



Los temas del curso y sus
test de concordancia Script
disponibles en:
www.sietediasmedicos.com

Curso de Salud sexual

Directores:

Myriam Ribes Redondo

Ginecóloga y sexóloga.
Hospital Mateu Orfila. Menorca

Josep Maria Coll Benejam

Médico de familia.
Centro de Salud Verge del Toro. Menorca

TEMA	1	Salud sexual
TEMA	2	Educación sexual
TEMA	3	Anticoncepción
TEMA	4	Disfunciones sexuales Julio
TEMA	5	Patología médica y salud sexual Octubre
TEMA	6	Atención a la diversidad y minorías Diciembre

Anticoncepción

Consejos, métodos y elegibilidad

Ana Rosa Jurado

Doctora en Medicina. Sexóloga. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN. Instituto Europeo de Sexología. Marbella (Málaga)

Objetivos de aprendizaje

Principal:

- ▶ **Capacitar al médico de atención primaria para aconsejar un método anticonceptivo adecuado a las características de salud y psicosociales de la persona, que permita mejorar la seguridad, la observancia, la satisfacción y la efectividad del método elegido.**

Secundarios:

- ▶ **Diferenciar las características de los métodos anticonceptivos disponibles.**
- ▶ **Mejorar las habilidades de comunicación en el enfoque de la salud sexual y reproductiva del médico de atención primaria.**

Introducción

Uno de los aspectos más relevantes de la salud sexual de las personas es el relativo a la anticoncepción, pues permite desligar la sexualidad de la reproducción y favorece la autodeterminación, sobre todo a las mujeres, que pueden decidir libremente sobre cuándo, con quién y si desean tener hijos.

La salud sexual es una parte fundamental de la salud general y de la calidad de vida de las personas, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a los profesionales sanitarios de la primera escala asistencial a responsabilizarse de ella, dado que es en la atención primaria donde se dan las condiciones de accesibilidad, confianza y continuidad que requiere la relación entre el médi-

co y el paciente para su enfoque diagnóstico y terapéutico.

Si bien no todos los métodos anticonceptivos existentes pueden implementarse en atención primaria, el profesional está obligado a tener un conocimiento exhaustivo de ellos para ofrecer un consejo anticonceptivo adecuado, con el que se conseguirán, entre otros, los siguientes beneficios:

- Mejorar la adherencia del método.
- Aumentar la satisfacción con éste.
- Mejorar la efectividad por uso correcto.
- Minimizar los riesgos de salud relacionados con una prescripción inadecuada.
- Disminuir el número de embarazos no deseados.

¿Qué es el consejo anticonceptivo?

Es un proceso mediante el cual se capacita a la persona para tomar decisiones informadas sobre sus opciones de anticoncepción. No se trata, pues, de elegir el mejor método según el criterio médico, sino de que, en un proceso dinámico, el profesional y la persona interesada intercambien la información que les permita llegar a una elección adecuada a sus características de salud y psicosociales.

1. Mediante el consejo anticonceptivo se debe conseguir:

- Elección informada del método.
- Su empleo correcto.
- Satisfacción con el método elegido.
- Uso sistemático o mantenido.

2. Objetivos secundarios relacionados con el método:

- La información sobre el método aclara dudas sobre los posibles efectos secundarios, en el presente y en futuro, y disminuye la ansiedad por el uso.
- El uso correcto y sistemático mejora la efectividad, o eficacia en condiciones de uso real.

Apartado de aclaración de concepto

La eficacia de los métodos anticonceptivos se mide con el índice de Pearl (número de embarazos que se han producido en 100 mujeres durante 1 año de uso). La efectividad, o eficacia en condiciones de uso real, tiene en cuenta los posibles errores del pacien-

te en su aplicabilidad y, por tanto, mejora con un mejor conocimiento del método.

3. Objetivos secundarios no directamente relacionados con el método:

- Educar en anticoncepción, como parte de la educación en salud sexual y en sexualidad.
- Disminuir el riesgo de embarazo no deseado e interrupciones voluntarias del embarazo, y potenciar la maternidad consciente, que constituyen importantes parámetros de salud de la mujer.
- Disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual mediante la potenciación del doble método de barrera en las situaciones clínicas en que sea requerido.

