



Región de Murcia  
Consejería de Salud



# **PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER**

# **PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN**

**REGIÓN DE MURCIA**



## **COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO:**

**Coordinación: Magdalena Molina Oller.** Ginecóloga. Hospital Universitario Rafael Méndez. Jefa de estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología Región Murcia

**Francisca Postigo Mota.** Matrona. Atención Primaria del Área IX de Salud

**María Carmen Montiel Amador.** Matrona. Atención Primaria del Área VI de Salud.

**Presentación García Martínez.** Ginecóloga. UGA del Área I de Salud. Cieza.

**Luisa Pilar León Martínez.** Médica de familia. Centro de Salud Floridablanca. Área VII.

**Remedios García Andrés.** Residente ginecología.

**Marta Ruíz Mira.** Residente matrona.

### **Colaboradores:**

**Antonio Pérez Carrión.** Ginecólogo. UGA del Área VI de Salud

**Antonia Ballesta Cabrero.** Médica de familia. Subdirectora de Atención Primaria del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**José Luis Meseguer Reverte.** Ginecólogo. Centro especialidades San Andrés Área I de Salud.

**M. Nieves Muñoz Rodríguez.** Matrona. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano.



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>3. CONSEJO CONTRACEPTIVO</b> .....	12
<b>3.1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS</b> .....	14
<b>4. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ANTICONCEPTIVA EN LA REGIÓN DE MURCIA</b> .....	17
<b>4.1. ATENCIÓN PRIMARIA</b> .....	17
<b>4.1.1. MÉDICO/A ATENCIÓN PRIMARIA</b> .....	18
<b>4.1.2. MATRONA</b> .....	19
<b>4.1.3. ENFERMERÍA</b> .....	20
<b>4.1.4. TRABAJO SOCIAL</b> .....	20
<b>4.2. CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA / UGA</b> .....	21
<b>5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b> .....	22
<b>5.1. MÉTODOS NATURALES</b> .....	24
<b>5.1.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD (MBCF)</b> .....	24
<b>5.1.2. MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA)</b> .....	27
<b>5.1.3. COITUS INTERRUPTUS O MÉTODO DE LA MARCHA ATRÁS</b> .....	27
<b>5.2. MÉTODOS DE BARRERA</b> .....	28
<b>5.2.1. PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN</b> .....	28
<b>5.2.2. PRESERVATIVO FEMENINO</b> .....	28
<b>5.2.3. OTROS MÉTODOS DE BARRERA</b> .....	28

<b>5.3. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.....</b>	<b>29</b>
<b>5.3.1. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (AHC).....</b>	<b>29</b>
5.3.1.1. EFECTOS BENEFICIOSOS NO ANTICONCEPTIVOS DE LA AHC.....	29
5.3.1.2. EFECTOS ADVERSOS AHC .....	30
5.3.1.3. MANEJO DE AHC EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	35
5.3.1.4. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.....	36
5.3.1.5. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS ORALES (PÍLDORA) .....	36
5.3.1.6. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS VAGINALES (ANILLO VAGINAL) .....	38
5.3.1.7. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS TRANSDÉRMICOS (PARCHE TRANSDÉRMICO)....	38
<b>5.3.2. ANTICONCEPCIÓN SOLO GESTÁGENO .....</b>	<b>39</b>
5.3.2.1. PÍLDORA DE SOLO GESTÁGENOS (PSG) .....	39
5.3.2.2. INYECTABLE.....	40
5.3.2.3. IMPLANTE SUBDÉRMICO.....	41
5.3.2.4. DIU DE LEVONORGESTREL.....	41
5.3.2.5. EFECTOS BENEFICIOSOS CON EL USO DE MÉTODO DE SOLO GESTÁGENOS.....	42
5.3.2.6. EFECTOS ADVERSOS O NO DESEADOS .....	42
5.3.2.7. ACEPTABILIDAD Y MANEJO .....	43
5.3.2.8. MANEJO ANTE EFECTOS NO DESEADOS EN SÓLO GESTÁGENOS.....	43
<b>5.4. DIU COBRE.....</b>	<b>44</b>



<b>5.5. MÉTODOS DEFINITIVOS.....</b>	<b>46</b>
<b>5.6. DOBLE MÉTODO.....</b>	<b>46</b>
<b>5.7. ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA.....</b>	<b>47</b>
<b>6. ACTUALIZACIÓN EN MÉTODOS DE LARGA DURACIÓN (LARC)....</b>	<b>47</b>
<b>7. PROGRAMA FORMATIVO.....</b>	<b>50</b>
<b>8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....</b>	<b>51</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>52</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 1. TABLAS CRITERIOS ELEGIBILIDAD METODOS ANTICONCEPTIVOS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 2. MANEJO OLVIDOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 3. ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES .....</b>	<b>75</b>





## 1. – INTRODUCCIÓN

La salud sexual es una parte fundamental de la salud general y de la calidad de vida de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975), la salud sexual y reproductiva implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos cuando se desee, lo que supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo (marco legal en España sobre Salud Sexual y Reproductiva), en su preámbulo destaca la importancia de la anticoncepción y la responsabilidad de los poderes públicos en promocionarla: *“El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información”*

El control de la fertilidad favorece una vivencia positiva de la sexualidad minimizando el riesgo de embarazos no planificados. Los diferentes métodos anticonceptivos existentes en el mercado permiten elegir la opción más apropiada para cada persona según sus preferencias y necesidades concretas.

Los embarazos no planificados tienen importantes consecuencias físicas, emocionales, sociales, económicas, etc., en todos los casos, y especialmente cuando se produce en la adolescencia. “Está relacionado con el género, manifestado en relaciones vinculares no igualitarias y una concepción tradicional de los roles” (Yago-Simón, 2015). De hecho la ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no planificados, IVEs de repetición, etc.) se considera un indicador de sospecha de violencia de género en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad (2012).

Aunque es difícil establecer el número exacto de embarazos no planificados, en España se calcula un 35 % de todos los embarazos entrarían dentro de esta categoría. De éstos, un importante porcentaje, terminan en una interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

La OMS (2018), considera que la atención a la anticoncepción y la información sobre salud sexual no sólo son clave para mejorar la salud de hombres y mujeres, sino que son derechos humanos.

Según la encuesta de Sociedad Española de Contracepción (SEC, 2016) el 24,7 % de las mujeres en edad fértil no utilizan ningún método anticonceptivo (incluyendo en el dato a las que señalan no tener relaciones). El preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más utilizado en España (28.4 %).

La tasa de IVEs notificadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2016 en la Región de Murcia es del 10,82 por mil mujeres, por encima de la tasa nacional de 10,36. Esto nos da idea de la magnitud del problema y de la necesidad de plantear estrategias para disminuir los embarazos no planificados y los IVEs.

El Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM, 2012) de la Región de Murcia ya establecía un subprograma sobre anticoncepción en el que se organizaba su atención principalmente en Atención Primaria y consultas externas de ginecología/UGA (Unidades Ginecológicas de Apoyo). Este nuevo programa está basado en la misma organización.

La educación afectivo sexual temprana, la promoción del uso de anticonceptivos eficaces y efectivos, la organización adecuada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales, así como con otras instituciones y asociaciones, además de la formación de los profesionales sanitarios en el desarrollo del Consejo Contraceptivo, suponen estrategias de abordaje que se deben implementar para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de la población de la Región de Murcia, y es lo que se pretende realizar con el desarrollo de este nuevo Programa para la Anticoncepción en la Región de Murcia.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO PRINCIPAL**

Organizar y homogenizar la atención a la anticoncepción en la Región de Murcia

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Promover una asistencia anticonceptiva integral y de calidad, basada en la evidencia científica y equitativa a la población en edad fértil de la Región de Murcia.

2. Actualizar la información sobre los distintos métodos anticonceptivos y establecer su uso de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS y las características individuales de cada mujer.
3. Destacar la relevancia actual de los métodos LARC (Anticonceptivos reversibles de larga duración) como métodos que mejoran la efectividad de la anticoncepción.
4. Definir las competencias y responsabilidades de todos los profesionales sanitarios implicados en el consejo y la asistencia anticonceptiva y establecer los circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia.
5. Disminuir el número de embarazos no planificados e interrupciones voluntarias del embarazo en la Región de Murcia.
6. Disminuir el número de embarazos no planificados, partos e IVE en las adolescentes, grupo especialmente vulnerable.
7. Establecer un plan de Formación Continuada sobre anticoncepción para los profesionales implicados en la misma.

### **3. CONSEJO CONTRACEPTIVO**

El consejo contraceptivo es un proceso deliberativo mediante el cual se capacita a la persona a la que va dirigido para tomar decisiones informadas sobre sus opciones de anticoncepción. El objetivo es que, en el contexto de individuo o pareja, se escoja el más idóneo y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, [SEGO] 2006)

El consejo contraceptivo debe estar basado en la evidencia científica, en las necesidades y preferencias individuales y en los Criterios Médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), y en otros aspectos importantes del estilo de vida de la usuaria (Lete, 2015).

Será muy importante, por tanto, establecer un escenario de comunicación donde exista escucha activa, respeto, confidencialidad y lenguaje comprensible. En este proceso es importante en primer lugar recabar información de los conocimientos previos que tiene la mujer (pareja) sobre el tema de la anticoncepción, sus dificultades y sus preferencias. Para ello, se tendrá en cuenta la historia clínica, la historia de anticonceptivos y el deseo de embarazo a corto o largo plazo, el tipo de relaciones sexuales que tiene, y otros factores que pueden influir en la elección de la anticoncepción.(OMS, 2018). Algunas de estas situaciones precisan una adecuada exploración psicosocial, por lo que puede resultar de ayuda consultar el Programa de Atención al Bienestar Biopsicosocial de la mujer, del PIAM en su última actualización 2018 (Exploración psicosocial).

A la hora de informar sobre los anticonceptivos, además de los beneficios anticonceptivos, hay que valorar los beneficios no contraceptivos de los diferentes métodos para aportar la información más completa y relevante a las necesidades individuales identificadas en la anamnesis previa (SEGO, 2014)

El consejo contraceptivo se puede dar cuando es solicitado expresamente por el/la usuaria/o, o bien ante la existencia de otras circunstancias médicas o socio-sanitarias por las que el profesional debe realizar un consejo anticonceptivo activo, sin esperar la demanda explícita, con el objetivo de evitar un embarazo no deseado. (López, 2016)

Estas situaciones de captación activa, incluye a los grupos especialmente vulnerables a tener embarazos no deseados como adolescentes, inmigrantes, población en exclusión social, casos de violencia de género, tras interrupción

voluntaria del embarazo, etc. En estos casos es muy importante la colaboración de otros profesionales que no están directamente implicados en la asistencia anticonceptiva como los trabajadores sociales.

Es recomendable aprovechar la consulta de Consejo Contraceptivo para buscar signos y síntomas que permitan detectar la posibilidad de violencia de género no expresada por la mujer y que nos alerte sobre alguna situación de riesgo. Por ello es importante realizar cribado de violencia de género. Este cribado está detallado en el Programa de atención al bienestar psicosocial de las mujeres del PIAM.

Aunque cualquier profesional sanitario debe estar capacitado para dar Consejo Contraceptivo, es especialmente responsabilidad de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y de los servicios de Obstetricia y Ginecología.

### **3.1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS**

Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS es una herramienta imprescindible para la prescripción de métodos anticonceptivos. La última actualización, 5ª edición, se ha publicado recientemente, en el año 2015. En estos documentos se analizan múltiples **condiciones y características médicas** (diabetes, trombosis, cáncer, migraña, parto inmediato etc.) y se establecen diferentes categorías para uso de los distintos métodos en cada una de las condiciones seleccionadas (OMS, 2015).

La OMS distingue cuatro categorías según la evaluación de la relación riesgo-

**Categoría 1: No hay restricción para el uso del método anticonceptivo.**

**Categoría 2: Los beneficios del método generalmente superan a los riesgos.**

**Categoría 3: Los riesgos del método generalmente superan a los beneficios.**

**Categoría 4: El uso del método supone un riesgo de salud inadmisibile.**

beneficio:

Para prescribir un método anticonceptivo a una usuaria con una determinada condición médica es recomendable que el método tenga **Categoría 1 y 2**, en cuyo caso los beneficios superan los riesgos. Para ello es de enorme utilidad las tablas publicadas por la OMS en las que se analizan los distintos métodos anticonceptivos y se relacionan con las condiciones médicas más importantes que condicionan las distintas categorías. Para la elaboración de este Programa se ha realizado unas tablas resumen de elaboración propia, en las que se relacionan los distintos métodos anticonceptivos con los criterios de elegibilidad que le asigna la OMS.

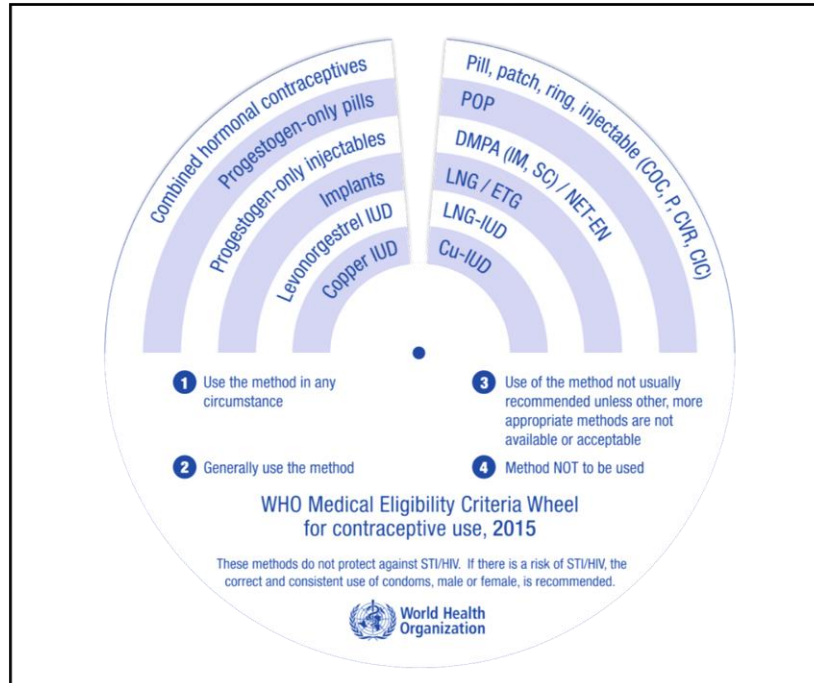
En el **anexo 1** se muestran las Tablas resumen de elaboración propia, basadas en la quinta edición de los criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de anticoncepción.

