

Protocolo de anticoncepción

Bonacho Paniagua, I

Centro de Orientación Familiar. A Coruña

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 142-164

CONTENIDO

Introducción

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL (AH)

Requisitos para la prescripción

Anticoncepción Hormonal Combinada (AHC)

Clasificación

Contraindicaciones

Características comunes

- 1- Normas de uso
 - 2- Ciclo menstrual y anticoncepción hormonal combinada
 - 3- Efectos secundarios
 - 4- Control de efectos secundarios
 - Cefalea
 - Inapetencia sexual/nerviosismo/Irritabilidad
 - 5- Interacción con medicamentos
 - 6- Anticoncepción hormonal y alteraciones analíticas
- 1- Anticoncepción oral combinada (AOC)
 - 1- Criterios de elección
 - 2- Elección de AOC
 - 3- Normas de uso
 - 4- Control de efectos secundarios
 - Sangrados
 - Hemorragia por disrupción
 - Ausencia de hemorragia por privación
 - 5- Información que debe recibir la usuaria de este método
 - 2- Parche transdérmico (Eвра®)
 - 1- Normas de uso
 - 2- Control de efectos secundarios
 - 3- Información que debe recibir la usuaria de este método
 - 3- Anillo vaginal (Nuvaring®)
 - 1- Normas de uso
 - 2- Control de efectos secundarios
 - 3- Información que debe recibir la usuaria de este método
 - 4- Anticoncepción inyectable combinada (AIC) (Topasel®)
 - 1- Normas de uso
 - 2- Control de efectos secundarios
 - 3- Información que debe recibir la usuaria de este método

Anticoncepción hormonal de progestágeno solo

Clasificación

Contraindicaciones

Características comunes

- 1- Normas de uso
 - 2- Ciclo menstrual y anticoncepción de progestágeno solo
 - 3- Efectos secundarios
 - 4- Control de efectos secundarios
 - 5- Interacción con medicamentos
 - 6- Alteraciones analíticas y Anticoncepción hormonal
- 1- Píldora de progestágeno solo (PPS) (Cerazet®)
 - 1- Normas de uso
 - 2- Información que debe recibir la usuaria de este método
 - 2- Inyectable de progestágeno solo (IPS)(Depo-progevera 150®)
 - 1- Normas de uso
 - 2- Control de efectos secundarios
 - 3- Información que debe recibir la usuaria de este método
 - 3- Implante subdérmico
 - 1- Normas de uso
 - 2- Control de efectos secundarios
 - 3- Información que debe recibir la usuaria de este método

RELACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA O POSTCOITAL

Anamnesis

Tratamiento

Información y asesoramiento que debe recibir la usuaria

Datos de interés

Anticoncepción postcoital en usuarias de anticoncepción hormonal

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Requisitos previos a la inserción

Tipos de DIU

Contraindicaciones

- 1- Normas de uso
- 2- Efectos secundarios
- 3- Control de efectos secundarios
 - Metrorragia
 - Hipermenorrea
 - Dismenorrea
- 4- Control de complicaciones
 - Expulsión
 - Colonización por Actinomyces
 - Embarazo

5- Información y asesoramiento que debe recibir la usuaria de este método

ANTICONCEPCIÓN POSTABORTO Y POSTPARTO CONTROLES PERIÓDICOS DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

L@s profesionales que atienden una demanda de anticoncepción:

- Deben facilitar que las personas tomen una decisión informada del método anticonceptivo dando una Información

completa y actualizada de las alternativas anticonceptivas existentes.

- Deben elaborar una Historia clínica que incluya en la anamnesis datos gineco-obstétricos, datos aniconceptivos y datos afectivo-sexuales.

Deben formularse las siguientes preguntas:

- ¿Qué método prefiere la mujer?
- ¿Existen razones médicas que contraindiquen el método elegido?
- ¿Existen otras razones, no médicas que hagan pensar que el método elegido no es el adecuado?