Método	Uso real (%)	Uso perfecto (%)
Sin ningún método	85	85
<i>Coitus interruptus</i>	27	4
Métodos naturales	25	3-5
Preservativo masculino	15	2
Preservativo femenino	21	5
Anticonceptivos orales	8	0,3
Parche transdérmico	8	0,3
Anillo vaginal	8	0,3
Inyectable de gestágenos	3	0,3
Dispositivo intrauterino	0,8	0,6
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel	0,2	0,2
Implante subcutáneo de gestágenos	0,05	0,05
Esterilización femenina	0,5	0,5
Esterilización masculina	0,15	0,10

Porcentaje de mujeres embarazadas con un método anticonceptivo en 1 año de uso real y de uso perfecto. Modificada de: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5904a1.htm?s_cid=rr5904a1_e#tab1

CDC. United States Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use, 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/usmec.htm>

Apartado de aclaración de concepto

El doble método implica el uso de un método anticonceptivo regulado (hormonal o no hormonal), como la píldora, el anillo, el dispositivo intrauterino, etc., junto con un método de barrera que proteja frente a las infecciones de transmisión sexual, que generalmente es el preservativo masculino, aunque también podría usarse el femenino.

El consejo anticonceptivo, al igual que cualquiera de las intervenciones en salud sexual, requiere la generación de un escenario de comunicación adecuado, en el que:

- Se acoja con calidez y empatía.
- Se escuche activamente.
- Se respete sin juzgar.
- Se garantice la confidencialidad.
- Se informe utilizando un lenguaje adecuado, asequible para la persona.
- Se favorezca la accesibilidad y la continuidad.

¿Se debe aconsejar un método anticonceptivo de forma activa sin previa demanda por parte de la persona?

Existen circunstancias médicas, de salud, sociales y/o relacionales, ante las cuales el profesional debe aconsejar un método anticonceptivo de forma activa. Las más importantes son:

- Parejas con enfermedades hereditarias o que estén utilizando medicamentos embriotóxicos (isotretinoína, leflunomida, vacuna de la rubéola, etc.).
- Mujeres con enfermedades que puedan suponer un riesgo para ellas du-

rante el embarazo: diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, lupus, púrpura, hipertensión arterial, trombosis, etc.

- Uso previo de métodos poco eficaces o pertenecientes a grupos de riesgo de embarazo no deseado.

Apartado de aclaración de concepto

Los principales grupos y situaciones de riesgo de embarazo no deseado son:

- Adolescentes.

- Mujeres mayores de 40 años.
- Cambio de pareja a cualquier edad.
- Después de una interrupción voluntaria del embarazo.
- Drogodependencia.
- Discapacidad psíquica.
- Haber transcurrido menos de 1 año desde el último parto.
- Sospecha o confirmación de violencia de género o abusos sexuales en la pareja.
- Bajo nivel sociocultural.

¿Se necesitan analíticas previas a la prescripción de métodos anticonceptivos?

El único requisito previo para la prescripción de anticonceptivos es la anamnesis detallada. Los factores de riesgo cardiovascular y los antecedentes patológicos que condicionan el uso de anticonceptivos hormonales obligan a conocer todas las situaciones clínicas que permitan garantizar la seguridad de la paciente en la elección del método.

La anamnesis permite la obtención de la información necesaria sobre:

- Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares y trombotógicas.
- Antecedentes personales de enfermedades que aumenten el riesgo trombotógico o cardiovascular: trombofilia, trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa, cardiopatía congénita, valvulopatía, enfermedad vascular isquémica, accidente cerebrovascular y tabaquismo.

- Otros antecedentes personales: problemas hepáticos o biliares, cefaleas, enfermedad autoinmune, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, medicación actual (inductores enzimáticos, antibióticos) y alergias medicamentosas.
- Historia obstétrica: características del ciclo menstrual, intenciones reproductivas, paridad, complicaciones de embarazos previos (ictericia, diabetes e hipertensión).

Categoría	Descripción	Cuando la información clínica disponible sobre la mujer es suficiente	Cuando la información clínica sobre la mujer es limitada
1	Ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo	El método puede usarse en cualquier circunstancia	
2	Las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o demostrados	Ese método puede usarse de manera general, pero puede ser necesario un seguimiento cuidadoso	Puede usarse el método
3	Los riesgos teóricos o demostrados normalmente superan las ventajas de usar ese método. Un uso seguro requiere un juicio clínico cuidadoso y acceso a servicios clínicos	Métodos que no deben recomendarse normalmente a menos que otros más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables	No debe usarse ese método
4	Es una circunstancia que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo	Métodos que no deben utilizarse	

Modificada de: Protocolos SEC en anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal, 2013. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf

- Historia sexual: número de parejas sexuales, riesgo de infección y otras conductas de riesgo.
- Preferencias de la mujer en cuanto a métodos, experiencias previas, expectativas, información errónea, fallos previos, participación de la pareja en la elección.