### **Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos** OMS

También se han diseñado herramientas que se pueden utilizar para aplicar estos criterios de elegibilidad en casos concretos como:

**Página de la OMS con la rueda de criterios de elegibilidad**

WHO Medical Eligibility Criteria Wheel for contraceptive use, 2015



- La propia rueda editada.
- Aplicación para el móvil: [Icontraception](#)



ICONTRACEPTION



## **4. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ANTICONCEPTIVA EN LA REGIÓN DE MURCIA**

En la Región de Murcia la atención anticonceptiva forma parte de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (dentro del área de Atención a la Mujer), de las Unidades Ginecológicas de Apoyo/Consulta Externa de Ginecología (UGA) y de los servicios hospitalarios de Ginecología y Urología (cuando se remiten para métodos definitivos como la ligadura tubárica y la vasectomía respectivamente).

En materia de Anticoncepción es esencial que todos los profesionales implicados mantengan la continuidad asistencial y que haya una comunicación y coordinación adecuada entre profesionales de los distintos niveles de asistencia.

A continuación se detallan las principales competencias de cada profesional sanitario implicado.

### **4.1. ATENCIÓN PRIMARIA**

Como se ha comentado es el principal nivel de atención a la anticoncepción, tanto a nivel preventivo, de asistencia y seguimiento, quedando la derivación a consultas hospitalarias para casos muy seleccionados. En Atención Primaria están implicados la mayoría de profesionales sanitarios con distintas competencias:

#### 4.1.1. MÉDICO/A ATENCIÓN PRIMARIA

- Consejo contraceptivo (Criterios médicos de elegibilidad de la OMS y preferencias de la usuaria)
- Prescripción y seguimiento de anticoncepción hormonal.
- Derivación a consulta externa de ginecología/UGA para prescripción de método anticonceptivo en mujeres de riesgo, o con dificultad de manejo en Atención Primaria.
- Derivación a la consulta de trabajo social de salud en caso de que se detecten factores psicosociales que determinen conductas de riesgo (violencia de género, drogodependencia, IVEs de repetición, etc.)
- Promoción e información de los METODOS LARC. Derivación a consulta de ginecología /UGA) para valoración de LARC.
- Asesoramiento e información sobre métodos definitivos. Derivación a urología en caso de vasectomía y a la UGA/Consulta de Ginecología en caso de ligadura tubárica.
- Información sobre anticoncepción de urgencia

#### 4.1.2. MATRONA

- Educación sanitaria en materia sexual y reproductiva, con captación activa especialmente en grupos susceptibles.
- Información y consejo contraceptivo a mujeres durante las consulta postparto.
- Información y consejo contraceptivo a mujeres que acuden a su consulta, aunque sea por otro motivo (embarazo, cribado de cervix, consulta a demanda, etc.)
- Consejo contraceptivo promoción de los LARC especialmente en mujeres más vulnerables a los embarazos no deseados
- Derivación a consulta de medicina de Atención Primaria para valoración y prescripción de método anticonceptivo.
- Derivación a UGA/CONSULTA GINE en aquellos casos que sean de especial riesgo de vulnerabilidad y precisen una atención anticonceptiva prioritaria.
- Derivación a la consulta de trabajo social de salud en caso de que se detecten factores psicosociales que determinen conductas de riesgo (violencia de género, drogodependencia, IVEs de repetición, etc.)
- Información sobre anticoncepción de urgencia.

### 4.1.3. ENFERMERÍA

- Educación sanitaria en materia sexual y reproductiva.
- Información sobre métodos anticonceptivos.
- Derivación a Medicina de Familia para continuar con el asesoramiento y valorar su prescripción.
- Derivación a la consulta de trabajo social de salud en caso de que se detecten factores psicosociales que determinen conductas de riesgo (violencia de género, drogodependencia, IVEs de repetición, etc.)

### 4.1.4. TRABAJO SOCIAL

- Captación activa en grupos de riesgo psicosocial (mujeres en riesgo de exclusión social, víctimas de violencia de género, problemas de drogadicción, trastorno mental grave, adolescentes, mujeres con IVEs de repetición, etc.) y derivación a la consulta de medicina de familia.
- Valoración derivación a UGA /CONSULTA GINECOLOGÍA de manera preferente en caso de especial riesgo como IVE de repetición.
- Promocionar y colaborar en las actividades de educación para la salud que se organicen en centros de salud en coordinación con otras instituciones o asociaciones.

## 4.2. CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA / UGA

- Asesoramiento, prescripción y manejo de todos los métodos anticonceptivos disponibles a usuarias de riesgo o bien en el contexto de otras situaciones que no se han podido solucionar en Atención Primaria.
- Atención de los efectos secundarios / complicaciones que se presenten con el uso de cualquier método anticonceptivo y que no puedan resolverse desde Atención Primaria.
- Inserción y/o retirada de DIU e implante (LARC).
- Derivación a servicio o dispositivo correspondiente para realización de ligadura/oclusión tubárica.
- Derivación a la consulta de trabajo social de salud en caso de que se detecten factores psicosociales que determinen conductas de riesgo (violencia de género, drogodependencia, IVEs de repetición, etc.)
- Cuando no se precisen más revisiones en esta consulta, se entregará informe de alta de consulta a la usuaria. Su continuidad en anticoncepción se mantiene a través de los profesionales de AP.

## 5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es importante conocer los diferentes tipos de métodos anticonceptivos disponibles, sus características y su eficacia para favorecer la adecuada toma de decisiones de un método en particular adaptado a las necesidades de la persona que lo ha de utilizar. En la página de la Sociedad Española de Contracepción se pueden consultar los métodos anticonceptivos comercializados en España: [http://sec.es/vademecum\\_test/](http://sec.es/vademecum_test/)

Todos los métodos anticonceptivos disponibles en España son métodos seguros y eficaces, por lo tanto cumplen con su función, evitar embarazos no deseados sin provocar efectos adversos importantes a la persona que los utiliza. Es importante distinguir entre el **uso teórico o ideal (eficacia)** de los métodos anticonceptivos, es decir, cuando se utilizan en situaciones ideales y el **uso real o habitual (efectividad)**, que es el realmente importante porque tiene en cuenta las características específicas de uso (olvidos, falta de adherencia, etc...).

El índice de Pearl (IP) mide el número de embarazos que se producen durante un año en usuarias de entre 100 usuarias del método. Es una medida de lo eficaz (o eficiente) que es un determinado método anticonceptivo, para orientar el consejo contraceptivo hacia uno u otro en cada situación.

En general los métodos anticonceptivos naturales y de barrera, aunque tienen una buena eficacia teórica, sin embargo tienen una baja efectividad en el uso real, con índices altos, pero siempre menores que cuando no se utiliza ningún método (Trussell, 2009). El resto de métodos anticonceptivos tienen un buen índice de eficacia y de efectividad.

Los métodos de larga duración (LARC) y los definitivos tienen ambos índices similares, ya que en estos métodos no tienen influencia el uso que de ellos hace el/la usuario/a, son los que tienen los índices de eficacia y efectividad más bajos. (Trussel 2011).

En el caso de los SARC (anticonceptivos de corta duración) como los combinados hormonales tanto orales, como anillo vaginal o parche transdérmico, o los gestágenos orales, varía la eficacia y la efectividad. Estos datos de efectividad varían según los estudios procedan de países europeos o de norteamericanos donde el resultado con uso habitual de los métodos de corta duración es distinto. En la Conferencia de Consenso sobre anticoncepción hormonal de la SEC (Sociedad Española de Contracepción) de 2011 se especifica el resultado de los trabajos de Trussell con los datos en Norteamérica con índices de efectividad más altos (Trussell, 2004). Posteriormente se ha llamado la atención de los resultados de la efectividad de los trabajos de autores europeos donde se refleja una mayor efectividad de estos métodos (Navarro et al, 2014).

	Índice de Pearl	
	Uso típico	Uso perfecto
<i>Sin método</i>	85	85
<i>Métodos naturales</i>	25-27	1-9
<i>Coito interrumpido</i>	27	4
<i>Preservativo Femenino</i>	21	10
<i>Preservativo Masculino</i>	15	2
<i>Diafragma (con espermicida)</i>	16	6
<i>Anticoncepción hormonal combinada oral</i>	(9)2,18	0,3
<i>Parche transdérmico</i>	(9)1,24	0,3
<i>Anillo vaginal</i>	(9)1,23	0,3
<i>Minipíldora de desogestrel</i>	0,41	0,3
<i>Progestágenos inyectables</i>	3	0,3
<i>DIU de cobre</i>	0,8	0,6
<i>DIU de levonorgestrel</i>	0,1	0,1
<i>Implante de progestágeno</i>	0,08	0,05
<i>Irreversible</i>	0,15-0,5	0,1-0,5

Tabla 1. Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso típico (efectividad) y durante el primer año de uso perfecto (eficacia) de la anticoncepción. Adaptación Trussell 2011.

## 5.1. MÉTODOS NATURALES

### 5.1.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD (MBCF)

Según la Organización Mundial de la Salud, éstos incluyen aquellos métodos basados en la observación de signos y síntomas naturales de las fases fecunda e infecunda del ciclo menstrual. Las personas que utilizan estos métodos se abstienen de practicar el coito (o usan métodos de barrera) en días potencialmente fecundos. (OMS, 2011)

La premisa en la que se basan estos métodos es el hecho de que **la fecundidad conjunta** de un hombre y una mujer se limita a una semana de cada ciclo debido a que:

- Sólo se produce una ovulación por cada ciclo menstrual. Si se produjera alguna otra ovulación, tendría lugar con un intervalo máximo de 24 horas, ya que posteriormente la secreción de hormonas por el ovario impedirá nuevos acontecimientos ovulatorios. (Soler, 2006)
- Tras la ovulación, el óvulo es fecundable como máximo durante 24 horas. (SEGO, 2006)
- Los espermatozoides, en condiciones de máxima fertilidad, no sobreviven más de 5 días en el interior del cuello del útero. (SEGO, 2006)
- Todas las mujeres presentan signos y síntomas que les pueden hacer saber si se encuentran en fase fértil o no. (Sociedad Española de Contracepción, 2006)

Entre las ventajas descritas de estos métodos están el carecer de efectos secundarios, ser reversibles de forma inmediata y ser económicos y ecológicos



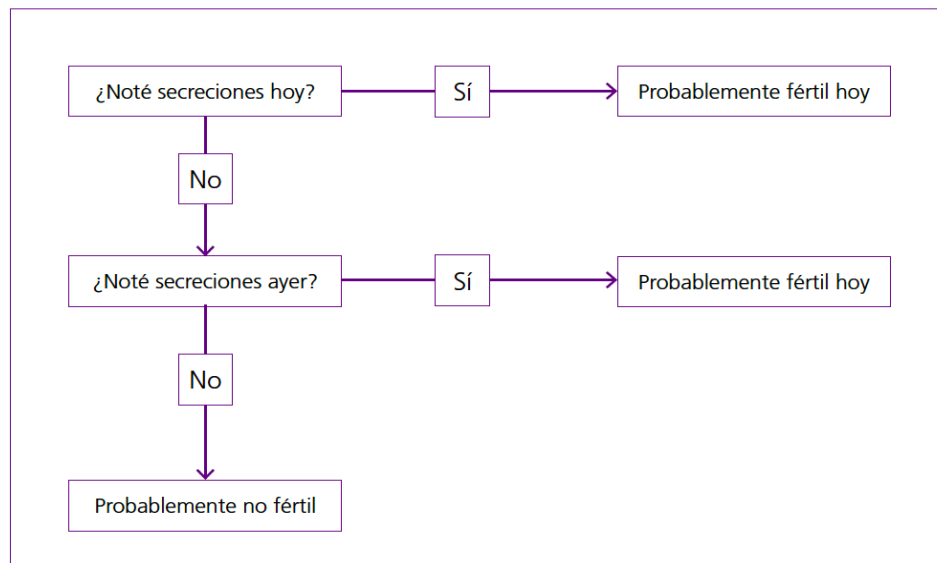
(Soler, 2006). Sus principales desventajas, sin embargo, son su menor eficacia respecto a los métodos farmacológicos y que no protegen de las ITS (Soler, 2006)

### **5.1.1.1. MÉTODOS BASADOS EN LOS DÍAS FÉRTILES DEL CICLO**

- Método Ogino/Knaus, método del calendario o del ritmo: Se trata de evitar relaciones coitales en los días fértiles del ciclo que resulta de restar 19 de la duración del ciclo más corto y restar 11 de la duración del ciclo más largo. Para ello es necesario observar el ciclo menstrual durante varios meses.
- Método de días fijos. Consiste en evitar siempre el coito entre los días 8 al 19 del ciclo. Los ciclos deben tener una duración entre 26 a 32 días. La tasa de fallo está en torno al 14%, aunque su IP es de 5 con el uso perfecto. (SEC, 2006; Soler, 2006).

### **5.1.1.2. MÉTODOS BASADOS EN LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL CICLO**

- Método de la temperatura basal. Registrar temperatura corporal, vía vaginal o rectal, a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C. (SEC, 2006)
- Método de los dos días: Determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical. Tras realizarse la pregunta sobre si la mujer se nota secreción hoy o ayer se determina si se encuentra en un día fértil o no. Se puede reanudar el coito tras 2 días consecutivos sin secreción (figura 1). Presenta una tasa de eficacia mayor del 96%, con un índice de Pearl de 4 en su uso perfecto.