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

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (AHC)			
Clasificación de los anticonceptivos hormonales combinados según la vía de administración			
Vía de administración	Nombre comercial	Pauta de administración	Precio euros / SS
Oral (píldora)	Varios	Diaria	Variado
Transdérmica (parche)	Evra	Semanal	14,50
Vaginal (anillo)	Nuvaring	Mensual	12,80
IM (inyectable)	Topasel	Mensual	3,20 / SS

Contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales combinados	
Contraindicaciones Absolutas	Contraindicaciones Relativas
<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia < 6 semanas post-parto - Mayor de 35 años y fumadora de más de 15 cigarrillos/día - Hipertensión moderada o severa (>160/100 mm Hg) - Hipertensión con enfermedad vascular - Diabetes con complicaciones vasculares incluso HTA - Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar pasados o actuales - Antecedente de enfermedad cerebrovascular - Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada - Enfermedad cardíaca valvular complicada - Cirugía mayor que precise inmovilización prolongada - Migraña focal - Migraña sin síntomas focales en mujer mayor de 35 años - Tumor maligno de mama - Tumor hepático (benigno o maligno) - Cirrosis severa - Enfermedad hepática aguda 	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia 6 semanas – 6 meses post-parto - Hipertensión moderada (140-159/90-99 mm Hg) - Historia de hipertensión sin posibilidades de control - Hiperlipidemia conocida asociada a factores de riesgo vascular - Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA) - Mayor de 35 años y fumadora de menos de 15 cigarrillos/día - Migraña sin síntomas focales en mujer menor de 35 años - Enfermedad sintomática del tracto biliar - Enfermedad hepática crónica

Características comunes de los anticonceptivos hormonales combinados				
1- NORMAS DE USO				
Normas de uso	AOC	EVRA (Parche)	NUVARING (anillo vaginal)	TOPASEL (AIC)
Inicio	1º día de regla			7º-8º día de regla
Momento del día que se administra	Mañana, mediodía o noche			Indiferente
Pauta	Diaria	Semanal	Mensual	Mensual
Descanso	7 o 6 días	7 días		NO
Hemorragia por privación	En descanso o con comprimidos placebo	Endescanso		SI
Inicio envases sucesivos	Al 8º día si hay descanso Ininterrumpido si hay comprimidos placebo. Al 7º día si Gracial	Después de 7 días sin parche o sin anillo Comenzar siempre el mismo día de la semana		7º-8º día de regla
Presentación por ciclo	21, 22 o 28 comp./mes	3 parches/mes	1 anillo/mes	1 amp/mes

Comienzo con el método en situaciones especiales:

Si la mujer presenta amenorrea se comienza con la anticoncepción hormonal combinada en cualquier momento. Hay que descartar antes un posible embarazo y utilizar otro método (preservativo) durante 7 días.

Si cambia de un anticonceptivo hormonal a otro se debe iniciar el ciclo según muestra el siguiente cuadro.

Inicio de la anticoncepción hormonal cuando se cambia de preparado

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

Uso incorrecto, el siguiente cuadro describe las situaciones de uso incorrecto que obligan a utilizar otro método durante 7 días.

Uso incorrecto	AOC	EVRA	NUVARING	TOPASEL
Retraso al empezar con el método	> 5 días	>1 día		> 8 días
Retraso al comenzar el siguiente ciclo	> 9 días	> 7 días	> 8 días	> 3 días
Tiempo sin método durante el ciclo	Olvido 2 días	>1 día sin parche	>3 horas sin anillo	
		> 2 días de retraso en cambiar un parche por otro		

2- CICLO MENSTRUAL Y ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

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

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

3- EFECTOS SECUNDARIOS

Aparecen principalmente durante los tres primeros meses.

- Náuseas, vómitos
- Mareos.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Sangrados y/o hemorragia por disrupción.
- Ausencia de hemorragia por privación.
 - Inapetencia sexual.
 - Alteración del carácter.

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

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

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

4- CONTROL DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

CEFALEA

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

INAPETENCIA SEXUAL/ ALTERACIÓN DEL CARÁCTER

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

5- INTERACCIONES CON MEDICAMENTOS

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

Medicamentos	AOC	AIC	EVRA	NUVARING	PPS	IPS	IMPLANTE SUBDÉRMICO
Anticonvulsivantes:							
Hidantoína*			SI			NO	SI
Barbitúricos*			SI			NO	SI
Primidona*			SI			NO	SI
Carbamazepina*			SI			NO	SI
Topiramato*			SI			NO	SI
Felbamato*			SI			NO	SI
Rifampicina*			SI			NO	SI
Rifabutin*			SI			NO	SI
Troglitazona*			SI			NO	SI
Griseofulvina*			SI			NO	SI
Modafinil*			SI			NO	SI
Hypericum perforatum*		SI			¿?	¿?	¿?
Flunarizina			SI			NO	SI
Ritonavir*			SI			NO	SI
Penicilina y derivados**	SI		SI		SI	NO	NO
Tetraciclinas**	SI		SI		SI	NO	NO

*interacción por inducción de las isoenzimas del citocromo P450

**interacción por alteración enterohepática

En el caso de los medicamentos que actúan por inducción, se debe utilizar otro método anticonceptivo coincidiendo con la toma y durante el mes siguiente a terminar el tratamiento.