Por tanto, mediante la anamnesis se detectan las situaciones médicas que afecten a la elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos, según los Criterios de Elegibilidad de la OMS de 2009.

Apartado de aclaración de concepto

Los Criterios de Elegibilidad de la OMS son una serie de normas internacionales que establecen los límites para el uso de los métodos anticonceptivos en determinadas situaciones clínicas, garantizando la seguridad de las usuarias. Las condiciones médicas que afectan a la elegibilidad de los diferentes métodos se clasifican en 4 categorías, de tal modo que:

- Si la situación clínica de una paciente se clasifica en la categoría 1, no existen restricciones para el uso del método.

- Si la situación clínica de una paciente se clasifica en la categoría 2, las ventajas del uso del método superarían a los riesgos y, por tanto, puede ser utilizado.
- Si la situación clínica de una paciente se clasifica en la categoría 3, los riesgos del uso del método generalmente superan a los beneficios, por lo cual se debería valorar su uso sólo de forma individualizada.
- Si la situación clínica de una paciente se clasifica en la categoría 4, el riesgo del uso del método es inaceptable y no se debe utilizar.

¿Qué métodos anticonceptivos tenemos en la actualidad?

Métodos naturales

Se basan en indicadores naturales de la fertilidad, detectados por la mujer o mediante el uso de test que detectan metabolitos hormonales en la orina. El uso combinado aumenta la eficacia. Requieren una buena colaboración y educación sanitaria, un entrenamiento previo, y el uso de preservativo o la abstinencia en días fértiles.

Métodos de barrera

Impiden el paso de los espermatozoides al aparato genital femenino. Con la excepción del diafragma y de los capuchones cervicales, el preservativo masculino y el femenino son los únicos métodos efectivos en la prevención de infecciones. El preservativo masculino es el método anticonceptivo más usado, pero su mayor problema es el uso inconsistente, que obliga a implementar la educación sexual, en la consulta y fuera de ella.

Dispositivos intrauterinos no hormonales

Son métodos de larga duración, con vuelta a la fertilidad inmediatamente después de su retirada, que generan un ambiente inhóspito en el útero para la supervivencia de los espermatozoides, mediante la alteración del patrón de calidad endometrial, provocando una reacción inflamatoria local.

Los más utilizados son los que tienen forma de T y contienen 380 mm² de cobre (TCu 380). Entre sus efectos secundarios está el sangrado y el dolor pélvico (que causan su retirada en el 10% de los casos en el primer año).

La constatación de que el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica que se le atribuía es sólo del 0-15%, incluso en situaciones de elevada prevalencia de infecciones, ha llevado a la ampliación de su recomendación en mujeres jóvenes, aunque en ellas se observa una

mayor tasa de expulsión espontánea, y a que no sea necesaria la profilaxis antibiótica para su inserción.

Métodos definitivos

Están disminuyendo en la actualidad a favor de los no definitivos, en parte por la mayor confianza que estos últimos generan, y por el cambio en los patrones relacionales que conlleva necesidades reproductivas en personas de más edad (divorcios, nuevas parejas sexuales):

- Vasectomía. Oclusión y sección de los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides al líquido seminal. Se realiza sin hospitalización y con anestesia local, con escasos efectos adversos locales derivados de la técnica quirúrgica. El alta se establece tras la azoospermia obtenida en 2 seminogramas, con una diferencia de 15-30 días entre ellos, lo cual requiere 3 meses o 20 eyaculaciones después de la intervención. Con técnicas microquirúrgicas puede conseguirse la recanalización, cuando hay deseos de que sea revertida, lo que no garantiza la normalidad del espermiograma ni las tasas de embarazo.
- Esterilización tubárica. Requiere el acceso a las trompas, por vía laparoscópica, generalmente para la electrocoagulación, y últimamente por vía transcervical mediante histeroscopia: se inserta un implante proximal que pro-

Métodos anticonceptivos naturales	Indicadores de fertilidad
Método Ogino, o método de los días estándar	Calcula los días fértiles del ciclo, entre el 8 y el 19, para ciclos regulares de 26-32 días
Método del moco cervical, o de Billings	Moco abundante y filante como signo de la ovulación
Temperatura basal	La progesterona aumenta la temperatura corporal al inicio del periodo postovulatorio infértil

duce un bloqueo tubárico mediante fibrosis (Essure®). Esta técnica ha simplificado bastante la intervención, aunque no está exenta de inconvenientes.