Fuente: Institute for Reproductive Health, Georgetown University

- Método sintotérmico. Determinar los períodos fértiles prestando atención a la apertura, posición y consistencia del cuello del útero junto con los cambios en el moco cervical y la temperatura corporal. Signos de ovulación serían:
  - El moco cervical se vuelve transparente, elástico y filante (similar a la clara de huevo)
  - El cérvix se vuelve más blando y se abre el orificio cervical externo (OCE)
  - la temperatura basal se eleva entre 2-5 décimas cuando se produce la ovulación y permanece elevada hasta unas 24 horas antes de la menstruación. (SEGO, 2006)
- Método Mucotérmico: Método combinado que utiliza el del moco para reconocer el inicio de la fase fértil y el de la temperatura para determinar su fin. El índice de Pearl es de 5,7 (Arraztoa et al, 2006).

### **5.1.2. MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA)**

La amenorrea producida durante el periodo de lactancia puede proporcionar un 98 % de protección contra el embarazo durante seis meses cuando se cumplan los siguientes criterios:

- La mujer está en amenorrea
- Lactancia materna exclusiva (el lactante puede recibir vitaminas o de forma infrecuente agua o zumo)
- Y menos de seis meses post- parto (Consenso de Bellagio).(Grimes, 2004)

En caso de que se reanude la menstruación, se reduzca la frecuencia o duración de la lactancia natural, se introduzca la alimentación por biberón o el bebe alcance los seis meses de edad, se deberá comenzar con otro método anticonceptivo según los criterios de elegibilidad de la OMS.

### **5.1.3. COITUS INTERRUPTUS O MÉTODO DE LA MARCHA ATRÁS:**

Es un método con una eficacia muy baja reflejada en un índice de Pearl de 27 para su uso típico, y de 4 con su uso perfecto. No debería recomendarse debido a su alto porcentaje de fallos con su uso típico. Tampoco protege frente a ITS/VIH. (SEGO, 2006).

## **5.2. MÉTODOS DE BARRERA**

La mayoría protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

### **5.2.1. PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN**

Es una funda de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección antes de la penetración. Reducen el riesgo de contraer una ITS- Resulta esencial que se usen de forma consistente y correcta.

### **5.2.2. PRESERVATIVO FEMENINO**

Es una funda de poliuretano, similar al preservativo masculino pero de mayor tamaño, que se coloca recubriendo las paredes de la vagina y la vulva para impedir el paso de los espermatozoides al interior del útero. Los condones femeninos son eficaces, seguros y reducen el riesgo de contraer una ITS.

### **5.2.3. OTROS MÉTODOS DE BARRERA**

El DIAFRAGMA que es una caperuza que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es reutilizable. Se recomienda su uso asociado a sustancias ESPERMICIDAS (Geles, cremas, espumas) que son poco eficaces y no reducen el riesgo de ITS.

## 5.3. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

### 5.3.1. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (AHC)

En España están comercializados anticonceptivos hormonales combinados que se administran por tres vías: **oral, percutánea y vaginal**. Todos tienen dos componentes hormonales: estrógenos y gestágenos, de distinta composición. (SEGO, 2013).

Estos anticonceptivos no protegen de las Infecciones de Transmisión Sexual

**Su mecanismo de acción fundamental** es la inhibición ovulación. A su vez, la eficacia contraceptiva se ve reforzada por la acción colateral del gestágeno sobre la mucosa endometrial y la capacidad de espesar el moco cervical, lo que dificulta la progresión espermática.

Los profesionales sanitarios deben destacar que estos métodos tienen importantes efectos beneficiosos no anticonceptivos, que puede ayudar a tomar decisiones sobre su elección.

#### 5.3.1.1. EFECTOS BENEFICIOSOS NO ANTICONCEPTIVOS DE LA AHC

• Disminución del riesgo de cáncer de endometrio, Ovario, colon.
• Disminución de quistes ováricos funcionales y la enfermedad fibroquística mamaria.
• Previenen la osteoporosis, protege la densidad ósea.
• Tratamiento y mejoría en el acné, hirsutismo, seborrea, alopecia androgénica.
• Beneficios en la perimenopausia.
• Reducen la dismenorrea, síndrome premenstrual y síndrome disfórico

premenstrual.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Reducen el embarazo ectópico como consecuencia directa de la alta eficacia anticonceptiva.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejoran el dolor asociado a endometriosis</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Reducción de EPI , al dificultar el ascenso de bacterias por el espesamiento del moco cervical</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución y mejora del síndrome anémico secundario a sangrados excesivos y frecuentes</li></ul>

#### **5.3.1.2. EFECTOS ADVERSOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA**

Como efectos adversos menores: Puede presentarse irregularidad menstrual en los primeros meses, sobre todo sangrado intermenstrual o spotting, cefalea, sensación de hinchazón, cloasma, mastalgia, acné o hirsutismo. Suelen ser efectos iniciales con resolución espontánea y es fundamental informar previamente, para mejorar la adherencia y evitar abandonos.

No existe evidencia científica que asocie la toma de ACH con dosis bajas de EE y el aumento de peso, es importante informar a la mujer, pues esta creencia errónea puede influir en la decisión de la usuaria de no tomar ACH. Tampoco se ha encontrado relación con el uso de ACH y los cambios de humor ni hay evidencia en cuanto a la disminución de la libido.

Otros efectos adversos menos frecuentes, pero más graves que pueden aparecer con el uso de anticonceptivos combinados son:

## ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

La enfermedad Tromboembólica (ETE) es una enfermedad compleja, poligénica y con interacciones ambientales relevantes, en la que influyen múltiples factores de riesgo que actúan sinérgicamente. Los ACH producen una serie de cambios en la hemostasia que determinan su perfil procoagulante, que dependerá de la dosis de EE y el tipo de gestágeno que lo componga. (Serrano, 2013)

La afectación del territorio venoso produce Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Tromboembolismo Pulmonar (TEP). La afectación del territorio arterial produce Infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebro vascular (ACV).

Es una complicación grave pero infrecuente. El riesgo es mayor durante el primer año de uso y tras una interrupción de más de 4 semanas. (Bateson, 2016)

Se han descrito una serie de Factores de riesgo, aunque la decisión de dar o no anticoncepción hormonal combinada se debe basar en los Criterios de Elegibilidad de la OMS (Tabla 1 del Anexo 1):

- Trombofilia congénita
- Trombofilia adquirida, siendo la causa más frecuente es el Sd. Antifosfolipídico.
- Antecedentes personales de TEV
- Antecedentes familiares de TEV
- Obesidad
- Inmovilización prolongada. Suspender ACH 4 semanas antes de una cirugía mayor o inmovilización.
- Edad >35años

- Tabaquismo
- Enfermedades cardiacas y la concomitancia de varios factores de riesgo cardiovascular.

Las venas varicosas y tromboflebitis superficiales no incrementan el riesgo de TEV, por lo que se puede utilizar los ACH. (Agencia española de Medicamentos y productos Sanitarios AEMPS, 2013)

La sociedad Española de Contracepción en su conferencia de consenso de 2011 concluyó:

- Para disminuir el RR de TEV se deben utilizar dosis de EE de 35 microgramos o menos.
- Las diferentes combinaciones de AH tiene RR diferentes y este riesgo es menor para combinaciones de levonorgestrel, noretisterona y norgestromina frente al de dienogest, gestodeno, drospiridona o desogestrel .
- La relevancia clínica de estas diferencias tienen que valorarse en la baja incidencia de eventos TEV en mujeres sanas en edad fértil, por lo que todos son seguros para estas usuarias. “Teniendo en cuenta que el riesgo de tromboembolismo venoso, en términos absolutos, es muy bajo entre la población en edad fértil, el uso de este grupo de anticonceptivos puede considerarse seguro para la salud de la usuaria, con independencia del preparado elegido” (Comunicado de la SEC sobre seguridad de los anticonceptivos orales combinados de tercera y cuarta generación.2013)
- El acetato de ciproterona aumenta el RR comparado con los anteriores y no tiene indicación como anticonceptivo
- **La hipertensión.** Los ACH pueden provocar un aumento de entre 1.5-9mmHg de sistólica y 1.5-5 mmHg en la diastólica. Por ello la toma de



Tensión Arterial es una de las medidas previas a la toma de anticonceptivos más recomendada y se deben seguir los criterios de elegibilidad de la OMS, ante niveles altos de la T.A.

- **Infarto de miocardio (IAM):** No hay asociación en mujeres jóvenes, que no fuman y no tienen otros factores de riesgo cardiovascular
- **Cefaleas y ACV isquémicos en pacientes con Migrañas:**

La cefalea es un efecto secundario común informado entre las usuarias de ACH, siendo más común al inicio del tratamiento y mejorando con el paso del tiempo; es también un efecto dosis estrógeno dependiente.

Si la paciente presenta **migrañas**, ya sean con o sin aura, los meta-análisis más recientes encuentran un claro aumento del riesgo de sufrir un evento isquémico arterial cerebral con el uso de ACHO ( Sacco S., 2017; Champalaux SW, 2017; Roach R., 2015) , siendo directamente proporcional a la dosis del estrógeno y cuanto mayor es la edad de la usuaria .

	No migrañas	Migraña sin aura	Migraña con aura
Sin ACHO	2.5/100.000	4.0/100.000	5.9/100.000
Con ACHO	6.3/100.000	25.4/100.000	36.9/1000.000

## NEOPLASIAS

Numerosos estudios han relacionado los anticonceptivos hormonales con disminución de riesgo de neoplasias como endometrio, ovario o cáncer de colon.

### - CÁNCER DE MAMA

En la actualidad continúa habiendo controversia sobre la posible asociación del uso de anticoncepción hormonal y el cáncer de mama (Iversen ,2017; Mørch, 2017) .La mayoría de estudios bien diseñados y que utilizan los compuestos actuales no encuentran asociación clara, sí que puede haber un pequeño

incremento del diagnóstico de algún tipo de cáncer, pero no de la mortalidad, por lo que es necesario tener en cuenta los efectos beneficiosos que produce la anticoncepción. La “Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare” (FSRH 2017) elaboró un documento de consenso y otro la “American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG 2017) que ambos coinciden en las siguientes conclusiones:

- El riesgo general de cáncer de mama entre las usuarias de AH es bajo.
- La relación de los AH solo gestágenos y riesgo de cáncer de mama precisa de más estudios.
- Las usuarias de AH tienen otros beneficios para la salud, como la disminución de cáncer de ovario, endometrio y colon, por lo que el riesgo general de cáncer puede ser ligeramente menor en las mujeres con AH en comparación con las mujeres que no lo usan.
- Las mujeres deben de ser informadas de la eficacia, beneficios no anticonceptivos y de los riesgos asociados como es el pequeño aumento de riesgo de cáncer de mama, para poder adoptar la decisión más adecuada.

## - CÁNCER DE CÉRVIX

La evidencia más actual refiere que los anticonceptivos hormonales pueden actuar como co-factores o facilitadores en la carcinogénesis en presencia de infección HPV. Este aumento del riesgo disminuye 10 años después del cese del uso del método. Las usuarias deben ser informadas de este pequeño aumento del riesgo relacionado con la duración del uso de ACH, pero que a pesar de ello los beneficios derivados de su uso superan a los riesgos. No existe contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres que tuvieron una neoplasia intraepitelial cervical. (Serrano, 2013).

### 5.3.1.3. MANEJO DE AHC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se ha consensuado que los requisitos **imprescindibles para prescribir AHC** son:

1. Historia clínica que incluya una anamnesis detallada y completa que nos permita identificar a las mujeres que presenten condiciones médicas según las categorías 3 y 4 de la OMS, que contraindiquen la anticoncepción hormonal combinada
2. Control tensión arterial e Índice de Masa Corporal ( IMC).
3. Información detallada del método elegido, condiciones de uso y seguridad, eficacia, efectos adversos y beneficiosos, resolver dudas y falsas creencias.
4. Seguimiento a corto plazo (3-6meses): para detectar posibles efectos adversos, ya que está comprobado que aumenta la satisfacción de la mujer y favorece la adherencia al método
5. Control anual. La evidencia de los últimos estudios, que ha sido recogido por las recomendaciones de la OMS en 2016 aconsejan un control anual (o bien cuando lo necesite la paciente) por el profesional que actualice la historia clínica, especialmente los factores de riesgo cardiovascular como la Tensión arterial y el IMC.
6. Descansos: No hay que hacerlos. Aunque ningún estudio realizado evidencia la necesidad de estos, la encuesta de la SEC 2018 pone de manifiesto que alrededor de un tercio de usuarias continúan realizando descansos periódicos basados en conceptos erróneos sobre seguridad, por lo que es importante informar a las usuarias que no se deben realizar ya que solo aumenta el riesgo de embarazo en estos periodos.

#### 5.3.1.4. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Tienen interacción con **inductores enzimáticos**, (Citocromo P 450) como sucede con:

ANTICONVULSIVANTES: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, topiramato, oscarbacina, lamotrigina (Categoría 3).

ANTIBIOTICOS: Rifampicina y en menor medida con Rifabutina (Categoría 3).

ANTIRRETROVIRALES: Interacción con inhibidores de proteasas e inhibidor no nucleósido de la transcriptas. Según actualización criterios elegibilidad de OMS 2015, con respecto a Terapia antirretroviral (TAR), se especifica la categoría para cada uno de los medicamentos siendo categorías 1 y 2 para la mayoría de fármacos usados en TAV.

FITOTERAPIA: Hipérico (Hierba de San Juan)

Aumento de niveles séricos de EE

Por **inhibición de enzimas hepáticos**: etoricoxib, rosuvastatina

#### 5.3.1.5 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS ORALES (PÍLDORA)

Actualmente en el mercado la mayoría de ACH utilizan como estrógeno el etinilestradiol (EE) y en los últimos años se han introducido compuestos con un estrógeno natural (Valerato de Estradiol y b-Estradiol), lo que ha permitido

disminuir los efectos adversos y mejorar la tolerancia, manteniendo la seguridad y eficacia anticonceptiva.

Según las características individuales de la mujer, a la hora de elegir un AHCO podremos recomendar uno u otro según el tipo de gestágeno que nos interese (tabla 5).

