o *enfermedad hepática severa* (Grado C).
14. Las mujeres deben ser **advertidas** de que pueden ocurrir **irregularidades menstruales** en el ciclo donde se usa AE (Grado A).
15. Si hay *vómitos* en las *dos primeras horas* después de la dosis de AE, una *nueva dosis*, *antieméticos* o un *DIU* deben ser aconsejados (Grado C).
16. La *domperidona* es un *antiemético apropiado* para mujeres con *vómitos* previos tras AEO o persistentes durante el uso (Grado C).
17. Las mujeres deberían ser aconsejadas de la posibilidad de un aumento del riesgo de infección pélvica en los 21 días siguientes a la inserción de un DIU. Se les debe decir cómo reconocer los síntomas y cuándo deben buscar consejo médico (Grado B).
- ✓ Las mujeres deberían ser provistas de *información escrita* sobre cómo acceder a la ayuda y consejo si ocurre cualquier efecto secundario
  - ✓ La posibilidad de un *embarazo ectópico* debe ser considerada si la AE ha fallado o cuando un *patrón de sangrado anormal* sigue a su uso
18. La *historia sexual* debería ser recogida para valorar el riesgo de ETS y otras cuestiones de salud sexual (Grado C).
19. Previo a la inserción de un DIU de emergencia, en aquellas con alto riesgo debería tomarse *muestra* para ETS, especialmente para *Chlamydia Trachomatis* (Grado C).
20. El uso rutinario de *antibióticos profilácticos* en la inserción de un *DIU* de emergencia no debe ser recomendada, pero su uso debe ser considerado en grupos de alto riesgo (Grado C).
- ✓ En mujeres de alto riesgo a las que se va a insertar un DIU de emergencia, debe ser aconsejado antibióticos y abstinencia después de la prueba y hasta los resultados. *Azitromicina 1g dosis única* o *Doxiciclina 100mg/12horas durante 7días* son las pautas apropiadas
  - ✓ Se deberían ofrecer *screening* de ETS a todas aquellas mujeres atendidas para AE
21. Asociaciones de grupos de pacientes deberían ser desarrolladas localmente para facilitar el suministro de enfermería y farmacéutico y la administración de la AEO en diferentes sitios clínicos y comunitarios (Grado B).
22. El entrenamiento adecuado para personal clínico y de apoyo, implicado en los servicios de provisión de AE debería ser facilitado (Grado B).
- ✓ *Protocolos clínicos* deberían ser desarrollados localmente para promover trabajar integrados los distintos servicios proveedores para garantizar un buen acceso, consejo y calidad de los cuidados
23. Suministros de AEO e instrucciones de uso pueden ser ofrecidos a aquellos servicios de atención a la salud sexual y planificación familiar (Grado A).
- ✓ Los servicios de salud sexual y planificación familiar deberían trabajar juntos con otros proveedores y autoridades de salud local para recoger datos sobre el uso de AE e índices de embarazo

6. EVIDENCIAS EN LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS EN GENTE JOVEN<sup>57</sup>

1. El *médico* debe *valorar* la *madurez* de un *joven* para *validar* su *consentimiento* por su capacidad para entender la información suministrada, valorar los riesgos y beneficios y expresar sus propios deseos (**Grado C**).
2. Si una persona joven es considerada madura, se debe *registrar* en su *historia* clínica como “*Competente según los criterios de Fraser*” ( ha entendido el asesoramiento anticonceptivo, tendrá o continuará teniendo sexo, se le aconseja informar a sus padres en su propio interés) (**Grado C**).
3. Un *médico* puede dar **información** sobre *contracepción* o tratamiento anticonceptivo a una *joven madura* (*menores de 16 años*) *sin consentimiento paterno*, utilizando los criterios de *Fraser* (**Grado C**).
  - ✓ El *médico* puede querer **informar** a una joven sobre *aspectos legales* en relación con la *actividad sexual*.
4. *Todo el personal* implicado en Servicios para jóvenes debe recibir adiestramiento apropiado para *alertarles* sobre la posibilidad de *explotación* o *coacción*, y deben estar al tanto de los *mecanismos* locales para *denunciarlos* de acuerdo a las políticas de protección a la Juventud (**Grado C**).
5. Todos los Servicios deben tener un clínico *identificado* como el *líder* local en política de *protección* de la *Juventud* (**Grado C**).
6. Cada joven debe ser **informado** de la *confidencialidad* que se espera de todos los miembros del *equipo* de Salud (**Grado C**).
  - ✓ Toda persona *joven* puede ser **avisada** de que *otros profesionales* tales como profesores y trabajadores sociales pueden *no* tener el *mismo compromiso* de *confidencialidad*.
7. Los jóvenes *menores de 16 años* deben ser **advertidos** desde el principio de que la *confidencialidad* podría *romperse* si se *sospecha malos tratos*, *explotación* o *coacción* (**Grado C**).
8. Los jóvenes deben ser **informados** de que se solicitará su *consentimiento* si la *información* va a ser *compartida* o la *confidencialidad* rota. Sin embargo, el *consentimiento* no es esencial si ello está justificado (**Grado C**).
  - ✓ El momento de la *ruptura* de la *confidencialidad* debe ser *cuidadosamente consi-*
- derado* y debe hacerse conjuntamente con el Responsable local
  - ✓ Los jóvenes deben ser **ayudados** a tomar sus *decisiones* sobre *contracepción* considerando sus necesidades individuales y deseos, así como otros factores relativos a su modo de vida y riesgo de embarazo o ETS.
  - ✓ Las jóvenes deben ser **aconsejadas** en contra del uso de AHO *antes* de la *menarquia*. Si son *sexualmente activas*, se debe *recomendar* el uso de *preservativos*.
9. Las jóvenes deben ser **informadas** que el desarrollo puberal normal, ejercicio, dieta y tabaquismo influyen sobre la densidad mineral ósea (**Grado B**).
10. Las jóvenes deben ser **informadas** de los efectos de la AH sobre la densidad mineral ósea (**Grado B**).
  - ✓ Una joven puede *elegir* AHP con *inyección* de sólo gestágenos en vez de otros métodos anticonceptivos *a pesar de la incertidumbre* sobre el efecto a *largo plazo* en la densidad mineral ósea.
11. Los jóvenes deben ser **avisados** de que *correctamente* usados los preservativos son efectivos en la prevención de VIH (**Grado B**).
  - ✓ Aunque la evidencia del efecto protector del preservativo frente a otras ETS diferentes del VIH es limitada, los jóvenes deben ser **aconsejados** en el *uso correcto* y *continuo* de los *preservativos* en la promoción de un sexo más seguro.
12. La *edad*, por sí sola, *no* debería *limitar* la *elección* de la *contracepción* en los jóvenes (**Grado C**).
  - ✓ A una persona joven se le debe permitir el uso del MA que *elija*, siempre que *no* existan *contraindicaciones médicas*.
13. Las jóvenes deben ser **advertidas** de que AOC reduce el riesgo de cáncer de ovario y endometrial, y con un uso inferior a 5 años no aumenta el riesgo de cáncer de cérvix (**Grado B**).
14. Las jóvenes deben ser **advertidas** de que AH inyectable no parece tener ningún efecto sobre el riesgo de cáncer endometrial o cervical (**Grado B**).