En el resto:

Se debe utilizar otro método anticonceptivo coincidiendo con la toma y durante los siete días siguientes. En el caso de que se prolongue el tratamiento más de 15 días no es necesario utilizar otro método anticonceptivo.

6- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y ALTERACIONES ANALÍTICAS

1- Si se produce una alteración del perfil lipídico hay que tener en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y seguir el siguiente protocolo:

Cifras de LDL	Edad /años		Factores de riesgo	Anticoncepción Hormonal Combinada
	<35	>35		
<130	SI	SI	0	INDICADA
130-160	SI		2 o más	INDICADA+DIETA
130-160		SI	0 -1	INDICADA + DIETA
160-189	SI		0 - 1	INDICADA+DIETA (control 4-6 meses)
160-189		SI		CONTRAINDICADA
>190				CONTRAINDICADA
En general				
>35 años con dos o más factores de riesgo				CONTRAINDICADA
Factores de riesgo				
- Historia familiar de enfermedad coronaria prematura - Tabaquismo - Diabetes - Enfermedad cardiovascular - HTA - Obesidad - HDL <35				

2- Si cifras de triglicéridos elevadas

500-1000 mg/dl → SUSPENDER AHC
> 1000 mg/dl. → SUSPENDER AHC
Origen endógeno → CONTRAINDICADA AHC

3- Si cifras elevadas de transaminasas

Suspender AHC Investigar la causa Iniciar la AHC pasado el proceso
--

1- ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA (AOC)

1- Criterios de elección

- Dosis de Etinilestradiol (EE) que contiene el preparado.
- Tipo de gestágeno que contiene el preparado.
- Precio.

a) Dosis de Etinilestradiol:

La evidencia científica disponible actualmente no muestra diferencias significativas entre los preparados de 30µg, 20µg y 15µg de etinilestradiol.

Con los preparados de 15µg de etinilestradiol el control del ciclo es peor.

Teniendo esto en cuenta la elección se debe realizar indistintamente entre preparados de 30µg y 20µg (ver cuadro de anticonceptivos orales combinados).

b) Tipo de Gestágeno:

El gestágeno levonorgestrel (2ª generación) es el que cuenta con más información de seguridad.

El gestágeno Drospirenona es nuevo en el mercado, tiene una acción antiminerlocorticoide que se manifiesta en un leve efecto diurético.

El acetato de ciproterona es un potente bloqueador del receptor androgénico y por tanto eficaz en casos de acné, hirsutismo e hipertriosis.

Nombre comercial	Dosis de EE/µg	Tipo de gestágeno	Precio euros	Tipo de ciclo	Presentación de comprimidos
Gracial	40/30	3ª generación	8,74	Combifásico	22 comp. activos
Diane35	35	Acetato de ciproterona	4,97	Monofásico	21 comp. activos
Diane35 diario / SS			5,92		21 comp. activos + 7 comp. placebo
Triciclor	30	2ª generación	5,27	Trifásico	21 comp. activos
Triagynon			5,50		
Gynovin		3ª generación	Monofásico	6,70	
Minulet				7	
Microdiol				6,99	
Trigynovin				6,70	
Triminulet		7	Trifásico		
Yasmin		Drospirenona		9,97	
Loette	20	2ª generación	10,55	Monofásico	
Suavuret		3ª generación	7,99		
Harmonet			7,99		
Meliane			9		
Minesse			3ª generación		9,89
Melodene-15	9,97	24 comp. activos + 4 comp. placebo			

2- Elección de la anticoncepción oral combinada

Comienza por primera con el método:	
- Mujer < 20 años: Preparados de 30µg de EE. Dosis menores de estrógeno podrían afectar al desarrollo de un adecuado pico de masa de ósea.	
- Mujer ≥ 20 años: seguir criterios de elección	
- Mujer con acné, hirsutismo y/o hipertricosis: Diane35 diario.	
Remitido el proceso	→ suspender Diane35 (3 – 4 meses).
Si recurrencia del cuadro	→ iniciar tratamiento con Diane35.
Usuaría actual:	
- Si toma AOC >30µg de EE	→ cambiar de preparado siguiendo los criterios de elección.
- Si toma AOC ≤/ = 30 µg tiene buena tolerancia	→ Continuar con ese preparado.
Antigua usuaria:	
- Prescribir un preparado distinto al que tomaba, si tenía efectos secundarios con él.	