Hiperandrogenismo clínico	Acetato de Ciproterona (no se utiliza con finalidad contraceptiva únicamente), Acetato de Clormadinona, Dienogest o Drospirenona.
Retención hídrica	Drospirenona y Dienogest.
Síndrome premenstrual:	Combinados con Drospirenona, en especial la pauta prolongada.
Sangrado menstrual abundante	Todos los ACH están indicados en esta circunstancia pues van a lograr una disminución del sangrado, y en especial los preparados con Dienogest como gestágeno que atrofia rápidamente el endometrio
Sangrado irregular y/o manchados intercíclicos	Todos los ACHO mejoran los sangrados irregulares y los manchados intermenstruales, es preferible que tengan más de 20mcgr de Etilnilestradiol.
Disminución de libido	Levonorgestrel.
Endometriosis	Combinados con Dienogest ya que disminuye en forma importante el sangrado menstrual y mejora la dismenorrea asociada.
Dismenorrea	Se ha demostrado que todos los anticonceptivos ayudan a mejorarla

Tabla 5. Elección del tipo de gestágeno según características de mujer, aprovechando los efectos beneficiosos.

### **5.3.1.6. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS VAGINALES (ANILLO VAGINAL)**

Libera 120 microgramos de etonogestrel. Se coloca en fondo de vagina y se mantiene durante 3 semanas tras las cuales se realiza su extracción. Tras una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por privación, se coloca un nuevo anillo. La exposición sistémica a estrógenos que presenta el anillo es inferior a la vía oral o transdérmica. Niveles de eficacia y seguridad similares a los compuestos orales.

### **5.3.1.7. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS TRANSDÉRMICOS (PARCHE TRANSDÉRMICO)**

Se aplica sobre la 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 la ropa. No debe ponerse en las mamas ni sobre piel que esté enrojecida, irritada o cortada.

El parche tiene una duración de una semana, cambiándolo cada semana el mismo día en que se inició; así durante tres semanas consecutivas, descansando la cuarta semana del ciclo, en la cual aparecerá la menstruación. Aunque clásicamente se ha aconsejado colocarlo el primer día del ciclo, actualmente la recomendación es que se puede iniciar cualquier día del ciclo o cuando convenga (Martin K 2018), sabiendo que puede postponer el sangrado esperado y que precisa una anticoncepción adicional en esa primera semana.

No se han observado cambios en la absorción de los componentes del parche con el aumento de la temperatura de la piel por el uso de saunas, jacuzzi o ejercicio aeróbico o con baños fríos. En mujeres con peso superior a 90 Kg la

efectividad puede verse reducida por lo que se debe ofertar otro método anticonceptivo (Infante, 2016)

En la vía vaginal y transdérmica, el patrón farmacocinético es comparable a la vía oral y por tanto los cambios metabólicos, efectos secundarios, indicaciones y contraindicaciones y su perfil de seguridad son superponibles. Una de sus ventajas es que al evitar el primer paso hepático, no se compromete su absorción por procesos intestinales. La aplicación semanal o mensual, puede mejorar el cumplimiento frente a la toma diaria, y por tanto puede ser útil, sobre todo en aquellas mujeres que no son buenas cumplidoras de un tratamiento diario.

### **5.3.2. ANTICONCEPCIÓN SOLO GESTÁGENO**

Abarca una amplia variedad de posibilidades tanto en formas de presentación, vías de administración y composición pero que comparten la presencia de un gestágeno como componente hormonal único que será el que confiera la eficacia anticonceptiva al producto, y evita los efectos secundarios imputables al uso de estrógenos. Como el resto de anticonceptivos hormonales no protegen de las ITS.

#### **5.3.2.1. PÍLDORA DE SOLO GESTÁGENOS (PSG)**

Desogestrel 75 mcg (DSG). La toma se inicia habitualmente el primer día de una menstruación y se continúa con una píldora diaria de forma ininterrumpida, preferiblemente siempre a la misma hora, aunque se puede tomar cualquier día, siempre que se descarte embarazo y se refuerce con métodos de barrera la primera semana . Los principales efectos colaterales son las alteraciones del patrón menstrual.

El margen de seguridad, está establecido en 12 horas por lo que un retraso en la toma superior a ese tiempo, se considera un olvido (anexo 2).

Durante la lactancia, constituye un método seguro a partir de los 21 días del postparto (categoría 2 según criterios de legibilidad OMS 5ª ed.), y a partir del mes del parto pasa a categoría 1. Clásicamente se ha relacionado esta anticoncepción sólo con el periodo de lactancia materna, cambiando a un anticonceptivo combinado al terminar este periodo, sin embargo hoy en día constituye una alternativa más de anticoncepción para cualquier mujer, por lo que se debe plantear su continuidad si la mujer está satisfecha y conoce todas las características del método.

#### **5.3.2.2. INYECTABLE**

Contiene 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona Depot, (AMPD) se administra un primer inyectable dentro de los 5 primeros días del ciclo y se continúa con una dosis cada 3 meses. El efecto no deseado más relevante y motivo más frecuente de abandono es el sangrado irregular que afecta hasta un 70% de las usuarias en el primer año con una tendencia posterior a la amenorrea por atrofia endometrial, que alcanza al 80% de las usuarias al cabo de tres años de uso. En España se utiliza muy poco (Encuesta Anticoncepción SEC 2016). La utilización prolongada de AMPD puede provocar una ligera pérdida en la densidad mineral ósea, que casi siempre es reversible tras el cese. El documento de Consenso de la SEC (Anticoncepción de Larga Duración, 2014) recomienda, por ello, que en mujeres mayores de 45 años se desaconseje su utilización, o al menos, se realice un balance riesgo/beneficio, teniendo en cuenta esta consideración.



### **5.3.2.3. IMPLANTE SUBDÉRMICO**

Consiste en una varilla flexible radiopaca, con un núcleo de vinilo de 40x2mm que contiene 68 mg de etonorgestrel. Es el que tiene el mejor índice de Pearl de todos los métodos anticonceptivos.

Según Documento Consenso SEC 2014 es recomendable que los profesionales reciban, para su colocación y retirada, un adiestramiento específico. Se inserta a nivel subdérmico en la cara interna del brazo no dominante a unos 8 cm del cóndilo del húmero, y su duración es de 3 años. Se recomienda que se inserte en los 5 primeros días del ciclo, pero puede variar según casos individuales.

Los efectos secundarios más frecuentes están relacionados con la alteración en el patrón de sangrado, pudiendo ocurrir amenorrea, sangrado irregular y spotting. Efectos que podemos observar con el uso de los anticonceptivos de solo gestágenos, sea cual sea la vía de administración. Por ello antes de la colocación del implante se puede recomendar utilizar píldoras sólo gestágenos para valorar la tolerabilidad de la mujer a este efecto secundario y evitar así retiradas prematuras del implante.

### **5.3.2. 4. DIU DE LEVONOGESTREL**

Actualmente en España se comercializan de tres tipos.

- DIU 13,5 mcg de levonogestrel, duración 3 años.
- DIU 19 mcg de levonorgestrel, duración 5 años
- DIU 52 mcg de levonogestrel, duración 5 años.

DIU 52 mcg no tiene reconocido en su ficha técnica su uso como anticonceptivo de forma exclusiva, sino como tratamiento del sangrado

menstrual abundante y anemizante, pero aquellas mujeres portadora de estos DIUs indirectamente se pueden beneficiar de su propiedad anticonceptiva.

El DIU 13.5 de Levonogestrel es un dispositivo pequeño que tiene una duración de 3 años, especialmente recomendado para nulíparas y adolescentes al igual que el de 19 mcg que en este caso es de 5 años.

### 5.3.2.5. EFECTOS BENEFICIOSOS CON EL USO DE MÉTODO DE SOLO GESTÁGENOS

Tratamiento del sangrado menstrual abundante, el DIU-LNG se convierte en tratamiento de 1ª línea en mujeres con dicha patología y que precisan anticoncepción.
En casos de Anemia ferropénica, mejora la ferritina y la hemoglobina.
En patologías que afectan a la hemostasia primaria (Trombopenias, Enfermedad de Von Willebrand, Trombopatias).
Tratamiento de la dismenorrea y dolor pélvico asociado a la endometriosis, demostrado con el DIU-LNG, forma parte de los tratamientos de 1ª línea.
Disminución Nº y tamaño de miomas (DIU-LNG: evidencia moderada baja).
Efecto protector frente al cáncer de ovario y endometrio.

### 5.3.2.6. EFECTOS ADVERSOS O NO DESEADOS

Los principales, y que son causa de abandono, es el sangrado menstrual irregular o abundante, seguidos de las cefaleas, aumento en el peso, acné y otros síntomas androgénicos, cambios de humor, náuseas, mastalgia y dolor abdominal. El aumento de peso, es más frecuentes con el uso de inyectables y poco frecuente en las usuarias de píldoras e implantes y raro en las usuarias de DIUs.

### **5.3.2.7. ACEPTABILIDAD Y MANEJO**

Es fundamental explicar a la mujer los cambios que pueden producirse en su patrón de sangrado normal para una buena adherencia al método. Para su inicio solo son imprescindible dos premisas:

- Realizar una historia clínica cuidadosa. Control de TA (Deseable pero no se debe negar el uso de métodos hormonales por no poder realizar la toma de TA) y en caso del DIU realizar exploración pélvica.
- Proporcionar información sobre el método, al igual que la ACH. En especial dar información adecuada sobre las alteraciones del patrón del sangrado.

### **5.3.2.8. MANEJO ANTE EFECTOS NO DESEADOS EN SÓLO GESTÁGENOS**

Las alteraciones del patrón de sangrado son el motivo principal de abandono precoz del método, por lo que es importante conocer su manejo:

- Lo primero asegurar que existe un cumplimiento regular y correcto, pues olvidos o no tomar la píldora a la misma hora, puede generar mayor sangrado intermenstrual e irregularidad no deseada, si esto no es así, debemos de tranquilizar e informar a la mujer.
- Otras alternativas sería utilizar ACH oral durante 2-3 meses, o bien administrar antiinflamatorios no esteroideos AINEs (excepto aspirina e indometacina) durante 5-7 días o ácido tranexámico 500 mg 2-3 comprimidos /6-8 horas, 5 días.

## 5.4. DIU COBRE

Método no hormonal con una duración generalmente de 5 años, los hay también de 10 años. Proporcionan alta eficacia y costo-efectividad. Se puede usar como anticoncepción de urgencia si se inserta en los primeros 5 días desde el coito desprotegido. Es eficaz desde el primer día de su inserción (American College Obstetrician and Gynecologist, 2015; Emergency Contraception 2017; Kaunitz AM, 2018; Cleland K 2012; Turok DK 2013). No existen evidencias científicas concluyentes sobre su mecanismo de acción. Se han propuesto la citotoxicidad, la inhibición de la motilidad espermática. La evidencia actual sugiere que el mecanismo de acción primario son los efectos prefertilización.

- **Beneficios no contraceptivos:** El uso del DIU de cobre no incrementa el riesgo de cáncer de cérvix ni endometrio. La evidencia disponible muestra que podría jugar un papel protector en cáncer de cérvix. (*Calidad de evidencia moderada*).
- **Seguridad:** El riesgo absoluto de embarazo ectópico es mínimo, dada la alta eficacia anticonceptiva que tienen los DIU actuales. Es el único método anticonceptivo, en el que debe realizarse una exploración ginecológica antes de insertarlo. En mujeres asintomáticas no hay evidencia sobre la necesidad de un cultivo vaginal rutinario. Es recomendable que la usuaria tenga un screening adecuado de cáncer de cérvix. Su inserción puede realizarse en cualquier momento del ciclo menstrual si existe una seguridad razonable de ausencia de embarazo (grado de recomendación C)(Protocolos SEGO/SEC en anticoncepción intrauterina, 2014). El riesgo de desarrollar una infección pélvica está relacionado con los primeros 20 días postinserción (generalmente aparece en los primeros días tras inserción de forma aguda). Pasado este intervalo de tiempo, la etiología de la EIP no se podrá atribuir a la

presencia del dispositivo intrauterino(Protocolo SEGO/SEC en anticoncepción intrauterina, 2014)

Es importante explicar a la usuaria antes de su inserción los posibles cambios en el patrón de sangrado, como menstruaciones abundantes y prolongadas, manchados irregulares, dolor pélvico, etc. que suelen ser transitorios y van disminuyendo tras 3-6 meses postinsercción. La expulsión espontanea puede ocurrir en un 5% de las usuarias, generalmente en una regla abundante y los primeros meses postinsercción.

La evidencia científica actual sugiere que el uso del DIU no provoca un retraso en el retorno a la fertilidad tras su retirada (grado evidencia II-b).

- **Seguimiento:** La OMS recomienda una única visita a las 3-6 semanas postinsercción, para asegurar la ubicación adecuada del mismo, resolver dudas relacionadas con el método así como detectar posibles complicaciones. No son necesarias más visitas, salvo las recomendadas por el programa de salud vigentes (OMS, 2018). No obstante, es deseable la posibilidad de acceder a la consulta, en cualquier momento que perciba algún problema.
- **Retirada del DIU:** Se retira o cambia por otro a los 5 años (o cuando caduque según ficha técnica) si la paciente es menor de 45 años. Si la paciente tiene más de 45 años se mantiene el mismo DIU hasta la menopausia según las guías de práctica clínica actualizadas (FSRH, actualizada en 2017; NICE 2005; Black, 2016). Se retirará tras un año de amenorrea en las mayores de 50 años.

## 5.5. MÉTODOS DEFINITIVOS

No protegen de ITS.

**BLOQUEO DE TROMPAS Y VASECTOMÍA.** Son métodos permanentes e irreversibles. El bloqueo o extirpación de trompas puede hacerse mediante intervención quirúrgica por laparoscopia o laparotomía. También había un método a través de histeroscopia, actualmente retirado del mercado.

En la actualidad cuando una usuaria tiene un LARC-DIU por encima de 45 años se puede considerar como método definitivo, ya que se puede mantener el efecto anticonceptivo hasta la menopausia

## 5.6. DOBLE MÉTODO

El 72% de las mujeres de 15 a 49 años conoce o ha oído hablar del Doble Método frente a un 28% que no lo conocen (datos encuesta publicada por SEC 2016), y consiste en la utilización conjunta de un método eficaz para prevenir el embarazo (como por ejemplo la píldora, el DIU, el anillo vaginal, el parche, un implante o una inyección...) con un método de barrera (preservativo masculino o femenino) que previene las ITS.