Métodos hormonales

Los anticonceptivos hormonales actúan con diferente intensidad, dependiendo de su composición y administración:

- Sobre el eje hipotálamo-hipofisario, inhibiendo la ovulación.
- Sobre el endometrio: disminuyendo el crecimiento y alterando su desarrollo secretor.
- Sobre el paso de los espermatozoides, mediante el espesamiento del moco cervical, el estrechamiento del conducto cervical y la alteración de la motilidad y la secreción de las trompas.

Existen 2 tipos de preparados en cuanto a su composición:

- Anticonceptivos hormonales combinados con estrógenos y progestágenos: en la práctica actual son los más ampliamente utilizados. El mecanismo de acción más importante es la anovulación, por ello también se denominan anovulatorios. Derivado de los niveles de estrógenos al inicio del ciclo y la supresión de la secreción de gonadotropinas subyacente se produce una in-

hibición de la maduración folicular. Entre ellos encontramos la píldora anticonceptiva combinada, parche transdérmico y el anillo vaginal.

- Anticonceptivos hormonales con sólo gestágeno: píldora de sólo gestágeno, inyectable, implante subcutáneo y dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.

Al parecer, los efectos sobre el endometrio y los espermatozoides son fundamentales en los métodos que utilizan sólo gestágeno. La reducción de la dosis de estrógeno, así como los diferentes tipos de gestágenos utilizados, siguen siendo las bases de la investigación, cuyo objetivo es la mejora de la seguridad de las pacientes, mediante la reducción de los efectos adversos y el aumento de los efectos beneficiosos.

Entre las últimas novedades podemos citar las siguientes:

- Desarrollo de gestágenos de cuarta generación con peculiaridades en relación a los anteriores, como dienogest, que siendo un derivado no etilado de la testosterona, conserva las propiedades antiandrogénicas de los derivados de la 17-hidroxiprogesterona. Se considera pues un gestágeno «híbrido».

- El desarrollo de anticonceptivos hormonales combinados con estrógenos naturales: no usan etinilestradiol, sino hemihidrato o valerato de estradiol, con menos efectos hepáticos y menor inducción de cambios sobre los lípidos y la hemostasia. La reducción de la dosis de etinilestradiol (de 150 a 30, 20 o 15 µg) ya supuso una reducción del riesgo cardiovascular.
- El desarrollo de gestágenos derivados de la espironolactona (como la drospirenona), con actividad antiminerlocorticoide y sin actividad estrogénica, ni glucocorticoide o antiglucocorticoide, lo cual les confiere un perfil farmacológico parecido al de la progesterona natural, con menor retención acuosa.
- La administración en pautas continuas, libres de periodo ventana durante varios ciclos, o reduciendo éste al mínimo número de días para evitar la sintomatología premenstrual.
- La administración transdérmica (semanal), confiere una mejora del cumplimiento frente a la vía oral (píldora) al requerir una menor frecuencia de administración. Puesto que evita el primer paso hepático y proporciona una liberación constante de hormonas, la biodisponibilidad del fármaco es más homogénea, evitando las fluctuaciones



Clasificación química de los componentes de la anticoncepción hormonal. Adaptada por: Lobo JP y Pérez Campos E de Burkman R. Contraception. 2011; 84: 19-34

y los posibles efectos metabólicos de primer paso hepático. La administración se realiza mediante parches adhesivos multicapa que permiten la liberación continua del fármaco, confiriendo un buen control del ciclo.

El desarrollo reciente de nuevos parches (gestodeno 0,06 mg/etinilestradiol 0,013 mg/24h) ha permitido reducir la exposición estrogénica aproximada-

mente a la mitad respecto a los primeros en salir al mercado (etinilestradiol (EE)/norelgestromina (NGMN)). También muestran una menor tasa de dolor mamario frente a los parches EE/NGMN y un buen perfil de seguridad. Además, su formato más pequeño e incoloro, con una capa de absorción de luz UV, proporciona más comodidad para su aplicación.

- La administración vaginal (mensual), al igual que la transdérmica, pretende evitar el efecto del olvido de la toma que se produce con la píldora sobre la efectividad del método. Sin embargo, su modo de aplicación, al requerir una manipulación genital, podría suponer una desventaja para algunas usuarias respecto a la aplicación transdérmica.

¿Tienen las mismas contraindicaciones los anticonceptivos hormonales combinados y los anticonceptivos sólo con gestágeno?

Existen más situaciones clínicas que suponen una categoría 4 de recomendación (no se deben usar) para los anticonceptivos hormonales combinados que para los que contienen sólo gestágenos. Esto significa que, por ejemplo, en pacientes con un

mayor riesgo cardiovascular y trombotogénico, los anticonceptivos sólo con gestágenos tienen grado de recomendación mayor. Se estima que en las mujeres sanas el riesgo de trombosis venosa profunda relativo a la toma de estos anticonceptivos es

la mitad que el riesgo debido al embarazo.