3- NORMAS DE USO

Se comienza con la píldora el primer de la regla.

Se debe elegir el mismo momento del día para tomarla (mañana, mediodía o noche).

Toma diaria y descanso 6 o 7 días dependiendo del preparado.

El siguiente envase se comienza a los 7 u 8 días de haber terminado el anterior, si no tiene comprimidos placebo, o después de los comprimidos placebo si es un preparado que los tiene.

Excepciones al uso habitual:

- 1- Se puede comenzar a tomar la píldora por primera vez en los primeros 5 días del ciclo.
- 2- Se puede retrasar el comienzo del siguiente envase un día (9º día), si el retraso es de 2 o más días utilizar otro método (preservativo) durante 7 días.

Si se cambia a un preparado de menos dosis de EE informar a la usuaria de la aparición de sangrados intermenstruales o ausencia de hemorragia por privación sobre todo durante los tres primeros ciclos.

4- CONTROL DE EFECTOS SECUNDARIOS

Cefalea, irritabilidad, inapetencia sexual están descritas en características comunes de los anticonceptivos hormonales combinados.

Alteraciones del ciclo

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

Sangrado= sangrado esporádico y escaso, lo refiere la mujer como "flujo sanguinolento" también llamado "spotting".

Hemorragia por disrupción= Sangrado que lo describen en cantidad similar a una menstruación.

Ausencia de hemorragia por privación = coincidiendo con los 6,7 días de descanso o con la toma de las píldoras placebo.

Debemos conocer:

- 1- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando.
 - ¿Ha realizado la toma diariamente?
 - ¿Ha habido olvidos durante el ciclo?
 - ¿Ha habido vómitos y/o diarrea durante el ciclo?
 - ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?
- 2- El tiempo que lleva tomando la píldora.
 - Durante los tres primeros meses o después de un tiempo de estar tomando la píldora están justificados.
- 3- El preparado que toma.
 - Con los preparados de 15µg y 20µg de EE pueden ser más frecuente, sobre todo durante los tres primeros meses.

4- La frecuencia con la se presenta este efecto secundario.

Se debe actuar de la siguiente manera:

- 1- Si existen situaciones de riesgo de embarazo y no se produce la hemorragia por privación en ese ciclo hay que hacer un test de embarazo y suspender la AOC.
- 2- Si ocurren durante los tres primeros meses y sobre todo con preparados de 15 y 20µg de EE hay que tranquilizar a la usuaria.
- 3- Si no hay riesgo de embarazo y es poco frecuente hay que tranquilizar a la mujer.
- 4- Si no hay riesgo de embarazo y es frecuente hay que cambiar de preparado:
 - Cambiar a preparados de dosis mayor de etilnilestradiol
 - Si le ocurre con preparados de 30µg de EE, cambiar a un preparado de gestágeno diferente o cambiar a Gracial.

Si a pesar del cambio de preparado, persisten los sangrados y la hemorragia por disrupción, es necesario plantearse un estudio ginecológico y valorar la indicación de la anticoncepción hormonal.

Si la ausencia de hemorragia por privación ocurre por 2ª vez consecutiva hay que suspender la AOC.

Cuando se suspende la AOC se puede:

- Esperar una menstruación espontánea o
- Provocar una menstruación con Ovoplex o Neogynona 2 /12 h /2 días.

En la hemorragia por privación que ocurre en el plazo de 3 semanas debe hacerse el cambio de preparado.

5- Información que debe recibir la usuaria de este método

Cuándo debe comenzar por primera vez.

Momento del día que debe tomarla.

Comienzo de los siguientes envases.

Cuando ocurrirá la hemorragia por privación.

Información de los efectos secundarios más comunes.

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

2- PARCHES TRANSDÉRMICO (EVRA®)

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

Libera diariamente 20 µgr de EE y 150 µgr de NGMN.