15. Las jóvenes deben ser advertidas de que cualquier incremento en el riesgo de cáncer de mama asociado a la AH es pequeño y no depende de la duración del uso (Grado B).
16. Las jóvenes deben ser advertidas de que aunque el riesgo de Tromboembolismo Venoso aumenta con el uso de AOC, el riesgo absoluto es muy bajo (Grado B).
17. Las jóvenes deben ser advertidas de que la AHO de sólo gestágenos no parecen incrementar el riesgo de ETV (Grado B).
18. Las jóvenes deben ser advertidas de que no hay evidencia de ganancia de peso con el uso AOC (Grado B).
19. Las jóvenes pueden ser advertidas de que la ganancia de peso puede ocurrir con algunos de los AH sólo gestágenos, pero pueden reflejar simplemente el incremento de peso esperado durante los primeros años reproductivos (Grado C).
20. Las jóvenes pueden ser advertidas de que la AOC puede mejorar el acné vulgar (Grado B).
21. Las jóvenes deben ser advertidas de que la aparición de acné puede ser una razón para la interrupción de los implantes e inyecciones de sólo gestágenos (Grado B).
22. Diane está indicado para tratar el acné severo que no ha respondido a los antibióticos orales. Debe ser retirado a los 3-4 meses de la resolución o si no hay mejoría (Grado C).
23. Las jóvenes deben ser advertidas de que no está claro que la AH tenga un efecto adverso sobre el estado de ánimo (Grado B).
24. Las jóvenes deben ser animadas a regresar en cualquier momento si surgen problemas con la anticoncepción (Grado C).
  - ✓ Las jóvenes deben ser advertidas de que regresen a los 3 meses del comienzo de la AH. Esto permite identificar efectos secundarios u otras preocupaciones y asegurarse del uso correcto del método.
25. Los proveedores de salud sexual deben adaptar sus servicios a las necesidades que refieren los jóvenes (Grado C).
26. Los Servicios para los usuarios jóvenes de riesgo pueden ser suministrados en los servicios principales con atención extraordinaria cuando sea necesario (Grado C).
27. La gente joven que acuda a cualquier centros de salud sexual (por ejemplo visitas posparto, unidades de IVE, médicos de urgencia) deben tener acceso a consejo y/o tratamiento anticonceptivo (Grado C).
  - ✓ Los proveedores de Salud Reproductiva se deben implicar en trabajos multidisciplinarios para promover servicios para los jóvenes.
  - ✓ Los Servicios Sanitarios de Salud Reproductiva y Sexual deben apoyar la docencia en las escuelas de enfermería.
28. La gente joven debe tener suficiente tiempo durante las consultas para abordar temas de anticoncepción y otros temas sanitarios más amplios (Grado C).
  - ✓ Los Servicios Sanitarios de Sexualidad y de Anticoncepción pueden desarrollar vínculos con la autoridades educativas y colegios para promover y suministrar la planificación, desarrollo y evaluación de la educación sexual.
29. La Educación Sexual debe ser suministrada desde la infancia y dentro del contexto del desarrollo social y emocional (Grado C).
30. Cualquier servicio que suministre consejo sobre salud sexual o anticoncepción debe estar preparado o capacitado para proporcionar a los jóvenes folletos sobre anticoncepción, salud sexual y otros temas de estilos de vida saludables, dirección de páginas web apropiadas, y otros recursos locales de interés para la gente joven (Grado C).
  - ✓ La gente joven debería estar implicada en el desarrollo de los Servicios de Anticoncepción y Salud Sexual.



7. EVIDENCIAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA<sup>66</sup>

- ✓ El médico debe *valorar* las necesidades de anticoncepción de una *mujer posparto* teniendo en cuenta su *elección personal*, *actividad sexual*, *patrón de lactancia*, *menstruación* y *factores médicos y sociales*.
  - ✓ Las mujeres lactantes deben recibir **información** sobre todos los MA *hormonales* y *no hormonales*.
  - ✓ Las mujeres lactantes deben recibir **información** y *apoyo* para que usen el MA elegido de manera efectiva.
1. Las mujeres deben ser **informadas** de que la lactancia retrasa la primera ovulación posparto (**Grado B**).
  2. Las mujeres deben ser **advertidas** de que debido a que la lactancia retrasa la primera ovulación posparto, todos los MA tienen baja tasa de fallo cuando se usan de manera consistente y correcta (**Grado C**).
  3. Las mujeres deben ser **informadas** de que esperar el comienzo de la menstruación posparto antes de comenzar la anticoncepción no está recomendado, ya que las puede poner en riesgo de embarazo no deseado (**Grado B**).
  4. Las mujeres deben ser **advertidas** de que si están dentro de los 6 meses posteriores al parto, amenorreicas y con lactancia completa el método de amenorrea por lactancia (MELA) tiene una efectividad superior al 98% en la prevención del embarazo (**Grado B**).
  5. Las mujeres que utilizan el MELA deben ser **advertidas** de que el *riesgo* de *embarazo* *aumenta* si la *lactancia disminuye* (especialmente si se suprime la toma nocturna), cuando la *menstruación* vuelve o después de 6 meses posparto (**Grado C**).
  6. Las mujeres deben ser **informadas** de que el nivel de *hormonas* en la *leche materna* cuando se usa un MA *hormonal* es *comparable* a los observados cuando tiene un *ciclo ovulatorio* (**Grado C**).
  7. Las mujeres deben ser **advertidas** de que la *evidencia* disponible es *incapaz de probar* que la *AH* tenga ningún efecto sobre el *volumen* de *leche materna* (**Grado C**).
  8. Las mujeres deben ser **advertidas** de que la *evidencia* disponible indica que la *AH* no tiene efectos adversos sobre el *crecimiento* del bebé (**Grado A**).
  9. Las mujeres deben ser **advertidas** de que el uso de AOC en las primeras 6 semanas posparto puede tener un efecto adverso sobre el volumen de la leche materna (**Grado B**).
  10. Las mujeres lactantes deben ser **advertidas** de que eviten los AOC en las primeras 6 semanas posparto (**Grado B**).
  11. Las mujeres lactantes deben ser **advertidas** de que los AOC pueden ser utilizados *sin restricción* a partir del 6 mes posparto (**Grado C**).
    - ✓ Las mujeres lactantes deben ser **advertidas** de que los AOC *no están recomendados* entre las 6 sem y los 6 meses posparto. Sin embargo, si la lactancia está establecida los AOC pueden ser considerados si otros MA son inaceptables.
  12. Las mujeres deben ser **informadas** de que el uso de AHOsG en las primeras 6 semanas posparto no parecen tener un efecto adverso sobre el volumen de leche materna (**Grado B**).
  13. Las mujeres deben ser **informadas** de que el uso de AHOsG durante la lactancia tiene una eficacia superior al 99% (**Grado B**).
  14. Las mujeres deben ser **informadas** de que el sangrado irregular asociado a la AHOsG parece ser mejor aceptado que los experimentados por las mujeres que no están lactando (**Grado B**).
    - ✓ Después de recibir consejo las mujeres lactantes *pueden* elegir utilizar un AHOsG antes de las 6 semanas posparto si otros MA son inaceptables.
  15. A menos que un *DIU* pueda ser *colocado* dentro de las 48 h posparto, la colocación debe ser *retrasada* hasta después de 4 semanas posparto (**Grado C**).
  16. Las mujeres pueden ser **informadas** de que el uso de *diafragmas* y *capuchones* cervicales debe ser *retrasado* hasta que la involución uterina sea completa (en general, desde las 6 semanas posparto) (**Grado C**).
    - ✓ Las mujeres deben ser **advertidas** de *comenzar* el MELA *inmediatamente* posparto.