En la siguiente tabla se exponen las situaciones clínicas que supondrían una categoría 4 de recomendación para los distintos anticonceptivos:

<p>Anticonceptivos hormonales combinados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de accidente cerebrovascular • Cardiopatía isquémica actual • Cefalea con aura en cualquier edad* • Cirrosis grave descompensada • Diabetes mellitus de más de 20 años de evolución, o con complicaciones (retinopatía, nefropatía, neuropatía, otras vasculopatías) • Cáncer de mama actual • Fumadora de 15 o más cigarrillos al día, con 35 o más años • Hipertensión arterial con cifras sistólicas ≥ 160 mmHg, o diastólicas ≥ 100, o vasculopatía • Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos • Miocardiopatías periparto de menos de 6 meses de evolución, o con funcionamiento cardíaco moderada o altamente alterado • Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial) • Mutaciones trombotogénicas • Adenoma hepatocelular • Posparto inmediato (<21 días) • Trasplante de órgano con complicaciones • Trombosis venosa profunda o tromboembolia pulmonar • Cirugía mayor con inmovilización prolongada • Valvulopatías cardíacas con complicaciones
<p>Anticonceptivos sólo con gestágenos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama actual
<p>Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama actual • Embarazo • Distorsión de la cavidad uterina o sangrado vaginal sin causa aparente • Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles elevados de beta-hCG o neoplasia maligna • Cáncer de ovario, cáncer de endometrio, cervicitis purulenta actual por clamidia o gonococo, enfermedad inflamatoria pélvica activa**

Modificada de: Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5.^a ed. Ginebra: World Health Organization, 2015. ISBN 978-92-4-154915 8. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf

*Supone un criterio de interrupción si aparece durante el uso del método en mujeres mayores de 35 años.

**Las situaciones clínicas de este listado suponen una categoría 4 para el inicio del método, pero no para la interrupción en caso de que el proceso aparezca durante su uso.

¿La elección del método depende sólo del profesional?

Para realizar el consejo anticonceptivo se han de valorar interactivamente con la usuaria varios parámetros, de los cuales va a depender la elección conjunta del método:

- Consideración de riesgos y barreras que determinadas situaciones clínicas podrían suponer para el uso de algunos métodos.
- Intercambio de información sobre las características de los métodos, conocimientos ciertos y erróneos previos, modo de actuación, reversibilidad, efectos adversos y educación en su detección precoz, pautas para el uso correcto y mejora de la efectividad, efectos no anticonceptivos que puedan suponer un beneficio...
- Valoración conjunta de los factores psicosociales y relacionales que puedan influir en la elección, así como de la inclusión de la pareja si la hay,

y de la protección frente a infecciones, si procede.

Apartado de aclaración de concepto

Uno de los aspectos más importantes en la prescripción de anticonceptivos hormonales es el de los efectos asocia-

dos sobre la mejora del control del ciclo, síndrome premenstrual, hemorragias, etc. Aunque los anticonceptivos orales sólo tienen indicación anticonceptiva, han demostrado proporcionar algunos beneficios que se muestran en el cuadro siguiente:

- Control de la sintomatología perimenopáusica cubriendo las necesidades anticonceptivas
- Regulación de los sangrados disfuncionales
- Disminución de la dismenorrea y del dolor pelviano en la endometriosis
- Reducción de la anemia ferropénica debida a las menstruaciones
- Reducción del riesgo de aparición y tratamiento de los quistes ováricos funcionales
- Prevención de la enfermedad benigna de la mama
- Efectos beneficiosos sobre el acné (sin diferencias significativas entre las distintas píldoras) y el hirsutismo
- Reducción del riesgo de cáncer de ovario (un 10% tras el primer año de uso y un 50% tras 5 años, efecto que perdura años después de dejar el tratamiento) (riesgo relativo= 0,5)
- Reducción del riesgo de cáncer de endometrio (riesgo relativo= 0,7)
- Probable efecto beneficioso en la enfermedad de Crohn y el cáncer colorrectal
- Efectos positivos sobre la gravedad y los síntomas de la artritis reumatoide
- Reducción de la incidencia de embarazos ectópicos y de la hospitalización por enfermedad inflamatoria pélvica

¿Qué examen físico se debe realizar si se elige un anticonceptivo hormonal?

El único examen físico recomendado antes del inicio de cualquier método hormonal es la toma de la presión arterial.