1- Normas de uso

- El primer día de la regla se coloca el parche presionando sobre la piel sana, limpia, intacta, seca, sin vello ni cremas de las siguientes zonas anatómicas:
Nalgas Brazo Hombro Abdomen
- Se cambia el parche cada 7 días coincidiendo siempre en el mismo día de la semana, hasta un total de 3 parches por ciclo.
- Se quita el último parche y se deja una semana de descanso.

- Pasados 7 días de descanso se coloca un nuevo parche para iniciar otro ciclo.
- Siempre coincidirá la colocación y la retirada del parche el mismo día de la semana.
- Los parches siguientes se colocaran en diferente sitio sin que sea necesario cambiar la zona anatómica.

Excepciones al uso habitual:

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

2- Control de los efectos secundarios

Alteraciones del ciclo

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

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

1- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando.

¿Ha comenzado el ciclo en el día correcto?

¿Ha estado sin parche más de 1 día durante el ciclo?

¿Ha retrasado el cambio de un parche por otro más de 2 días?

¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?

2- El tiempo que lleva utilizando el método.

- Recordar que es más frecuente en los 3 primeros meses.

Se debe actuar de la siguiente manera:

- 1- Si existe riesgo de embarazo y no ha habido hemorragia por privación en la semana de descanso, hay que hacer test de embarazo y suspender la anticoncepción.
- 2- Si no existe riesgo de embarazo, es poco frecuente y ocurre en los tres primeros meses hay que tranquilizar a la mujer.
- 3- Si los sangrados intermenstruales o la hemorragia por disrupción persisten y resultan molestos cambiar de método hormonal.

Reacción local

Si se produce reacción local en la zona de aplicación, cambiar de zona y si persiste valorar otra vía de administración.

3- Información que debe recibir la usuaria de este método

Cuándo debe comenzar por primera vez.

Donde debe colocarse el parche.

Cuándo debe realizar el cambio del parche.

Cuándo ocurrirá la hemorragia por privación.

Cuándo debe comenzar los siguientes ciclos.

Informar de los efectos secundarios más comunes.

¿Qué hacer en caso de?	
Situaciones	Actuación
Se despegga el parche durante \leq 24 horas.	Se pega el actual o se cambia por otro.
Se despegga el parche durante $>$ 24 horas.	Se pone uno nuevo y se comienza un nuevo ciclo utilizando otro método 7 días.
Se retrasa el cambio del parche \leq 48 horas.	Colocar uno nuevo.
Se retrasa el cambio del parche $>$ 48 horas.	Se pone uno nuevo y se comienza un nuevo ciclo utilizando otro método 7 días.
Retraso en el inicio del ciclo.	Poner el parche en ese momento y utilizar otro método 7 días.
Retraso en quitar el último parche.	Quitarlo y respetar el día de inicio del ciclo.
Toma de medicamentos	Informar @l medic@ para que descarte interacciones.

3- ANILLO VAGINAL (NUVARING®)

Contiene 2,7 mg de etinilestradiol y 11,7 mg de etonogestrel. Libera diariamente en vagina 15 mg de etinilestradiol y 120 mg de etonogestrel.

1- Normas de uso

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

Excepciones al uso habitual:

- Se puede prolongar el uso del anillo 2 días de las tres semanas establecidas.
- No deben de pasar más de 8 días sin anillo.

2- Control de los efectos secundarios

Alteraciones del ciclo

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

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

- 1- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando.
 - ¿Ha colocado el anillo el día que le correspondía durante el ciclo?
 - ¿Ha estado sin anillo más de 3 horas durante el ciclo?
 - ¿Ha retrasado la extracción del anillo más de 2 días durante el ciclo?
 - ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?
- 2- El tiempo que lleva utilizando el método.
 - Recordar que es más frecuente en los 3 primeros meses.

Se debe actuar de la siguiente manera:

- 1- Si existe riesgo de embarazo y no ha habido hemorragia por privación en la semana de descanso, hay que hacer test de embarazo y suspender la anticoncepción.
- 2- Si no existe riesgo de embarazo, es poco frecuente y ocurre en los tres primeros meses hay que tranquilizar a la mujer.
- 3- Si los sangrados intermenstruales o la hemorragia por disrupción persisten y resultan molestos cambiar de método hormonal.