- ✓ Si la *lactancia* está *establecida*, una mujer de *más de 6 semanas posparto* puede *comenzar AOC en cualquier momento* si hay una *certeza razonable* de que *no está embarazada*. Con *protección anticonceptiva adicional* durante los *7 primeros días*.
  - ✓ Las mujeres lactantes con *más de 6 semanas posparto* y con *ciclos menstruales regulares* pueden *comenzar AOC* igual que las no lactantes.
  - ✓ Una mujer lactante puede *comenzar un AHOsG* desde el *día 21 posparto sin necesidad* de *protección anticonceptiva* adicional.
  - ✓ Una mujer lactante puede *comenzar un AHO sG* *después* del *día 21 posparto* si existe una *certeza razonable* de que *no está embarazada*. Debe realizar una *protección anticonceptiva adicional* durante *2 días*.
17. Las mujeres lactantes deben ser **advertidas** de que el uso de *AHIsG* *antes* de las *6 semanas posparto* no está *recomendado* habitualmente (**Grado C**).
18. Las mujeres deben ser **advertidas** de que el *sangrado irregular* puede *ocurrir* con el uso de *AHI* en el periodo *posparto temprano* (**Grado C**).
- ✓ Las mujeres lactantes que eligen *AHIsG* no requieren la *inyección* hasta el *día 21 posparto*, pero si el riesgo de embarazo inmediato es alto *puede* ser administrada *antes* de este tiempo.
  - ✓ La mujer lactante puede elegir utilizar *AH* en *implantes* antes del *día 28* sin necesidad de *MA adicional*.
19. Las mujeres lactantes pueden tener un *SIL-LNG* desde las *4 semanas posparto* (**Grado C**).
20. Las mujeres lactantes pueden tener un *DIU* colocado *dentro* de las *48 horas posparto*. De no ser así la *colocación* debe ser *retrasada* hasta las *4 semanas posparto* (**Grado C**).
21. Las mujeres lactantes que eligen un *diafragma* o un *capuchón cervical* deben ser **advertidas** de *esperar* al menos hasta las *6 semanas posparto* antes de *acudir* para *valorar* el *tamaño* requerido (**Grado C**).
- ✓ Las mujeres lactantes pueden ser **advertidas** de que los *coitos sin protección* o con *fallo* en la anticoncepción *antes* del *día 21 posparto* no es una *indicación* para *AE*.
  - ✓ La mujer lactante puede ser **advertida** de que una vez se ha *comenzado* la *AH* los *fallos* potenciales anticonceptivos deben ser *manejados* del *mismo* modo que para las *mujeres no lactantes*.
  - ✓ A las mujeres lactantes se les puede ofrecer un *DIU* como *AE* a *partir* de las *4 semanas posparto*.
22. Las mujeres lactantes deben ser **advertidas** de que *regresen* en *cualquier momento* para *discutir* los *efectos secundarios* u otros *problemas*, o si quieren *cambiar* su *MA* (**Grado C**).

## 8. EVIDENCIA DE OPCIONES ANTICONCEPTIVAS EN MUJERES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)<sup>67</sup>

1. Los *profesionales* de la salud que tratan mujeres con EII deberían *discutir* su *efecto potencial* en la *salud reproductiva*, *gestación* y *necesidades anticonceptivas* (**Grado C**).
- ✓ Los profesionales de la salud deberían proporcionar una *oportunidad* a las mujeres para *discutir* cuestiones relativas a la *sexualidad* y su *imagen corporal* y *saber* a donde *remitir localmente* en cada caso.
  - ✓ *Protocolos clínicos* deberían ser *desarrollados localmente* para permitir integrar el trabajo entre los *diferentes proveedores* de servicios para *asegurar* que *todos* los *cuidados* de salud reproductiva necesarios para las mujeres con EII son *conocido*.
  - ✓ Referencias apropiadas de *consejo preconcepcional* deberían estar *disponibles* para todas las mujeres con EII para el *óptimo* manejo antes de la concepción.
  - ✓ El *riesgo* de *disminuir* la *fertilidad* después de una *intervención quirúrgica* debería ser *discutido* con las *mujeres* con EII *cuando* esto *puede influenciar* *decisiones* respecto al *momento* de tener *hijos*.
  - ✓ Los médicos deberían *considerar* el *embarazo ectópico* en su *diagnóstico diferencial* del *dolor abdominal* en las mujeres sexualmente activas con EII.
2. El *embarazo* en mujeres con EII debería ser *planificado* cuando la *enfermedad* esté bien controlada (**Grado B**).

3. A las mujeres con EII deberían ser ofrecidas las mismas opciones anticonceptivas que a mujeres sin EII, aunque los métodos anticonceptivos seguros pueden tener precauciones específicas para enfermedades asociadas con EII (Grado C).
  - ✓ Las mujeres deberían ser **avisadas** que la eficacia de la *anticoncepción oral* es improbable que sea reducida por enfermedad intestinal extensa pero puede potencialmente ser *disminuida* en las mujeres con enfermedad de Crohn que tiene enfermedad de *intestino delgado* y *malabsorción*.
4. Las *enfermedades coincidentes* en mujeres con EII deberían ser *consideradas* cuando valoramos la elegibilidad de uso de los anticonceptivos (Grado C)
  - ✓ Las mujeres con EII que tienen *factores de riesgo adicionales* de *osteoporosis* deberían *tener una densitometría*.
  - ✓ Las mujeres con EII deberían *parar AOC* al menos *4 semanas* antes de una *cirugía mayor electiva* y anticoncepción alternativa debería ser proporcionada.
  - ✓ Las mujeres con EII que toman *anticonceptivos de sólo gestágeno* no necesitan *interrumpirlo* antes de la *cirugía mayor electiva*.
5. Las mujeres con *colitis ulcerosa* pueden usar *AHO* (Grado C).
6. Las mujeres con enfermedad de Crohn que tienen afectación de *intestino delgado* y *malabsorción* pueden tener una *reducción* de la *eficacia* de la *AHO* (Grado C).
7. Las mujeres con EII con *baja densidad ósea* o que han tenido repetidas pautas de *corticoides* o *malabsorción* deberían ser **informadas** contra el uso de acetato de medroxiprogesterona depot (Grado C).
8. La *esterilización laparoscópica* es un **método anticonceptivo inapropiado** para las mujeres con EII que han tenido previamente *cirugía pélvica* o *abdominal* (Grado B).
  - ✓ Los *métodos barrera* pueden ser *inapropiados* en mujeres con EII que están usando *drogas* potencialmente *teratogénicas* o en aquellas con *enfermedad activa* y *severa*.
9. Las mujeres pueden ser tranquilizadas de un papel patogénico de los AOC en la EII es insignificante (Grado B).
10. *Anticonceptivos* efectivos deben ser tomados *mientras* tomen *metotrexato*, y durante al menos los *tres meses posteriores* a su interrupción (Grado C).
11. Las mujeres que toman AOC deberían utilizar *anticoncepción adicional* mientras tomen antibióticos *no inductores enzimáticos* (menos de tres semanas) y durante *7 días* después de terminar tratamiento antibiótico (Grado C).
12. Usuaris de AOC que estén tomando antibióticos *no inductores enzimáticos* más de *tres semanas* *no requieren anticoncepción adicional* a menos que cambien a un antibiótico diferente (Grado C).
13. Las mujeres que toman anticonceptivos de *sólo gestágeno* no necesitan *protección* anticonceptiva *adicional* cuando toman *antibióticos no inductores enzimáticos* de cualquier duración (Grado C).