En el siguiente cuadro aparecen categorizadas diversas intervenciones previas según su importancia y contribución a la seguridad y la efectividad del método que se elija.

- Categoría A: prueba esencial.
- Categoría B: puede contribuir a la seguridad y la efectividad del método.
- Categoría C: no contribuye a la seguridad o efectividad del método.

	AHC	IC	PPS	IPS	Implante	DIU-LNG
Presión arterial	A	A	A	A	A	C
Análisis urinario	C	C	C	C	C	C
Hemograma	C	C	C	C	C	B
Análítica cribado ITS*	C	C	C	C	C	B
Evaluación riesgo ITS*	C	C	C	C	C	A
Exploración mamaria	C	C	C	C	C	C
Exploración pélvica	C	C	C	C	C	A
Cribado cáncer cérvix	C	C	C	C	C	C

AHC: anticonceptivo hormonal combinado; DIU-LNG: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; IC: inyectable combinado; IPS: inyectable con progestágeno solo; ITS: infecciones de transmisión sexual; PPS: píldora con progestágeno solo. Modificada de: Navarro, et al. Anticoncepción y salud sexual en atención primaria, 3.ª ed. SAMFYC, 2014. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2014002.pdf>

¿Hay que iniciar la anticoncepción de forma inmediata tras la prescripción?

Si se necesita anticoncepción, lo ideal es iniciarla de inmediato. Para ello, sólo hay que suministrar el anticonceptivo, o la prescripción, en cantidad suficiente (o un sustituto hasta que el elegido esté disponible), y descartar de forma fiable el embarazo.

No existen evidencias de afección del desarrollo del feto si la mujer utiliza un anticonceptivo hormonal por equivocación al principio del embarazo, pero existen situaciones que minimizan o prácticamente excluyen el riesgo:

- Inicio antes del séptimo día del ciclo o tras un aborto.
- Inicio durante las 4 semanas posteriores al parto.
- Ausencia de encuentros sexuales desde la fecha de la última regla.
- Uso actual de anticoncepción de forma correcta y consistente.
- Lactancia materna exclusiva o casi (más del 85% de las tomas son naturales), amenorrea y menos de 6 meses de posparto.

Los implantes subcutáneos y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel son eficaces desde el primer

día de su inserción. El resto de los métodos hormonales son eficaces desde el primer momento si se inician el pri-

El plan de seguimiento para los diferentes métodos anticonceptivos es el siguiente:

	Primer control	Visita anual
Anticonceptivos hormonales combinados	A los 3 meses del inicio	Para la actualización de la historia clínica y la toma de la presión arterial
Anticonceptivos orales de sólo gestágeno	A los 3 meses del inicio	No se necesita
Implantes hormonales	No se necesita	No se necesita
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel	Después de la menstruación o a las 6 semanas de la inserción	No se necesita

mer día del ciclo. Si esto no es posible, para favorecer el inicio inmediato, se suele recomendar empezar en el momento de la prescripción, y utilizar un método de refuerzo (que suele ser el preservativo) durante los primeros 7-9 días, según la ficha técnica de cada uno.

Es importante ofrecer accesibilidad en caso de dudas, situaciones que condicionen mal uso o efectos adversos, además de desarrollar conjuntamente un plan de uso consistente y de seguimiento.

La primera visita del seguimiento sirve para resolver dudas, reforzar la observancia del uso y revalorar la conveniencia del método según las circunstancias sociales y de salud.

A las mujeres tratadas con píldora de sólo gestágeno que amamantan a sus bebés se les invita a valorar su uso tras la lactancia, y a las que usan implantes o dispositivo intrauterino se les invita a volver para valorar el cambio en las fechas próximas en que éste sea requerido.

¿Cómo actúan los anticonceptivos de emergencia?

Cuando se produce una relación coital no protegida, incluyendo el fallo del método habitual, se pueden utilizar métodos anticonceptivos de urgencia:

- Píldoras poscoitales: en las primeras 24 horas la eficacia es del 95%.

- Inserción de un dispositivo intrauterino: en las primeras 24 horas la eficacia es del 99%.
- Método Yuzpe: casi en desuso, con una eficacia del 77%.