Cuando existe riesgo de transmisión de ITS/VIH, es importante que las y los proveedoras/es de servicios de salud recomienden enfáticamente la doble protección a todas las personas en riesgo significativo, ya sea a través del uso simultáneo de condones con otros métodos o a través del uso correcto y consistente de los condones solos, para la prevención del embarazo y la prevención de la enfermedad.

## 5.7. ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

No se trata de un método anticonceptivo habitual, sólo se debe utilizar en caso de emergencia como segunda oportunidad a un coito no protegido. No previene ITS. Hay varios métodos anticonceptivos de urgencia: Levonorgestrel, que desde 2009 es de dispensación libre sin receta médica, que está indicada para coito no protegido hasta un máximo de 72 horas.

Acetato de Ulipristal, con receta médica, que está indicada para coito no protegido hasta 120 horas.

Hasta 5 días del coito no protegido se puede utilizar DIU de cobre (no de gestágenos).

## 6. ACTUALIZACIÓN EN MÉTODOS DE LARGA DURACIÓN (LARC)

Los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por las siglas en inglés: Long Acting Reversible Contraception) son aquellos anticonceptivos cuyo efecto tiene una duración mayor de dos ciclos ovulatorios y regresa posteriormente a la fertilidad tras su abandono. Incluyen los implantes subcutáneos de gestágenos, los dispositivos intrauterinos (DIU) de gestágenos o de cobre, y las inyecciones trimestrales de gestágenos.

Aunque la mayoría de métodos anticonceptivos son eficaces, hoy lo que realmente interesa es que sean **efectivos** (su efecto se mide en la realidad no en el uso teórico) y los métodos anticonceptivos más efectivos son aquellos que no dependen ni del cumplimiento ni de la persistencia de uso, como son el caso de los métodos irreversibles, como la vasectomía y la ligadura de trompas, y los LARC. (SEGO, 2006). En la actualidad las guías de práctica

clínica (NICE, 2005; FSRH, 2014; ACOG 2011) indican que los LARC son los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces y coste-efectivos para evitar embarazos no deseados.

Hay numerosas evidencias científicas que relacionan el uso de los LARC con la disminución de embarazos no deseados, especialmente IVE. La más importante se basa en el ESTUDIO CHOICE realizado en Sant Louis (EEUU). Se trata de un estudio de cohorte multicéntrico, de los más grandes que se han realizado, en el que a mujeres de todas las edades fértiles y con un importante porcentaje de mujeres adolescentes (había un 60% de mujeres menores de 20 años) se les ofreció información y acceso gratuito a cualquier tipo de método anticonceptivo que existe en el mercado. El 75% de ellas eligieron LARC (Secura GM. 2014). De las que eligieron este tipo de método, en dos años el 77% de ellas seguían y estaba satisfechas con el método (frente al 47% que seguían cuando el método elegido no era LARC). Los resultados más interesantes se producen en el grupo de adolescentes, en el que disminuyó la tasa de embarazo no deseado 5 veces (de 1 58,5 por mil población adolescente de EEUU versus 34 por mil en el grupo de estudio) y la tasa de IVE disminuyó 4 veces (41,5 por mil versus 9,7). Resultados similares se encontraron en otros estudios (Ricketts 2014; Connolly 2014))

Estos estudios contribuyeron a que la OMS y las guías antes comentadas recomendaran el uso de estos métodos como de primera línea y aconsejaran que disminuyeran las barreras de accesibilidad, ya que cuando se facilita su empleo se ha demostrado una reducción de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo, sobre todo en la población más joven. Este tipo de métodos anticonceptivos de larga duración tienen especial interés en mujeres que no desean quedar embarazadas en unos años y especialmente aquellas que son más vulnerables a estos embarazos no deseados como: adolescentes, mujeres que tienen antecedente de embarazo no deseado o IVE, víctimas de violencia de género, en situación de exclusión social, o mujeres que han quedado embarazadas utilizando otros métodos anticonceptivos.



La OMS recomienda que en el Asesoramiento contraceptivo a todas las mujeres se deben incluir como primera línea a los LARC. Así mismo Guías de práctica clínica como NICE y la del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, también los sitúan como de primera línea para dar información a todas las mujeres, especialmente en los grupos más vulnerables descritos anteriormente. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFyC (2016) recomienda aumentar el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración, ya que están infrautilizados en España a pesar de haber demostrado disminuir las tasas de embarazos, partos y abortos entre las mujeres más jóvenes. Es de destacar que se produce un incremento del empleo de estos métodos cuando están subvencionados y no repercute el coste directamente en la usuaria, siendo los métodos anticonceptivos de mayor coste-efectividad (Rocca CH, 2016; Trussell J 2013; Foster DG, 2013)

El hecho de que los LARC resulten más caros adquirirlos que los métodos de corta duración, que se adquieren para cada acto sexual (preservativo) o cada mes, es una importante barrera de accesibilidad en general para todas las mujeres. Lo es aún más para aquellas que componen el grupo de mayor vulnerabilidad. Por ello desde las sociedades científicas, basándose en los estudios anteriores, se está solicitando un esfuerzo a las autoridades para favorecer su financiación, favoreciendo así su accesibilidad.

Hay que tener en cuenta que estos métodos requieren ASESORAMIENTO ESPECÍFICO, ya que en la mayoría se produce un cambio del patrón menstrual, por lo que es muy importante informar adecuadamente a la mujer, así como advertirles que no previenen de Infecciones de Transmisión Sexual. Por ello a las mujeres en riesgo se debe aconsejar también el uso de métodos de barrera como el preservativo (doble método).

Es aconsejable iniciar método de solo gestágenos oral previo a espera a método LARC con objeto de conocer y aceptar su patrón de sangrado y

posibles efectos adversos, así como evitar gestación no deseada en la espera del mismo

## 7. PROGRAMA FORMATIVO

La formación de los profesionales sanitarios en Anticoncepción es imprescindible para conseguir los objetivos de este programa. El programa formativo debe permitir la actualización de los conocimientos y evidencias científicas que se están produciendo continuamente en este campo y la coordinación de los diversos profesionales y niveles asistenciales implicados como son: médicos/as de familia, ginecólogos/as de las Unidades Ginecológicas de Apoyo, ginecólogos/as de los hospitales, matronas/es de Atención Primaria y de hospital y enfermeros/as de Atención Primaria y hospital, así como otros profesionales implicados de alguna manera en la anticoncepción como pediatras, trabajadores sociales, etc.

Se propone realizar un MATERIAL FORMATIVO consistente en presentaciones de PowerPoint en el que se describe el Programa de Anticoncepción y materiales didácticos.

Se propone realizar un **CURSO de FORMADOR DE FORMADORES** para aquellos profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria interesados en el tema de la anticoncepción y con el compromiso de difundir la formación al resto de sus compañeros. Se realizarán tantas ediciones de esta formación como se considere necesario. En esta formación se hará un repaso de la actualización de la anticoncepción y la metodología para realizar la formación al resto de compañeros.

Posteriormente se propone realizar **SESIONES FORMATIVAS DE ANTICONCEPCIÓN** en todos los centros de salud y áreas de hospitales (servicio de ginecología, planta de puérperas, etc.) por estos profesionales

formados en la etapa anterior o profesionales expertos en anticoncepción que considere cada Gerencia. Se aprovechará el material formativo utilizado en el curso de formación de formadores, pero adaptado a la menor duración de la formación.

**Formación Sanitaria Especializada:** Se propone realizar una formación específica para residentes de las especialidades implicadas en la anticoncepción como ginecología, matronas, familia, etc

.

## 8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

**Periodicidad:** Se realizará con periodicidad bianual

### Indicadores de Cobertura

1. Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años a las que se les ha preguntado si utilizan anticoncepción en el último año, en Atención Primaria (OMI)
2. Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años que han recibido consejo contraceptivo en Atención Primaria (OMI)
3. Porcentaje de mujeres que toman anticonceptivos hormonales
4. Porcentaje de mujeres que utilizan un LARC (Registros consultas ginecológicas externas/UGA)
5. Porcentaje de hombres y mujeres que se han realizado métodos anticonceptivos definitivos (Registros consultas ginecológica externas/UGA y consultas de urología)

### Indicadores de resultados

1. Tasa de IVE en la Región y comparación años previos

2. Porcentaje de partos en adolescentes a nivel regional al año.
3. Porcentaje de IVE en adolescentes sobre el total de IVE a nivel regional al año.
4. Porcentaje de profesionales de Atención Primaria y hospitalaria que han recibido formación específica en anticoncepción
5. Número de actividades formativas específicas de anticoncepción a nivel regional

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Abellán-García F. Manual bioético-legal de consultas en salud sexual y contracepción (SEC). 2016

Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios AEMPS. Ministerio sanidad, servicios sociales e igualdad. Anticonceptivos hormonales combinados: conclusiones de la revisión del riesgo de tromboembolismo venoso.

Disponible:[http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH\\_FV\\_06-2013-anticonceptivos.pdf](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_06-2013-anticonceptivos.pdf)

Alonso, L. M. J. (2013). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción de urgencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recuperado de: [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_de\\_urgencia.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf)

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2011). Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Washington (DC):

Arraztoa V JA, Donoso O M, Danilla E S, Mallea J X, Leiva R M, Larraín S A, et al. (2006). Efectividad clínica del método mucotérmico para regular la

fertilidad: resultados de un programa aplicado en la comuna de San Bernardo. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 71(3):189-195.

Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/251071773\\_EFECTIVIDAD\\_CLINICA\\_DEL\\_METODO\\_MUCOTERMICO\\_PARA\\_REGULAR\\_LA\\_FERTILIDAD\\_RESULTADOS\\_DE\\_UN\\_PROGRAMA\\_APLICADO\\_EN\\_LA\\_COMUNA\\_DE\\_SAN\\_BERNARDO](https://www.researchgate.net/publication/251071773_EFECTIVIDAD_CLINICA_DEL_METODO_MUCOTERMICO_PARA_REGULAR_LA_FERTILIDAD_RESULTADOS_DE_UN_PROGRAMA_APLICADO_EN_LA_COMUNA_DE_SAN_BERNARDO)

Bateson, D, Butcher, B.E, Donovan, C, Farrell, L, Kovac, G. Risk of venous thromboembolism in women taking the combined oral contraceptive: A systematic review and meta-analysis. AFP. 2016;45(1-2): 59-64.

Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosh M, Norman W, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM, Mansouri S. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Can. 2016 Feb;38(2)

Champaloux SW. Et al (2017) Use of combined hormonal contraceptives among women with migraines and risk of ischemic stroke; American J. Obst. Gynecol. 216(5), 489.

Cleland K et al (2012); The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: review of 35 years. Human Reprod Jul; 27 (7) 1994-2000.

Connolly A, Pietri G, Yu J, Humphreys S. (2014) Association between long-acting reversible contraceptive use, teenage pregnancy, and abortion rates in England. Int J Womens Health.

Faculty of sexual & reproductive healthcare (FSRH).(2017). Emergency Contraception. Update. Recuperado de: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinical-guidance/emergency-contraception/>

Faculty of sexual & reproductive healthcare (FSRH) Clinical Effectiveness Unit (CEU)(2014). Guidance Progestogen-only Implants. Recuperado de: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/>

- Foster DG, Biggs MA, Malvin J, Bradsberry M, Darney P, Brindis CD (2013). Cost-savings from the provision of specific contraceptive methods in 2009. *Womens Health Issues*.23(4), 265-71
- FSRH Guidance. Contraception for Women Aged over 40 year. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists, August 2017
- Gabriele S et al (2017);Progestin-onlycontraception and beneficial effects on migraine. *The Journal of Headache and Pain* 2017, 18 (Suppl 1).
- Grimes DA, Gallo MF, Halpern V, Nanda K, Schulz KF, Lopez LM. (2004). Fertility awareness-based methods for contraception. *Cochrane*.
- Infante A.F.(2016) Métodos anticonceptivos: mecanismos de acción, descripción e información de interés para usuarios en la prescripción. situaciones especiales.
- Institute for Reproductive Health, Georgetown University. Recuperado de: <https://www.k4health.org/sites/default/files/TwoDay%20Field%20Notes%202004-SPA.pdf>
- Iversen, L., Sivasubramaniam, S., Lee, A. J., Fielding, S., & Hannaford, P. C. (2017). Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics&Gynecology*, 216(6), 580-e1
- Kaunitz A.M et al. (2018).Emergency Contraception. Update
- Lete I, De la Viuda E, Gómez MA, Haimovich S, Martínez M. (2015) Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi. *Prog Obstet Ginecol*. 58 (1): 4-13
- López García-Franco A, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, Baeyens Fernández JA, del Cura González I, Iglesias Piñeiro MJ, Ortega del Moral A, Jacinta Landa Goñi J, Alonso Coello P.(2016) Grupo de la Mujer del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. *Aten Primaria*.

López, J.A.R. (2016) Consejo anticonceptivo en Atención Primaria. Revista de atención primaria. Recuperado de: <http://www.sietediasmedicos.com/formacion/curso-de-salud-sexual/tema-3-anticoncepcion/item/6415-tema-3-anticoncepcion-consejos-metodos-y-elegibilidad#.W0c-k9IzblU>

Martin K.A, & Barbieri R.L. (2018); Overview of the use of combination oral contraceptives. Updated

Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2012).Madrid

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Datos estadísticos de interrupción voluntaria de embarazo. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromoci on/embarazo/tablas figuras.htm>

Mørch, L. S., Skovlund, C. W., Hannaford, P. C., Iversen, L., Fielding, S., & Lidegaard, Ø. (2017). Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 377(23), 2228-2239

National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005) Long-acting reversible contraception Clinical guideline Published

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Clinical guideline on long-acting reversible contraception (2005)

Organización Mundial de la Salud. (1975) Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de informes Técnicos 572. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2018) Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para uso de anticonceptivos. Recuperado de: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/)

Parera N., López S., Llopis A (2013). Habilidades para la comunicación con adolescentes.

Programa integral de atención a la mujer. (2012) Consejería de sanidad y política social de la región de Murcia. Recuperado de: <http://www.um.es/u-igualdad/recursos/piam-rm-2013.pdf>

Quesada MD (2016) Beneficios no anticonceptivos de los métodos hormonales.