## **Recursos en Canarias y Bibliografía**



## PARA INFORMACIÓN/ATENCIÓN AFECTIVO SEXUAL A ADULTOS Y POBLACIÓN JUVENIL

Esta sección está constituida por el conjunto de recursos que las diferentes administraciones municipal, insular, autonómica y estatal, junto con las entidades sociales, ofrecen para dar respuesta a la atención a la sexualidad en Canarias.

### RECURSOS GENERALES DE ATENCIÓN A LA SEXUALIDAD

#### Centros de atención primaria del Servicio Canario de la Salud de la Comunidad Autónoma Canaria

**Ámbito:** Zonas Básicas de Salud de Canarias.

**Acceso:** Cita previa. **Horario:** 8 a 21 h.

**Finalidad:** Atención sanitaria. Desarrollo PASAR.

#### Centros de orientación familiar del Servicio Canario de la Salud Área de salud de Tenerife

**Ámbito:** Zona Sur, Zona Centro y Zona Norte del Área de Salud de Tenerife.

**Acceso:** A iniciativa propia o derivación de Atención Primaria. **Horario:** 8 a 21 h.

**Finalidad:** Atención sanitaria para la anticoncepción y ETS.

**Ubicación:** Centro de Salud de Ofra, Centro de Salud de Anaga, Centro de Salud de Guimar, Centro de Salud Laguna-Geneto y Centro de Salud de La Orotava

#### Centros de Orientación Familiar Municipal

**Acceso:** A iniciativa propia o derivación de Atención Primaria o servicios Sociales Municipales

**Finalidad:** Atención sanitaria para anticoncepción y ETS

**Ámbito:** Municipal

**Ubicación:** Centro Municipal de Tacoronte y Centro Municipal de Tegueste

#### Centro de Planificación Familiar del Hospital de Lanzarote

**Ámbito:** Isla de Lanzarote. Servicio gratuito para < de 26 años y > de 65 años

**Acceso:** Cita previa al Hospital Insular. 928 80 49 92

**Horario:** 10,00 a 13,00 h. de lunes a viernes y 16,00 a 18,00 h. los jueves

**Finalidad:** Atención sanitaria ginecológica.

### RECURSOS DE ATENCIÓN SEXUAL A LA JUVENTUD

#### A nivel autonómico

En el marco del Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil en el que participan las Consejerías de Sanidad, Educación y Trabajo y Asuntos Sociales, se han creado una serie de recursos de atención, información, educación sexual a jóvenes en la Comunidad Canaria.

#### *Teléfono de información sexual*

**Acceso:** Número 901-51-51-51; 902-10-33-01

**Ámbito:** Comunidad Autónoma Canaria.

**Horario:** 10 a 22 horas de lunes a viernes y los sábados de 14 a 22 horas.

**Finalidad:**

- Proporcionar a la población canaria de información y orientación inmediata
- Potenciar conocimiento e informar de los recursos existentes con relación a la atención asesoramiento y educación sexual
- Derivar las consultas necesarias a la red de recursos existentes

### *Correo electrónico de información sexual*

**Acceso:** informacionsexual@juventudcanaria.com

**Ámbito:** Comunidad Autónoma de Canarias. Horario 14 a 22 horas.

**Finalidad:**

- Proporcionar a la población canaria de información y orientación inmediata
- Potenciar conocimiento e informar de los recursos existentes con relación a la atención asesoramiento y educación sexual
- Derivar las consultas necesarias a la red de recursos existentes

## A nivel insular

### *Unidad insular de atención a la sexualidad juvenil del Cabildo de Tenerife*

**Acceso:** A iniciativa propia o derivado de cualquier servicio educativo, sanitario o social

**Ámbito:** Isla de Tenerife. **Horario:** sin determinar (en fase de estudio). **Teléfono:** 922 84 39 72

**Finalidad:**

- Proporcionar a la población joven información y orientación sobre sexualidad
- Potenciar el conocimiento e informar de los recursos existentes con relación a la atención y educación sexual
- Derivar las consultas necesarias a la red de recursos existentes

### *Punto de información sexual del Cabildo de la Gomera*

**Acceso:** A iniciativa propia o derivado de cualquier servicio educativo, sanitario o social a través del número de teléfono 922 871 777 o por e-mail: uasj-lagomera@hotmail.com

**Ámbito:** Isla de La Gomera. **Horario:** de 8 a 15 horas de lunes a viernes.

**Finalidad:**

- Proporcionar a la población joven información y orientación sobre sexualidad
- Potenciar el conocimiento e informar de los recursos existentes con relación a la atención y educación sexual
- Derivar las consultas necesarias a la red de recursos existentes

### *Punto de información sexual del Cabildo de Fuerteventura*

**Acceso:** A iniciativa propia o derivado de cualquier servicio educativo, sanitario o social

**Ámbito:** Isla de Fuerteventura. **Horario:** de 8 a 15 horas. **Teléfono:** 928 531446.

**Ubicación:** C/ Doctor Fleming, nº 1. Puerto del Rosario.

**Finalidad:**

- Proporcionar a la población joven de información y orientación sobre sexualidad
- Potenciar conocimiento e informar de los recursos existentes con relación a la atención y educación sexual
- Derivar las consultas necesarias a la red de recursos existentes
- Cursos de formación en IES y grupos que lo solicitan.