En la actualidad, los métodos de urgencia más utilizados son las píldoras pos-

coitales, cuyo mecanismo de acción consiste en provocar un retraso en la ovulación. La eficacia en cualquiera de ellas se reduce al aumentar el tiempo transcurrido entre el coito desprotegido y la toma. Las principales diferencias entre las píldoras poscoitales disponibles se exponen en el siguiente cuadro: ■

Diferencias entre levonorgestrel y acetato de ulipristal en la anticoncepción de emergencia		
	Levonorgestrel 1.500 µg	Acetato de ulipristal 30 mg
Grupo terapéutico	Progestágeno	Modulador selectivo de los receptores de progesterona
Indicaciones	Anticoncepción de urgencia en las primeras 72 h (3 días) del coito no protegido	Anticoncepción de emergencia en las primeras 120 horas (5 días) del coito no protegido
Mecanismo de acción	Interfiere en el pico de LH preovulatorio	Retraso de la rotura folicular
Porcentaje de embarazos a las 72 h	2,6%	1,8%
Recomendaciones tras la toma	Continuar con el método habitual (barrera, hormonal)	Usar un método de barrera hasta el próximo ciclo
Venta	Libre en farmacias	Libre en farmacias

Tomada de: Jurado, et al. Planificación-anticoncepción. En: Jurado AR, et al., eds. Salud sexual en atención primaria (curso de formación online en internet). Madrid: Science Tools, 2012 [consultado el 30 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.dpcap.es>

PARA NO OLVIDAR

- El objetivo último del consejo contraceptivo es mejorar el uso correcto y sistemático del método.



Bibliografía

- Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Madrid, Nov 2011. Disponible en: <http://sec.es/descargas/LibroConfCons2011.pdf>
- Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD004425. DOI: 10.1002/14651858. CD004425. pub4
- Bhathena RK, Guillebaud J. Contraception for the older woman: an update. *Climateric*. 2006; 9 (4): 264-76.
- CDC. United States medical eligibility criteria (US MEC) for contraceptive use, 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/usmec.htm>
- De la Cuesta Benjumea R, Franco Tejada C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 75-87. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n3Anticoncepcion.pdf
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Drug interactions with hormonal contraception. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare-Clinical Effectiveness Unit, 2011. Disponible en: www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceDrugInteractionsHormonal.pdf
- Ficha técnica de Lisvy®, Gedeon Richter
- García Delgado P, Martínez Martínez F, Pintor Mármol A, Caelles Franch N, Ibáñez Fernández J. Anticonceptivos hormonales. En: Martínez Martínez F, Faus Dáder MJ, eds. Guía de utilización de medicamentos. Granada: Cátedra Sandoz-Universidad de Granada, 2007; ISBN 84-690-2739-5. Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIHORMO.pdf
- Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, et al. Providing quality family planning services. Recommendations of CDC and the US Office of Population Affairs. *MMWR*. 2014; 63(4): 7-13.
- Gorenoi V, Shönermark MP, Hagen A. Benefits and risks of hormonal contraception for women. *GMS Health Technol Assess*. 2007 Aug 10; 3: Doc06
- Gruber D, Skřivánek A, Serrani M, Lanius V, Merz M. A comparison of bleeding patterns and cycle control using two transdermal contraceptive systems: a multicenter, open-label, randomized study. *Contraception*. 2015 Feb;91(2):105-12.
- Hardman SM, Gebbie AE. Hormonal contraceptive regimens in the perimenopause. *Maturitas*. 2009 Jul 20; 63(3): 204-12
- Hofmann B, Reinecke I, Schuett B, Merz M, Zurth C. Pharmacokinetic overview of ethinyl estradiol dose and bioavailability using two transdermal contraceptive systems and a standard combined oral contraceptive. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2014 Dec;52(12):1059-70.
- Jensen JT. The benefits of reduced menstrual bleeding associated with the use of contraceptive methods. *Gynecol Forum*. 2010;15:10-4.
- Jurado AR, Tijeras MJ. Planificación-anticoncepción. En: Jurado AR, Sánchez F, eds. Salud sexual en atención primaria (curso de formación online en internet). Madrid: Science Tools, 2012 [consultado el 30 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.dpcap.es>
- Kabat GC, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use, hormonal replacement therapy, reproductive history and risk of colorectal cancer in women. *Int J Cancer*. 2008; 122 (3): 643-6.
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffer N, Cravello L, Golfier F, Agostini A et al CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Clinical Practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Oct;152(2):133-7.
- Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5.ª ed. Ginebra: World Health Organization, 2015; ISBN 978 92 4 154915 8. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf
- Navarro JA, Trillo C, Luque MA, Seoane J, Alonso MJ, Gotor S. Anticoncepción y salud sexual en atención primaria, 3.ª ed. SAMFYC-SEC, 2014. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2014002.pdf>
- Ozdegirmenci O, Kaykcioglu F, Akqul MA, Kaplan M, et al. Comparison of levonorgestrel intrauterine system versus hysterectomy on efficacy and quality of life in patients with adenomyosis. *Fertil Steril*. 2011 Feb; 95(2): 497-502
- Planificación familiar. Nota descriptiva N.º 351. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Protocolos SEC en anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal, 2013. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf
- Ramírez MI, Rodríguez J. Anticoncepción y trombosis. Barcelona: Sociedad Española de Contracepción (SEC) y Sociedad Española de Trombosis y Hemostasis (SETH), 2011. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/documentacion-cientifica/>
- Roman H, Loisel C, Puscasiu L, Sentilhes L, Marpeau L. Management of menometrorrhagia in women with and without pregnancy intention: hierarchy of therapies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec; 37 Suppl 8: S405-17.
- Schindler AE. Non-Contraceptive Benefits of Oral Hormonal Contraceptives. *Int J Endocrinol Metab*. 2013 Winter; 11(1):41-47
- UKM 2009. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. United Kingdom Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Update. Londres: FRS, 2009. Disponible en: <http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf>
- Veljkovic M, Veljkovic S. The risk of breast, cervical, endometrial and ovarian cancer in oral contraceptive users. *Med Pregl*. 2010 Sep-Oct; 63(9-10): 657-61.
- Wiegatz J, Bassol S, Weisberg E, Mellinger U, Merz M. Effect of a low-dose contraceptive patch on efficacy, bleeding pattern, and safety: a 1-year, multicenter, open-label, uncontrolled study. *Reprod Sci*. 2014 Dec;21(12):1518-25.