#### Documentos DOC Semergen

Quesada, M. M. (2013). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción de sólo gestágenos. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recuperado de: [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_ANTICONCEPCION\\_SOLO\\_GESTAGENOS.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf)

Ricketts S, Klingler G, Schwalberg R (2014). Game change in Colorado: widespread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in births among young, low-income women. *Perspect Sex Reprod Health.*;46(3):

Roach R, Helmerhorst M, Lijfering M, Stijnen T, Algra A & Dekkers M. (2015); Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke; Cochrane. Recuperado de: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011054.pub2/epdf/full>



Rocca CH, Thompson KM, Goodman S, Westhoff CL, Harper CC(2016). Funding policies and postabortion long-acting reversible contraception: results from a cluster randomized trial. Am J Obstet Gynecol.

Simona S et al(2017); Combined hormonal contraception and migraine, WHO and EHF/ESCRH criteria and balancing risk and benefit. The Journal Headache and Pain 2017, 18 (Suppl 1).

Sacco S. et al (2017). Contribution of hormonal contraceptive to the risk of ischemic stroke in women with migraine: a meta-analysis of current data. The Journal Headache and Pain , 18 (suppl 1): p 157

Sacco S. et al(2017): Combined hormonal contraception and migraine, WHO and EHF/SCRH criteria and balancing risk and benefit. The Journal Headache and Pain 2017, 18 (suppl 1); 533

Secura, G. M. et al. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. N Engl J Med, 2;371(14)

Serrano N. J. R. Quilez. J. (2013). Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal. Sociedad Española de Contracepción. Recuperado de:  
[http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_Hormonal\\_Combinada\\_Oral\\_Transdermica\\_Vaginal.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf)

Serrano I. Anticoncepción en la adolescencia. Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid 2013

Sociedad Española de Contracepción. (2014). Métodos naturales. Recuperado de:  
<http://enanticoncepcionvivetuvida.es/home/metodos-anticonceptivos/metodos-naturales/>

Sociedad Española de Contracepción (2016). Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España Encuesta de Anticoncepción en España.

Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Anticoncepción natural. Recuperado de:  
[http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/31\\_francoise\\_soler/anexos/en%20la%20SEGO/Anticoncepci%C3%B3n%20Natural.pdf](http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/31_francoise_soler/anexos/en%20la%20SEGO/Anticoncepci%C3%B3n%20Natural.pdf)

Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. (2006). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción: Consejo contraceptivo.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2006). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Método barrera.

Sociedad Española de Contracepción (2011). Actualización en el manejo clínico de la Anticoncepción Hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso 2011

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2013). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción hormonal y riesgo cardiovascular.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2013). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción hormonal y riesgo cáncer de mama, ovario, endometrio y cérvix.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2014). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción intrauterina.

Soler F. (2006). Asesoramiento/educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II). Matronas Prof. 6(3):5-13. Recuperado de:  
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7065/173/asesoramiento-eduacion-sanitaria-a-la-mujer-metodos-anticonceptivos-naturales-ii>

Turok DK et al;(2013) Intrauterine device: highly effective at any time in the menstrual cycle. Human Reprod. Oct; 28 (10).

Trussell J. et al (2004).. Adolescent sexual behavior, pregnancy, and childbearing.

Trussell J. et al (2011). Contraceptive failure in the United States. Contraception

Trussell J, Henry N, Hassan F, Prezioso A, Law A, Filonenko A.(2013) Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. Contraception.

Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD(2008). Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. Contraception .

Yago-Simón T, Tomás C (2015). Condicionantes de género y embarazo no planificado en adolescentes y mujeres jóvenes. Anales de Psicología, vol.31, nº 3



# ANEXOS



## ANEXO 1

### TABLAS CRITERIOS ELEGIBILIDAD MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

**TABLA1: RESUMEN CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD (OMS 2015) PARA USO DE ANTICONCEPCION HORMONAL COMBINADA**

Condición o característica médica	Oral	Parche	Anillo
<b>EDAD</b>			
Desde menarquía hasta los 40 años	1	1	1
≥ 40 años	2	2	2
<b>NULIPARIDAD</b>	1	1	1
<b>DISLIPEMIA CONOCIDA SIN OTRO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR</b>	2	2	2
<b>MUJERES CON TRANSTORNOS VENOSOS SUPERFICIAL</b>			
Varices	1	1	1
Trombosis venosa superficial	2	2	2
<b>TABAQUISMO</b>			
Edad < 35 años	2	2	2
Edad ≥35 años < 15 cig/día	3	3	3
Edad ≥35 años ≥15cig/día	4	4	4
<b>OBESIDAD</b>			
IMC ≥ 30 kg/m	2	2	2
<b>HTA</b>			
HTA no evaluable	3	3	3
Niveles de presión 140-159/ 90-99	3	3	3

o hipertensión controlada			
Niveles de presión $\geq 160/100$	4	4	4
Enfermedad vascular causada por hipertensión	4	4	4
<b>CÁNCER DE MAMÁ</b>			
Enfermedad Benigna mama.	1	1	1
Historia familiar de cáncer	1	1	1
Cáncer mama : Actual	4	4	4
Cáncer mama pasado e inactivo	3	3	3
<b>DIABETES</b>			
Antecedente diabetes gestacional	1	1	1
Diabetes sin afectación vascular	2	2	2
Diabetes con nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4	3/4	3/4
Otra enf. vascular o $\geq 20$ años de diabetes	3/4	3/4	3/4
<b>LACTANCIA MATERNA</b>			
< 6 semanas posparto	4	4	4
$\geq 6$ semanas a <6 meses postparto	3	3	3
$\geq 6$ meses posparto	2	2	2
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA</b>			
Tumor de hígado	3/4	3/4	3/4
Hepatitis aguda o exacerbación	3/4	3/4	3/4
<b>TROMBOEMBOLISMO VENOSO</b>			
Antecedente	4	4	4
TEV agudo	4	4	4
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4	4	4
<b>CARDIOPATIA</b>			
Antecedente cerebro vascular	4	4	4
Cardiopatía isquémica	4	4	4
Múltiples factores de riesgo cardiovascular	3/4	3/4	3/4
<b>DOLOR DE CABEZA**(ver actualización 2017)</b>			
Sin migraña	1	1	1



Migraña sin aura < 35 años	2	2	2
Migraña sin aura ≥ 35 años	3	3	3
Migraña con aura	4	4	4
<b>HIV ESTADIO III- IV OMS</b>	1	1	1
<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>			
Gonorrea o clamidia	1	1	1
Otras ITS o vaginitis	1	1	1
Mayor riesgo de infección de transmisión sexual	1	1	1
<b>EIP</b>			
Anterior o actual	1	1	1
<b>SEPSIS</b>			
Puerperal o postaborto	1	1	1

## **ACTUALIZACIÓN 2017 SOBRE MIGRAÑAS/CEFALEAS CON ACHO y ACV ISQUÉMICO**

Actualmente existe cierta confusión con el manejo de anticonceptivos y el grupo de usuarias con cefaleas y con migrañas, ya que es un grupo de pacientes muy heterogéneo; es necesaria una herramienta rápida de diagnóstico que nos permita diferenciar rápidamente una cefalea de una migraña, permitiendo tomar una decisión adecuada basada en la relación riesgo/beneficio; la prevalencia en mujeres en edad reproductiva de ACV isquémico (con y sin ACHO) es bajo, por lo que se ha estado infraestimando este evento. Ante las posibles consecuencias de estos eventos isquémicos se ha llegado recientemente a un consenso entre la Federación Europea de Cefaleas y La Sociedad Europea de Salud Anticonceptiva y Reproductiva (Dic 2017) que han propuesto el siguiente algoritmo diagnóstico de fácil aplicación:

### PREDICTORES DE MIGRAÑA FRENTE A CEFALEA AISLADA

FOTOFOBIA	2 de 3 = 81%
INCAPACIDAD (>1dia)	3 de 3 = 93%
NAUSEAS	

### DIAGNOSTICO DE MIGRAÑA CON AURA

#### PRESENCIA DE SINTOMAS VISUALES (>5/10 SCORE) :

Duración entre 5-60' .....	3
Desarrollo gradual en >5' .....	2
Escotomas.....	2
Línea zig-zag.....	2
Unilateral (homonimo).....	1

En éste Consenso Europeo se ha propuesto reevaluar los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de ACHO en pacientes con “ migrañas con o sin aura”, de manera que pasarían a estar en la categoría 4 (contraindicado/riesgo supera beneficio y no se diferencia si es < o > de 35años); por tanto, no recomiendan prescribir ninguna formulación que contenga cualquier clase de estrógeno, ya sea Etinil-estradiol, Estradiol o Valerato de Estradiol. Sin embargo, aunque la evidencia es escasa, parece ser que los gestágenos no incrementan el riesgo de eventos arteriales, por lo que sí que se puede recomendar la prescripción de métodos de solo gestágenos (tanto en comprimidos como en DIU), así como la píldora de anticoncepción de emergencia (Gabriele S, 2017) (Sacco S, 2017)

Si aparece una migraña de Novo con el ACHO se debe suspender o cambiar a un método de solo gestágenos.

## **TABLA 2: RESUMEN CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD (2015) PARA USO DE ANTICONCEPCION HORMONAL SOLO GESTÁGENOS Y DIU-Cu**

(En sus distintas vías de administración: oral, intramuscular (IM), implante subcutáneo y en dispositivo intrauterino (DIU) tanto con Levonogestrel (LNG) como de cobre (Cu) )

<b>Condición o característica médica</b>	<b>Solo gestágeno oral</b>	<b>AMPD IM/ SC</b>	<b>IMPLANTE</b>	<b>DIU LNG</b>	<b>DIUCu</b>
<b>EDAD</b>					
Menarquía < 18 años	1	2	1	2	2
A partir de los 18 años	1	1	1	1	1
<b>NULIPARIDAD</b>	1	1	1	2	2
<b>DISLIPEMIA CONOCIDA SIN OTRO FACT.DE RIESGO CV</b>	2	2	2	2	1
<b>MUJERES CON TRANSTORNOS VENOSOS SUPERFICIALES</b>					
Varices	1	1	1	1	1
Trombosis venosa superficial	1	1	1	1	1
<b>TABAQUISMO</b>					
Edad < 35 años	1	1	1	1	1
Edad ≥35 años < 15 cig/día	1	1	1	1	1
Edad ≥35 años ≥15cig/día	1	1	1	1	1
<b>OBESIDAD</b>					
IMC ≥ 30 kg/m	1	1	1	1	1
Menarquía a < 18 años e IMC ≥ 30 kg/m	1	1	1	1	1

<b>HTA</b>					
HTA no evaluable	2	2	2	2	1
Niveles de presión 140-159/ 90-99 o hipertensión controlada	1	2	1	1	1
Niveles de presión $\geq 160/100$	2	3	2	2	1
Enfermedad vascular causada por hipertensión	2	3	2	2	1
<b>CÁNCER DE MAMÁ</b>					
Enfermedad Benigna mama.	1	1	1	2	1
Historia familiar de cáncer	1	1	1	2	1
Cáncer mama: actual	4	4	4	4	1
Cáncer mama pasado e inactivo	3	3	3	3	1
<b>DIABETES</b>					
Antecedente diabetes gestacional	1	1	1	1	1
Diabetes sin afectación vascular	2	2	2	2	1
Nefropatía/retinopatía/neuropatía	2	2	2	2	1
Otra enf. vascular o $\geq 20$ años de diabetes	2	2	2	2	1
<b>POSTPARTO CON/ SIN LACTANCIA MATERNA</b>					
< 48 horas	2	3	2	2/1	1
Entre 48 horas y 4 semanas	2	3	2	3	3
De 4 a 6 semanas posparto	2	3	2	1	1
$\geq 6$ semanas a <6 meses postparto	1	1	1	1	1
$\geq 6$ meses posparto	1	1	1	1	1
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA</b>					
Tumor de hígado	3	3	3	3	1
Hepatitis aguda o exacerbación	1	1	1	1	1

<b>TROMBOEMBOLISMO VENOSO</b>					
Antecedente	2	2	2	2	1
TEV agudo con/ sin anti coagulación	4	3 2	3 2	3 2	1
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	2	2	2	2	1
<b>CARDIOPATIA</b>					
Accidente cerebro vascular	2*	3	2*	2	1
Cardiopatía isquémica	2*	3	2*	2*	1
Múltiples factores de riesgo cardiovascular	2	3	2	2	1
<b>DOLOR DE CABEZA</b>					
Sin migraña	1	1	1	1	
Migraña sin aura	1	1	1	1	
Migraña con aura	2*	2*	2*	2*	1
<b>HIV ESTADIO III- IV OMS</b>	1	1	1	3 <sup>^</sup>	3 <sup>^</sup>
<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>					
Gonorrea o clamidia	1	1	1	4 <sup>^</sup>	4 <sup>^</sup>
Otras ITS o vaginitis	1	1	1	2	2
Mayor riesgo de infección de transmisión sexual	1	1	1	2/ 3	2/ 3
<b>EIP</b>					
Anterior o actual	1	1	1	4 <sup>^</sup>	4 <sup>^</sup>
<b>SEPSIS</b>					
Puerperal o postaborto	1	1	1	4	4

\* Si el evento sucede empleando dicho método se recomienda el cambio a método no hormonal.

^ Si la condición aparece mientras se está utilizando dicho método, se puede continuar con el mismo.

Abreviaturas:AOC= Anticonceptivo oral combinado; AUP= Acetato de ulipristal; DIU-Cu= dispositivo intrauterino con cobre; LNG: levonorgestrel;

VERDE: categoría 1 y 2.ROJO: categoría3 y 4.