### *Espacio Joven del Cabildo de Gran Canaria*

**Acceso:** A iniciativa propia o derivado de cualquier servicio educativo, sanitario o social.

**Ámbito:** Isla de Gran Canaria. **Horario:** de 14 a 21 horas de lunes a sábado.

**Ubicación:** Centro 14-30 próximo a IES en C/ Tomás Morales. Las Palmas de Gran Canaria.

**Finalidad:**

- Proporcionar información y orientación sobre sexualidad, a colectivos y a la población joven de entre 14 y 30 años

- Potenciar el conocimiento e informar de los recursos existentes con relación a la atención y educación sexual
- Derivar las consultas necesarias a la red de recursos existentes

### *Centro de Planificación Familiar del Hospital de Lanzarote*

#### *Tarde Joven*

**Acceso:** A iniciativa propia o derivado de cualquier servicio educativo, sanitario o social

**Ámbito:** Isla de Lanzarote. Horario: 16,00 a 18,00 h. los jueves

#### **Finalidad:**

- Informar a los jóvenes y resolver sus dudas sobre distintos aspectos relacionados con la sexualidad y los métodos anticonceptivos.
- Derivar las consultas necesarias a la red de recursos existentes

#### *Aula Joven*

**Acceso:** A iniciativa propia

**Ámbito:** Isla de Lanzarote. Horario: 18,00 a 19,00 h. los jueves

#### **Finalidad:**

- Potenciar conocimiento e informar de los recursos existentes con relación a la atención y educación sexual
- Contribuir al desarrollo de la persona joven a través de talleres formativos

#### *Consulta*

**Acceso:** Cita previa al Hospital Insular. 928 80 49 92

**Ámbito:** Isla de Lanzarote. Horario: 10,00 a 13,00 h lunes a viernes y 16,00 a 18,00 h. Los jueves

#### **Finalidad:**

- Atención ginecológica gratuita a menores de 26 años que incluye pruebas de embarazo y SIDA además de métodos anticonceptivos y ETS

## **A nivel de zonas básicas de salud, comarcal o municipal**

El Servicio Canario de Salud tiene en funcionamiento una red de servicios bajo la denominación de "Consulta Joven" o "Espacio Joven". Seguidamente se relacionan las consultas jóvenes que se han abierto en las distintas áreas de salud, encontrándose algunas sin personal hasta nueva asignación para lo cual hay que dirigirse al Centro de Salud de referencia.

### *Consulta o Espacio Joven*

#### **Finalidad:**

- Resolver problemas y dar información acerca de enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, embarazos, agresiones sexuales, identidad sexual, etc. La atención se realiza de forma confidencial, en Centros de Salud o centros Educativos a título individual, en parejas o en grupos.

**Acceso:** Por iniciativa propia o derivación

#### *Gran Canaria*

**IES Tamaraceite** - Talleres con orientadora y profesorado (Horario: miércoles de 11,30 a 12,30)

**IES Doctoral** - Aula de Salud Joven (Horario: Lunes, en el recreo de la mañana)

#### *Fuerteventura*

**IES Puerto del Rosario** (Horario: Martes y Viernes de 10,30 a 11,30 horas)

**IES Santo Tomás de Aquino** (Horario: Miércoles de 10,30 a 11,30 horas)

#### *Lanzarote*

**Centro de Salud de Tegui** (Horario: Miércoles de 10,30 a 11,30 horas)

### La Palma

Calle Real, 2 (Horario: Lunes de 17 a 20 horas)

### Tenerife

Centro Municipal de San Agustín (Horario: Lunes de 15 a 17 horas)

Centro de Salud de los Gladiolos (Horario: lunes de 15 a 20 horas)

Centro de Salud de Los Realejos (Horario: martes, miércoles y viernes de 13 a 15 horas)

Centro de Salud de Añaza (Horario: En el Centro de Salud de lunes a viernes de 8 a 20 horas)

Centro de Salud de Cabo Blanco (Horario: Lunes de 17,30 a 19,30 horas)

Centro de Información a la mujer. Santa Ursula (Horario: lunes y viernes tarde)

COF Anaga (Horario: lunes a viernes de 9 a 15 horas)

COF Ofra - Delicias

(Horario: martes de 16 a 18 horas/ lunes, miércoles, jueves y viernes de 8 a 15 horas)

### Otros Servicios de Atención al Joven (Talleres)

Centro de Salud de La Vera

Centro de Salud de Granadilla

## ASOCIACIONES DE MUJERES

### Asociación para el desarrollo integral de la mujer Mercedes Machado

Apartado 284. 38201- LA LAGUNA. Tenerife.

Teléfono: 922 31 03 24.

### Centro Municipal de la Mujer - Isadora Duncan

C/ León y Castillo, nº 3. Apdo de correos, 116. 35200 - TELDE. Gran Canaria.

Teléfono: 928 13 90 62

### Colectivo Harimaguada de Educación Sexual

C/ San Agustín (antiguo C.S. La Laguna). 38203 - LA LAGUNA. Tenerife.