En la consulta



- El consejo contraceptivo forma parte de la intervención en materia de salud sexual y reproductiva. **Con muy poca formación se consigue hacerlo de forma adecuada.**
- Es un proceso interactivo mediante el cual se ayuda a tomar una decisión informada en materia de anticoncepción. **Recuerda que la decisión es conjunta.**
- La atención primaria de salud proporciona el clima y la relación médico-paciente que propicia el éxito en la intervención. **Atiende a la confidencialidad de tu consulta.**
- Para lograr un buen consejo contraceptivo hay que tener en cuenta las circunstancias médicas de las personas, así como los factores psicosociales y de relación que puedan influir en la toma de decisiones y en el uso correcto y continuado del método. **No olvides sus hábitos sexuales y a su pareja, si existe.**
- Desde el punto de vista médico, hay una serie de situaciones clínicas cuya clasificación en criterios de elegibilidad permiten garantizar la seguridad de los anticonceptivos hormonales. **Ten siempre a mano una buena fuente de consulta.** Puedes descargar en tu portátil, tableta o teléfono la página siguiente: <http://www.1mobile.es/com-itcongresuales-vademecumsec-183454.html>
- Los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos de la OMS se basan en gran medida, aunque no de forma exclusiva, en el riesgo cardiovascular.
- Para la prescripción de anticonceptivos hormonales sólo se requiere una anamnesis adecuada con el fin de valorar el riesgo cardiovascular.
- Es importante que la interesada obtenga toda la información necesaria sobre el funcionamiento del método, sus posibles efectos adversos, las circunstancias que pueden provocar un fallo o pérdida de la eficacia, las posibles soluciones, los beneficios no anticonceptivos, etc. **Tú puedes servirte de esquemas como éste:**

	Anticonceptivos orales combinados	Parche transdérmico	Anillo vaginal
Vía	Oral	Transdérmica	Vaginal
Pauta	Diaria	Semanal	Mensual
Protección antiinfecciosa	No	No	No
Desventajas	Olvidos por toma diaria	Posibilidad de que se desprenda	Mayor manipulación
Primer paso hepático	No lo evita	Lo evita	Lo evita
Trastornos gastrointestinales (vómitos y diarreas)	Pueden comprometer la eficacia (se deben tomar medidas adicionales)	No comprometen la eficacia	No comprometen la eficacia
Interacciones con amoxicilina y doxiciclina	Se debe utilizar un método de barrera hasta 7 días después de interrumpir el tratamiento	Parche de gestodeno: No se han descrito interacciones Parche de norelgestromina: Se debe utilizar un método de barrera hasta 7 días después de interrumpir el tratamiento	No interacciona
Componente estrogénico	Etinilestradiol 15-50 µg Valerato de estradiol 1-3 mg Estradiol 1,5 mg	Parche de gestodeno: 0,013 mg de etinilestradiol cada 24 horas Parche de norelgestromina: 0,0339 mg de etinilestradiol cada 24 horas	Etinilestradiol 0,015 mg cada 24 horas