## ANEXO 2

### MANEJO OLVIDOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

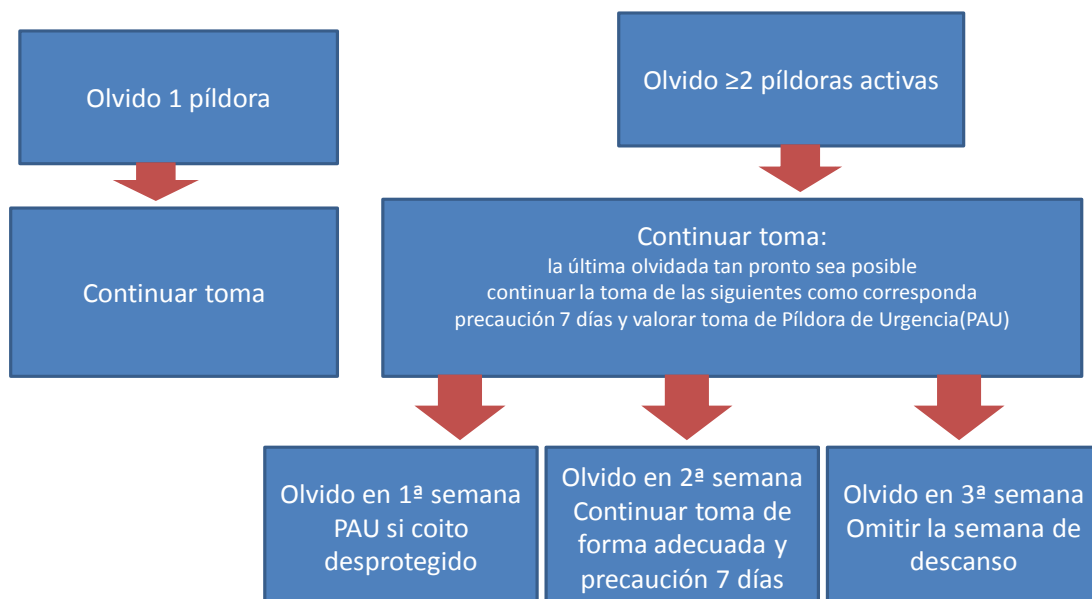
#### 1. OLVIDOS EN ACHO

En el caso de un olvido de una píldora de anticonceptivos combinados, se recomienda tomarla inmediatamente, y seguir tomando el resto de manera habitual, sin que sea necesario el uso de un método adicional.

En el caso de olvidos de dos o más píldoras de anticonceptivos combinados, se recomienda tomar inmediatamente la última píldora, y seguir tomando el resto de manera habitual. En este caso se recomienda el uso de un método de barrera adicional (preservativo) durante 7 días.

Si los olvidos se producen entre la 1ª y 7ª píldora, se debería considerar la anticoncepción de urgencia. La anticoncepción de urgencia no se recomienda si los olvidos se producen entre la 8ª y 14ª píldora.

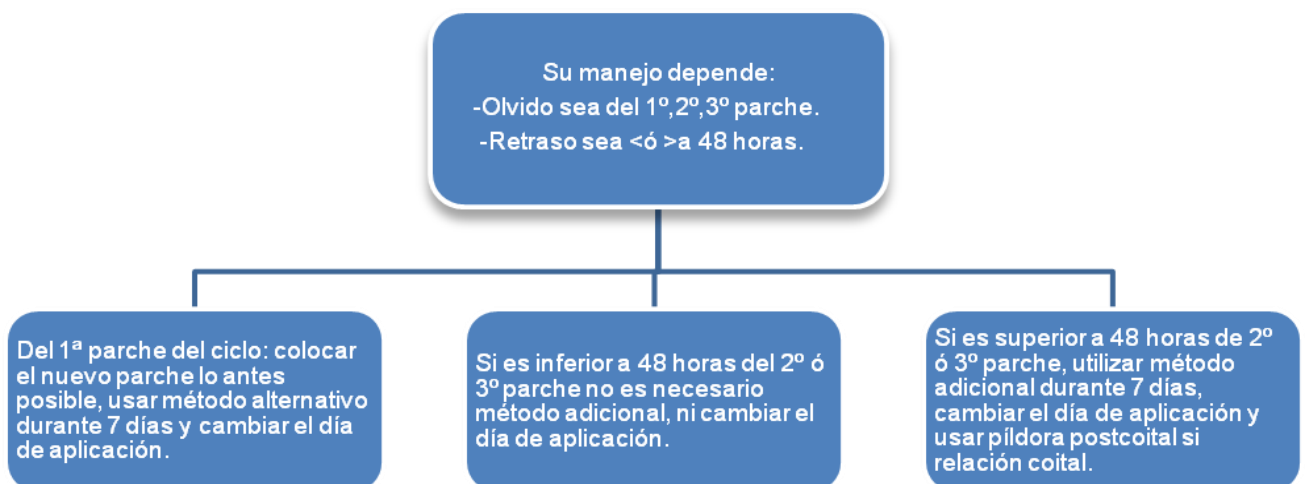
Si los olvidos se producen entre la 15ª y 21ª píldora, se recomienda omitir el periodo libre y continuar con nuevo envase



## 2. OLVIDOS EN PARCHES

Manejo en el olvido o despegamiento del parche:

Con respecto al despegamiento del parche: si es inferior a 24 horas, se recoloca o bien se emplea otro nuevo, sin requerir medida adicional; pero si el despegamiento es > a 24 horas, se debe de utilizar un nuevo parche, cambiar a partir de entonces el día de cambio y utilizar método de barrera durante 1 semana.





### 3. OLVIDOS EN ANILLO VAGINAL

Olvidos en retirada de anillo vagina ( intervalo de 7 días como margen de seguridad)		
<p>La eficacia del anillo no se vé comprometida si se retrasa su retirada menos de 7 días. Así, en caso de retrasos inferiores a una semana:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Retirar el anillo lo antes posible.</li><li>-Dejar una semana de descanso ( se producirá la menstruación por privación) y colocar nuevo anillo.</li></ul>	<p>Si ha pasado mas de 7 días sin haber retirado el anillo, existe probabilidad de gestación si hay relación coital, por lo que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Retirar ese anillo lo antes posible.</li><li>-Colocar un anillo nuevo para mantenerlo 3 semanas.</li><li>-Usar método alternativo durante una semana.</li></ul>	<p>Si el anillo se cae o se sale puede lavarse con agua templada y volver a colocarlo en la vagina. Las retiradas de menos de 3 horas no tienen trascendencia en la eficacia o en el control del ciclo. Si se retira el anillo por más de tres horas, se debe utilizar método adicional durante los siguientes siete días.</p>

### 4. OLVIDOS EN SOLO GESTÁGENOS

Es recomendable en caso de olvido de la píldora de solo gestágenos el tomar inmediatamente la píldora olvidada, y tomar anticoncepción de urgencia si el olvido es de más de 12 horas y ha habido una relación sexual no protegida. Adicionalmente se recomienda el uso de un método de barrera adicional (ej. preservativo) durante 2 días (recomendación basada en buena práctica clínica).



## **ANEXO 3**

### **ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES**

#### **RELACIONES SEXUALES Y ADOLESCENTES**

La OMS considera adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva a los menores de 20 años. Los adolescentes son una población especialmente vulnerable a las consecuencias no deseadas derivadas de la actividad sexual, como puede ser embarazos o Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La morbimortalidad relacionada con el embarazo, parto y aborto en las adolescentes es superior a las mujeres adultas. También aumenta la mortalidad fetal, perinatal e infantil cuando la madre es una adolescentes y muy especialmente en menores de 15 años. Tanto su salud como su desarrollo personal, psicológico y social se ve alterado ante la aparición de un embarazo no deseado.

Hay un consenso generalizado de que una utilización adecuada y continua de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles les permitiría vivir la sexualidad de forma saludable y sin riesgos innecesarios. Por ello es muy importante que los profesionales sanitarios conozcan los detalles relacionados con la adolescencia y la anticoncepción, y en este caso es muy importante el papel de los pediatras y enfermeros/as de pediatría ya que atienden a los adolescentes de 14 o menos años, en los que el consejo contraceptivo es esencial para evitar embarazos no deseados en esas edades tan extremas y que producen alta tasa de morbimortalidad materno-fetal e infantil.

En la última Encuesta de Anticoncepción realizada por al SEC (Sociedad Española de Contracepción) sobre hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos en 2016, se constata que el grupo de mujeres jóvenes comprendidas entre 15 y 19 años tienen unas características específicas que las distinguen del resto de grupos de edad analizados. Las encuestadas refieren que cuando utilizan método

anticonceptivo en la primera relación sexual es el preservativo en casi la totalidad de los casos (97,6%), aunque un número importante contesta que tiene relaciones sexuales sin método anticonceptivo (11,8% con bastante frecuencia y 25,5% contesta que casi nunca tiene relaciones sin método anticonceptivo). Y de las que lo utilizan el 39,7% contestan que a veces no lo utilizan (uso inconsistente), y no siempre lo utilizan desde el comienzo de las relaciones sexuales, lo que nos alerta sobre el riesgo que tienen estos adolescentes de un embarazo no deseado.

Los métodos anticonceptivos que refieren que utilizan entre 15 y 19 años son, en primer lugar, el preservativo (27,4%), seguido de la píldora y otros hormonales (18,9%), el DIU (0,6%), el implante (0,6%) y naturales (0,6%). También llama la atención que refieren que la información sobre el método la obtienen en una mayoría (40,8%) de la familia y amigos y sólo en un 26,2% de los casos de personal sanitario; la gran mayoría son ellas mismas las que deciden por si solas iniciar el método anticonceptivo (60,8%) y sólo acuden a un profesional sanitario para que le asesore en anticoncepción el 30,9% de esta población.

Todos estos datos ponen de relieve que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con los adultos. Esto lo sitúa en una población de especial riesgo de embarazo no deseado. Y este riesgo es más importante si consideramos el grupo de menores de 15 años donde las consecuencias del embarazo, parto o IVE son mayores. La OMS alerta que a nivel mundial cada año tiene un parto 16 millones de chicas de 15 a 19 años (11% de todos los partos), un millón de ellas menores de 15 años. Los datos del Ministerio de Sanidad en España reflejan que en los últimos diez años en España han aumentado los IVE en menores de 15 años. Por ello es muy importante que los profesionales que atienden a las jóvenes tras un parto o que solicitan un IVE, médicos de familia, matronas o trabajadores sociales, realicen un consejo inmediato de anticoncepción tras IVE o parto, para de este modo evitar de nuevo situaciones de riesgo de embarazo no deseado.

Está clara la necesidad de establecer estrategias para abordar la anticoncepción en este grupo especialmente vulnerable. La OMS y los principales organismos internacionales recomiendan que para ser realmente eficaces se deben utilizar estrategias en distintos ámbitos de actuación :

- A nivel educativo: estableciendo programas de educación afectivo-sexual, que incluyan aspectos de sexualidad, de diversidad sexual, de respeto a los demás, de autoestima, de igualdad y prevención de la violencia y que favorezcan el conocimiento por parte de los adolescentes de la prevención de riesgos en las relaciones sexuales. Ya definidos en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y en los Pactos de Estado contra la violencia de Género de 2017, pero no desarrollados hasta la actualidad. En la Región de Murcia se está poniendo en marcha un proyecto de educación afectivo-sexual en los centros educativos, pendiente de organización e implantación.

- A nivel sanitario: En programas de atención al embarazo y a la interrupción seguros, para no exponerlas a más riesgos y en programas de prevención de embarazos, favoreciendo la anticoncepción efectiva en este colectivo vulnerable

Los adolescentes presentan unas características específicas en su relación con el profesional sanitario que hace necesario desarrollar ciertas habilidades de comunicación para conseguir el objetivo principal, que es que se responsabilicen de sus actos y tengan relaciones sexuales seguras, sin riesgos innecesarios.. Por ello en los adolescentes es muy importante el CONSEJO CONTRACEPTIVO dirigido específicamente a ellos, cuidando mucho la entrevista clínica, ofreciendo la gran variedad de métodos anticonceptivos que sean adecuados para ellos y teniendo en cuenta los aspectos ético-legales de la anticoncepción para menores de 16 años tras las últimas reformas legislativas.

## CONSEJO CONTRACEPTIVO A LOS ADOLESCENTES

Si queremos ser eficaces, el enfoque que los profesionales debemos dar respecto a la indicación y seguimiento de anticoncepción debe ser diferente del utilizado en adultos. Es necesario tener en cuenta aspectos específicos de la sexualidad y de la madurez en esta etapa de la vida que hace necesario el abordaje anticonceptivo desde una perspectiva integral y transversal adaptado a ellos.

Las recomendaciones que a continuación se desarrollan están basadas en el documento publicado por la Federación de planificación familiar (Parera N. 2012)

La maduración biológica de la adolescencia va acompañada del despertar sexual, sin embargo la maduración psicológica de su personalidad (control de impulsos, capacidad de decisión) es más lenta. Hay una primera etapa de la adolescencia en la que predomina el pensamiento concreto, que limita la capacidad de proyectarse y prever las consecuencias de los actos. Aunque la razón les diga que una conducta sexual concreta pueda entrañar riesgos, al mismo tiempo sienten que no les pasará a ellos, o que tendrán la capacidad de controlarlos. En esta etapa se sienten en posesión de la verdad. Es habitual en ellos el uso del pensamiento mágico u omnipotente para rechazar una realidad que no les gusta y actúan como si no les pudiera afectar. La evolución hacia el pensamiento abstracto y la adquisición de valores éticos amplían su capacidad para razonar y prever los efectos a medio y largo plazo de sus acciones y decisiones. Esta evolución les permite adquirir la capacidad necesaria para tomar decisiones más maduras y seguras en su vida afectiva y sexual, como el empleo de anticonceptivos. El problema es que muchas veces esto ocurre después de un periodo de tiempo, más o menos largo, de relaciones sexuales desprotegidas.

Por todo ello las estrategias de abordaje del uso de anticonceptivos en adolescentes deben tener en cuenta estos aspectos de índole biopsicosocial, relacionados con las fases del desarrollo de la adolescencia y con el entorno (mitos y creencias existentes). Igualmente han de considerarse los aspectos relacionadas con el acceso a los sistemas de salud y estrategias de los profesionales sanitarios para establecer vínculos con ellos, donde las habilidades de comunicación son esenciales.