Teléfono: 922 25 79 04

## RECURSOS SOBRE SEXUALIDAD EN INTERNET

[www.juventudcanaria.com](http://www.juventudcanaria.com)

Página web de la Dirección General de Juventud del Gobierno de Canarias.

[www.centrojoven.org](http://www.centrojoven.org) (Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid)

Noticias. Estadísticas. Contracepción. SIDA. Consultas. Preguntas y respuestas más frecuentes. Posibilidad de colaboración. Bibliografía. e-mail.

[www.arrakis.es/~cjs/consulta.htm](http://www.arrakis.es/~cjs/consulta.htm)

Formulario. Teléfonos. E-mail.

[www.arrakis.es/~cjas/postco.htm](http://www.arrakis.es/~cjas/postco.htm) (Tratamiento poscoital o píldora del día después )

Información básica sobre este método de urgencia.

[www.sico.com.mx/pregunta.htm](http://www.sico.com.mx/pregunta.htm) (Preguntas SICO )

Página con información y datos sobre el uso del preservativo. Es especialmente interesante el lugar donde explica su uso.

[www.informateya.com](http://www.informateya.com)

[www.loeweb.com](http://www.loeweb.com)

## PARA IVE

En Canarias existen dos clínicas legalizadas para la realización de IVE:

### Tenerife

Clínica Tara, en Tacoronte, con número de teléfono **922 571 555**

### Gran Canaria

La Clínica Gara, en Telde, con número de teléfono **928 698 216**.

1. Del Cura-González I, Coutado A. Prevención de embarazos no deseados. En: Brotons C., Ciurana R., Iglesias M., editores. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). SEMFYC; 2003. p. 871-888.
2. Delgado M. Las pautas anticonceptivas de las españolas a finales del siglo XX. Madrid: Aula Médica, 2001.
3. Del Cura- González I, Arribas-Mir L, Coutado A. Prevención de embarazos no deseados. Atención Primaria. 2003; 32 Supl 2:S121-42
4. Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez- Salmearn J, et al. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003; 8: 75-9
5. Ministerio de Sanidad y Consumo [página principal en Internet] <http://www.msc.es>
6. Margarita Delgado csisc
7. Ramírez-Hidalgo A., Vecilla-Pala A. Planificación Familiar. Esterilidad. En: Martín-Zurro A., Cano-Pérez JF., editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003. p. 674-702.
8. Del Cura-González, Arribas-Mir L, Moreno Gómez AI. Revisión de Anticoncepción. Atención a la Mujer. El médico. 2004; (905): CDLXXXIX – DVIII.
9. Lete I. Anticoncepción intrauterina. En: Cabero-Roura L, Cabrillo-Rodríguez E, editores. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A. 2003; 2: 1483-1489
10. Alonso Roca R. Planificación Familiar. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. SEMFYC; 2002. 309-319
11. Servicio de Ginecología de Hospital Materno-Infantil de Gran Canaria. Protocolo de Anticoncepción. En prensa 2003
12. Hiller JE, Griffith E. Education for contraceptive use by women after childbirth (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
13. Davis A, Wysocki S. Clinician/Patient interaction: communicating the benefits and risks of oral contraceptives. Contraception 1999; 59 (Supl 1): S39-42
14. Herrero-García J, Ruíz-Romance M, Martín-Ondarza C. Anticoncepción: consideraciones generales. Clasificación de los métodos anticonceptivos. Técnicas, indicaciones y resultados de la anticoncepción y planificación familiar. En: Cabero-Roura L, Cabrillo-Rodríguez E, editores. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A. 2003; 2: 1453-1463.
15. Baerwald AR, Adams GP, Pierson RA. A new model for ovarian follicular development during the human menstrual cycle. Fertil Steril 2003; 80:116-22.
16. Lamprecht V, Trussell J. Natural family planning effectiveness: evaluating published reports. Adv Contracept 1997; 13: 155-65
17. Counseling to prevent HIV infection and other sexually transmitted diseases. En: US Preventive Services Task Force. Give to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996; 723-37.
18. Bounds W. Female condoms. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997; 2: 113-6.
19. Speroff L, Darney PD. Contraception. 2nd ed. Madrid: Marban, 1998.
20. Cook RL, Rosenberg MJ. Do spermicides containing nonoxinol-9 prevent sexually transmitted infections: a meta-analysis. Sexually Transmitted Diseases 1998; 25: 144-50.
21. Speroff L. Oral contraceptives and arterial and venous thrombosis: a clinician's formulation. Am J Obstet Gynecol 1998; 179: S25-36
22. Creinin MD, Lisman R, Strickler RC. Sing for factor V Leiden mutation before prescribing combination oral contraceptives. Fertil Steril 1999; 72: 646-51
23. Lobo RA, Skinner JB, Lippman JS, Cirillo SJ. Plasma lipids and desogestrel and ethinyl estradiol: a meta-analysis. Fertil Steril 1996; 65: 1100-9



24. Hanaford PC, Owen-Smith V. Using epidemiological data to guide clinical practice: Review of studies on cardiovascular disease and use of combined oral contraceptives. *BMJ* 1998; 316: 984-7
25. Boseti C, Negri E, Trichopoulos D, Francheschi S, Beral V, Tzonou A, et al. Long-term effects of oral contraceptives on ovarian cancer risk. *Int J Cancer* 2002; 102: 262-5
26. Moreno V, Bosch FJ, Muñoz N, Mejeir CJLM, Shah KV, Walboomers JMM, et al. Effects of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with papilloma virus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359: 1085-92
27. Smith JS, Green J, Berrington De Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, et al. Cervical cancer and use hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; 361: 1159-67
28. Collaborative group on hormonal factor in breast cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347: 171-27
29. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson H, Folger SG, Mandel MG, Janet R. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Eng J Med* 2002; 346: 2025-32
30. Burkman RT, Tang MT, Malone KE, Marchbanks PA, McDonald JA, Folger SG. Infertility drugs and the risk of breast cancer: findings from The National Institute of Childs Health and Human Development women's contraceptive and reproductive experiences study. *Fertil Steril* 2003; 79(4): 844-51
31. Fernández E, La Vecchia C, Balducci A, Chatenoud L, Franceschi S, Negri E. Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2001; 84: 722-7
32. Pfahlberg A, Hassan K, Wille L, Lausent B, Geffeller O. Systematic review of case-control studies: oral contraceptives show no effect on melanoma risk. *Public Health Reviews* 1997; 25: 309-15
33. Hanaford P, Webb AM. Evidence-guide prescribing of the pill. London: Parthenon, 1996.
34. Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de consenso. Prescripción y manejo de AHO. Toledo: SEC, 1997
35. Hanaford P, Webb AM. Evidence-guide prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. *Contraception* 1996; 54: 125-9
36. Stewart FH, Harper CC, Ellerston CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussel J. Clinical Breast and pelvis examination requirements for hormonal contraception. *JAMA* 2001; 285: 2232-9
37. Bonacho Paniagua I. Anticoncepción. Guías 2004; 4 (52). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepcion.asp>
38. Maitra N, Gülmezoglu AM, Meirik O. Comparison of acceptability of low-dose oral contraceptives containing norethisterone, levonorgestrel, gestodene, desogestrel and norgestimate. En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: update software 2000.
39. Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception. Guideline nº 40. Revised Octubre 2004. Disponible en: [http://www.rcog.org.uk/rsoures/Public/VTE\\_hormonal\\_contraception.pdf](http://www.rcog.org.uk/rsoures/Public/VTE_hormonal_contraception.pdf)
40. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software, 2003.
41. Audet MC, Moreau M, Koltum WD, Valdabaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. oral contraceptive. *JAMA* 2001; 285: 2347-54.
42. Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring Nuvaring for ovulation inhibition. *Fertil Steril* 2001; 75: 865-70.
43. FFPRHC Guidance (October 2003). First Prescription of Combined Oral Contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003; 29 (4): 209-23.
44. Organización Mundial de la Salud [página en Internet]: <http://www.infoforhealth.org/pr/j44/j44who.shtml>
45. Speroff L. Oral contraceptives and arterial and venous thrombosis: A clinician's formulation. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: S25-S36.

46. 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* 2003;37(2): 1-11
47. FFPRHC Guidance (January 2004). The Koper Intrauterine Device as Long-term Contracepción. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30(1): 29-42
48. Sociedad española de Contracepción. Actualización del manejo clínico de la anticoncepción uterina. Recomendaciones de la conferencia de consenso 2001.
49. Lete I, Martínez F, Alvarez JD. Anticoncepción intrauterina. Manejo clínico. En: Lete I editor. Curso de habilidades en anticoncepción para médicos de AP y planificación familiar. Sociedad española de Contracepción. Madrid: SEC 1999; p.95-101.
50. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of cooper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Eng J Med* 2001;345: 608-9.
51. Darney P. Time to pardon de DIU? *N Eng J Med* 2001; 345: 608-9.
52. Grimes DA, Schulz KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion (Cochrane review). En: *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: update software 2000.
53. Weissman A.M. Enfermedad Inflamatoria de la Pelvis. En: *Manual de Medicina de Familia*. Universidad de Iowa. 4ª edición 2002; 582-4
54. Bernal E, Latour J, Pradas F, Gómez LI. The association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review of the literature. *Fertil Steril* 1998; 70: 191-200.
55. Hankinson SE, Hunter DJ, Colditz GA, Willett WC, Stampfer MJ, Rosner B, et al. Tubal sterilization, hysterectomy and risk of ovarian cancer. A prospective study. *JAMA* 1993; 270: 2813.
56. Haya J, Reyes S, Lertxundi R. Aspectos legales en la adolescencia. En: Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia SEC, editor. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. Aspectos básicos clínicos.
57. FFPRHC Guidance (October 2004). Contraceptive Choices for young people. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30(4); 237-250.
58. Ley 9/85 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Boletín Oficial del Estado* número 166, de 12 de Julio de 1985.
59. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360 (9384): 1803-10
60. 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(4): 269-73
61. Population information program, Centre for Communication Program, The Johns Hopkins university School of Public Health 2000 (28) 1. Disponible en: [www.jhuccp.org](http://www.jhuccp.org)
62. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* número 102, de 29 de abril de 1986.
63. Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 (Pleno), de 11 de abril. *Boletín Oficial del Estado* número 119, de 18 de mayo de 1985 (RTC 1985/53).
64. FFPRHC Guidance (April 2004). The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30(2): 99-109
65. FFPRHC Guidance (April 2003). Emergency Contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003; 29(2): 209-15
66. FFPRHC Guidance (July 2004). Contraceptive Choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30(3); 181-189.
67. FFPRHC Guidance (July 2003). Contraceptive Choices for Women with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003; 29(3); 127-135.