De ahí que el consejo anticonceptivo se debe proporcionar desde varias áreas de actuación:

- Proactivo, acercando la educación a los adolescentes, a través de programas de Educación afectivo-sexual en las aulas donde se pueden trabajar el concepto de sexualidad saludable a la vez que las formas de prevención de riesgos asociados.
- A demanda: a través de la consulta del Médico de familia o matrona o ginecólogo en los centros sanitarios. En estos casos la empatía del profesional con los adolescentes es esencial para hacerles responsables de su propia vida sexual y reproductiva
- En puntos de atención a Jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva fuera del centro escolar y sanitario. Esto permite una atención a demanda, personalizada, confidencial y normalizada en horarios asequibles para ellos.

## **ENTREVISTA CLÍNICA Y PUNTOS CLAVE DEL CONSEJO CONTRACEPTIVO A ADOLESCENTES**

Las claves de la entrevista clínica con los adolescentes, para abordar la sexualidad y la anticoncepción, son:

- Construir un buen vínculo en la entrevista, que sienta que el profesional se interesa por sus problemas, le da confianza y se muestra dispuesto a ayudarlo sin paternalismos, asegurando la confidencialidad, todo lo posible.
- En esta entrevista es importante escuchar activamente sus demandas, empatizar, preguntar y esclarecer, dialogando sobre sexualidad y anticoncepción. Siempre considerando las emociones de los jóvenes, valorizando la persona, sin juzgar, criticar o culpabilizar, aunque nos describan conductas de riesgo (Parera N. 2013).
- La información sobre métodos anticonceptivos debe adecuarse y hacerse con un lenguaje claro y comprensible, explicando todos los métodos que podría utilizar. Es importante deliberar posteriormente sobre las decisiones tomadas a la vez que se favorece la comunicación con su pareja o con sus padres. Está demostrado una mayor adherencia al tratamiento cuando son ellos los que deciden el método anticonceptivo después de la deliberación.
- La gran mayoría de métodos anticonceptivos se pueden utilizar sin necesidad de ningún tipo de exploración ginecológica (salvo DIU) ni analítica, lo que simplifica mucho la atención anticonceptiva. Es importante darles información adecuada sobre la posibilidad de utilizar la Anticoncepción de Urgencia en determinadas situaciones y los lugares dónde la puede conseguir
- Es importante ofrecer disponibilidad para entrevistas posteriores que facilitarán la solución de dudas y efectos secundarios y mejorarán la adherencia y continuidad del método.



## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia se puede utilizar prácticamente todos los métodos anticonceptivos, individualizando para cada caso cuál es el más adecuado según las características del/a joven, sus relaciones sexuales, sus posibilidades de negociación, y otros beneficios no contraceptivos que tienen determinados métodos (Serrano Fuster, 2013).

Los principales requisitos de los métodos anticonceptivos en los adolescentes son:

- Deben ser reversibles y que no interfieran con el desarrollo físico.
- Fáciles de usar
- Adecuados a la actividad sexual y al modo de relación con la pareja
- De alta eficacia, ya que la adolescencia es la etapa más fértil de la vida
- Asequibles económicamente
- Protección frente a ITS, por ello es aconsejable del DOBLE MÉTODO

### PRESERVATIVO MASCULINO

El preservativo masculino es el más frecuentemente utilizado por los adolescentes, y sobre todo en las primeras relaciones sexuales, ya que no precisa supervisión médica, es relativamente barato y asequible.

Especialmente recomendables en la adolescencia porque también ofrecen protección ITS. El principal problema es que existe una gran diferencia entre la eficacia teórica (0,5-2% IP) y su eficacia real (8-15%), se ha descrito un uso inconsistente en el 15% de los adolescentes. Por lo tanto es importante que el/la adolescente conozcan realmente cómo se debe utilizar, que lo hagan en todas las relaciones sexuales y desde el principio de ellas, es recomendable

que los profesionales sanitarios no presupongan que lo saben utilizar y lo confirmen o lo refuercen si es el método anticonceptivo elegido.

Mejor asociarlos a otros métodos más eficientes (DOBLE MÉTODO). Si se utilizan solos se ha descrito fallos por mal uso. Además, es necesario que ambos miembros de la pareja estén motivados para utilizarlo y negocien su uso en toda relación sexual, lo que no es siempre fácil de asegurar. Así mismo es importante poner de relieve y eliminar los falsos mitos de que sólo se debe utilizar si tienen varias parejas o que produce menos placer.

El **preservativo femenino** es menos utilizado, tiene menor tasa de eficacia y peor cumplimiento por desplazamiento durante el coito, también mayor coste. Pero es importante recordar que bien utilizado evita las ITS.

## **ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA**

Los métodos anticonceptivos que combinan hormonas estrogénicas y gestágenos son el segundo método más utilizado por las adolescentes. Están especialmente indicados para este colectivo debido a su alta eficacia ya que presentan una serie de beneficios no anticonceptivos que los hacen de elección para muchas adolescentes (regularidad menstrual, disminución sangrado excesivo y de la anemia, disminución de dismenorrea y síndrome premenstrual, disminución de la incidencia de acné y mejoría del hirsutismo, disminución incidencia de EIP, quistes de ovario).

Las adolescentes, por su edad, suelen tener muy pocas contraindicaciones médicas para su uso (en la mayoría de casos son categoría 1 y 2 en los Criterios de Elegibilidad de la OMS).

Para su prescripción sólo se precisa una anamnesis orientada a descartar contraindicaciones (especialmente antecedentes familiares tromboembólicos en jóvenes) y toma de TA e IMC. No precisa exploración ginecológica.

Hay gran cantidad de presentaciones (**oral, parche, anillo vaginal**) y de pautas de administración (**discontinuas, continuas, flexibles**) que permiten la adaptación a cada usuaria según sus características personales y preferencias. Esto es muy importante tenerlo en cuenta para mejorar la adherencia al tratamiento y un buen cumplimiento. Aunque son métodos muy eficaces, las tasas de fallos de la anticoncepción hormonal combinada es más alta en las adolescentes que en las adultas (menor efectividad), posiblemente por el uso incorrecto que hacen de ella, sobre todo olvidos y comienzos tardíos del siguiente ciclo, además de discontinuidad con periodos sin toma de anticonceptivos.

Se han diseñado diversas estrategias para disminuir estos factores que hacen menos efectivos la anticoncepción hormonal combinada. Algunas de ellas son

- pautas anticonceptivas sin descansos (con blíster con 28 comprimidos para evitar el descanso y la toma tardía del siguiente ciclo),
- pautas con menor intervalo libre de hormonas (blíster con 24+4 ) que son menos sensibles a los olvidos
- pautas con reglas cada 3-4 meses o pautas flexibles, pudiendo elegir el momento de la regla
- inicio rápido o quickstart, sin esperar al primer día de regla sino comenzando el mismo día de la consulta, asegurándose que no hay embarazo y que utilizará preservativo en los 7 días siguientes al inicio
- otras vías de administración y pautas: los anillos combinados que son mensuales o los parches transdérmicos, que se trata de anticoncepción combinada con un recambio semanal.

## ANTICONCEPCIÓN SÓLO GESTÁGENO

Es la que mayor eficacia anticonceptiva presenta. El principal inconveniente son los cambios del patrón de sangrado, por lo que es muy importante que la adolescente esté muy bien informada sobre este aspecto y lo acepte. EL principal inconveniente es el sangrado irregular, con la posibilidad de sangrado frecuente, infrecuente, ausencia de sangrado, manchado intermenstrual, etc.

Hay varias presentaciones:

- **píldora solo gestágeno**
- inyectable intramuscular cada tres meses (puede producir disminución de la densidad mineral ósea por lo tanto es el menos indicado para adolescentes)
- **implante subcutáneo o DIU con levonorgestrel**, especialmente indicados para adolescentes los que tienen menor carga y son más pequeños, variando la duración de sus efectos de 3 ó 5 años (LARC)

### DIU con levonorgestrel (LARC)

De elevada eficacia anticonceptiva y sin necesidad de cumplimiento por parte de la adolescente (elevada efectividad).(Whitaker AK. 2008). La mayoría de estudios y de guías de práctica clínica lo recomiendan para la adolescencia por su alta efectividad.(Documentos de Consenso SEGO 2014. Anticoncepción de larga duración)

Especialmente recomendados los DIU que han salido hace poco al mercado que son más pequeños y con una duración de 3 ó 5 años.

Como inconvenientes principales tiene mayor tasa de retiradas precoces y de expulsión que en la población adulta. En esta población adolescentes, debido a las características de las relaciones sexuales, se ha definido un ligero mayor

riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica alrededor de la inserción, lo que ha hecho recomendar realizar un cultivo previo o simultáneo a su inserción.

Se pueden utilizar de Cobre. El problema es que aumentan el sangrado y la dismenorrea, y son de tamaño mayor.

## **IMPLANTE SUBCUTÁNEO (LARC)**

Se trata de una varilla con gestágeno (etonorgestrel) que se inserta en la cara anterior del brazo, con una duración de 3 años. Es el anticonceptivo que mayor eficacia y efectividad anticonceptiva tiene. Como anticoncepción sólo gestágeno evita la dismenorrea. El mayor inconveniente es el cambio en el patrón menstrual, del que hay que informar a la adolescente y debe asumir antes de su inserción.

Tanto la OMS, como numerosas guías de práctica clínica han señalado en los últimos años a los LARC (DIU e Implantes) como métodos anticonceptivos de primera línea para adolescentes ya que se ha demostrado con estudios como el Choice que se consigue una disminución de embarazos no deseados y de Interrupciones de Embarazo (IVE) debido sobre todo a su alta efectividad.

Debe de formar parte de los métodos anticonceptivos que se informan en el Consejo Contraceptivo que se realiza a los adolescentes

## **DOBLE MÉTODO**

Es el uso simultáneo del preservativo y de otro método de alta eficacia anticonceptiva (píldora, implante, DIU,..)

El doble método está especialmente indicado en esta etapa de la vida ya que ofrece una buena eficacia anticonceptiva a la vez que una protección frente a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH.

Precisa de alta motivación, y es muy importante el refuerzo que deben hacer los profesionales sanitarios.

## **MÉTODOS NATURALES**

No son recomendados para esta edad por la baja eficacia anticonceptiva, no protección frente a ITS y por ser de uso complejo, no siempre adaptado a las características de las relaciones sexuales de los adolescentes y de la fisiología femenina en esta etapa de la vida, con ciclos irregulares.

Los profesionales sanitarios deben advertir de la alta tasa de fallos

## **ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA**

Debe ser conocida para que los adolescentes la utilicen cuando sea necesaria, como una segunda oportunidad. Recordadles siempre que sea posible que no son métodos anticonceptivos sólo en el caso de urgencia. Hay dos compuestos:

Comprimido de Levonorgestrel, que desde 2009 es de dispensación libre en farmacias sin receta médica, que está indicada para coito no protegido hasta un máximo de 72 horas

Acetato de Ulipristal, con receta médica, que está indicada para coito no protegido hasta 120 horas

## **ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MENORES DE 16 AÑOS**

Es importante tener en cuenta los aspectos éticos y legales que giran alrededor de la prescripción de anticoncepción a los menores de edad, considerando la normativa legal actual y el hecho de que se trata de un acto médico dirigido a prevenir el riesgo de un embarazo no deseado. No hay normas establecidas de actuación en todos casos, por lo que se trata de recomendaciones que hay que individualizar según el caso y pueden tener distintas interpretaciones.

En España la mayoría de edad civil es a los 18 años, en virtud de lo establecido en la Constitución Española de 1978.

A nivel sanitario la Ley básica de autonomía del Paciente ( Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ) establece que la edad para consentir una asistencia sanitaria es de 16 años, por debajo de esta edad el menor podrá tomar sus decisiones si, a juicio del facultativo, es capaz intelectualmente y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención (Doctrina del Menor Maduro). Sin embargo cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión de este último.

Estos criterios generales tienen excepciones en situaciones concretas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los menores: en el caso de IVE, participación en ensayos clínicos y acceso a tratamientos de reproducción humana asistida, que para consentir requiere tener 18 años de edad.

Hasta el año 2015 la edad para el consentimiento válido para las relaciones sexuales estaba en 13 años. En el año 2015 se introdujeron modificaciones legales importantes para prevenir y luchar contra los abusos sexuales, la

explotación sexual de los menores y la pornografía infantil (Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modificó la Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE nº. 77, de 31 de marzo de 2015). Entre las novedades más relevantes destaca la elevación de la edad del consentimiento sexual a los 16 años.

Según el Código Penal, el que realizare actos de carácter sexual con **un menor de dieciséis años**, será castigado como responsable de abuso sexual, si bien el consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por dicho delito, cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez.(art. 183 y siguientes del CP)

Esta circunstancia, genera al profesional sanitario, al que acude una menor de 16 años para solicitar anticoncepción por tener relaciones sexuales, un dilema ético-legal no siempre fácil de gestionar (Abellán- García, 2016). En estos casos es muy importante realizar una minuciosa anamnesis, descartando que en ningún caso haya un abuso sexual, como una relación no consentida o con una persona no próxima en edad o grado de madurez, en cuyo caso nos haga sospechar que nos encontramos ante un hecho delictivo y por tanto debemos ponerlo en conocimiento de sus padres o tutores legales o bien de la autoridad judicial.

Sin embargo en la mayoría de casos se tratará de relaciones consentidas con personas próximas en edad o grado de madurez, en cuyo caso debe prevalecer la doctrina del menor maduro (y así se debe reflejar en la historia clínica la valoración de esta madurez) y por tanto proceder a instaurar el tratamiento anticonceptivo considerando válido el consentimiento de la menor y preservando, si así lo desea, la confidencialidad y la intimidad. Es importante no incurrir en desatención y dejarla sin un tratamiento preventivo que puede prevenir un mal mayor como es un embarazo no deseado. En caso de duda o de no poder recabar esta información sobre la situación en la que se encuentra



la menor por parte del profesional, debe informar a los padres, dando la opción a la menor a que acuda con ellos, y si se considera una situación grave (posible abuso sexual) comunicarlo a la autoridad judicial, que es la competente para determinar si hay o no delito.

Cualquiera que sea la situación que se produzca y las decisiones tomadas todas las actuaciones de los profesionales sanitarios deben quedar minuciosamente reflejadas en la Historia Clínica.