Relacionados con la vía de administración

- sensación de cuerpo extraño.
- problemas en el coito.
- expulsión.

Si se produce sensación de cuerpo extraño, problemas en el coito valorar otra vía de administración.

3- Información que debe recibir la usuaria de este método

Cuándo debe ponerse el anillo por primera vez.

Dónde debe colocarse el anillo.

Cuándo debe extraerlo.

Cuándo ocurrirá la hemorragia por privación.

Cuándo debe comenzar el siguiente ciclo.

Informar de los efectos secundarios más comunes.

¿Qué hacer en caso de?	
Situaciones	Actuación
Retraso de inicio del ciclo	Poner el anillo en ese momento y utilizar otro método 7 días.
Más de 3 horas sin anillo	
Retraso > 2 días en retirar el anillo	Retirarlo en ese momento y respetar el día de inicio del ciclo
Toma de medicamentos	Informar @l medic@ para que descarte interacciones

4- ANTICONCEPCIÓN INYECTABLE COMBINADA (AIC) (TOPASEL®)

Esta vía de administración es especialmente útil en caso de existir dificultades para el cumplimiento de los otros anticonceptivos hormonales combinados.

Topasel, presentación 1 y 3 ampollas. Cobertura SS.

1- Normas de uso:

- Inyección IM el 7º u 8º día de la menstruación.
- Administración mensual.

Excepciones al uso habitual:

- Se puede poner la inyección 3 días antes o 3 días después del día que le corresponde.

2- Control de efectos secundarios

Alteraciones del ciclo

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

1- Si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando.

¿Le han puesto la inyección el día correcto del ciclo?

¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?

2- El tiempo que lleva utilizando el método.

- Recordar que es más frecuente en los 3 primeros meses.

Se debe actuar de la siguiente manera:

- 1- Si existe riesgo de embarazo y no ha habido hemorragia por privación, hay que hacer test de embarazo y suspender la anticoncepción.
- 2- Si no existe riesgo de embarazo, es poco frecuente y ocurre en los tres primeros meses hay que tranquilizar a la mujer.
- 3- Si los sangrados intermenstruales o la hemorragia por disrupción persisten y resultan molestos cambiar de método hormonal.

3- Información que debe recibir la usuaria de este método

Cuándo debe comenzar con el método por primera vez.

Cuándo debe ponerse la inyección los siguientes meses.

Informar de los efectos secundarios más comunes.

¿Qué hacer en caso de?	
Situaciones	Actuación
Retraso de la reinyección >3 días	Poner la inyección y utilizar otro método durante 7 días.
Toma de medicamentos	Informar @l medic@ para que descarte interacciones.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE PROGESTÁGENO SOLO

Clasificación de los anticonceptivos hormonales de progestágeno solo por la vía de administración

Vía de administración	Nombre comercial	Pauta de administración	Precio euros/SS
Oral (Píldora)	Cerazet	Diaria	6,14/SS
IM (Inyectable)	Depo-progevera 150	Trimestral	2,55/SS
Subdérmica (Implante)	Implanon/Jadelle	3 años/5 años	162,09/SS*
Intrauterino (DIU)	Mirena	5 años	168,54**

*Cobertura SS Jadelle.

**Lo suministra la farmacia del hospital de referencia en algunos centros.

Contraindicación Absoluta	Contraindicaciones Relativas
Tumor maligno de mama	Lactancia < 6 semanas post-parto Tumor hepático (benigno o maligno) Enfermedad hepática aguda Cirrosis severa Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual Enfermedad isquémica coronaria pasada o actual Historia de accidente cerebrovascular Migraña focal
	Contraindicaciones que afectan al inyectable de progestágeno solo
	Hipertensión severa (>160/100 mm Hg) Hipertensión con enfermedad vascular Diabetes con complicaciones vasculares Sangrado vaginal pendiente de evaluación Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA)

Características comunes de los anticonceptivos hormonales de progestágeno solo

Son útiles en caso de contraindicaciones o intolerancia al componente estrogénico de los preparados combinados.

1- Normas de uso

Normas de uso	CERAZET (PPS)	DEPOPROGEVERA (IPS)	IMPLANON	JADELLE
			Implantes subdérmico	
Inicio	1º día de la regla	5º día de la regla	1º-5º día de la regla	1º-7º día de la regla
Momento del día que se administra	Mañana, mediodía o noche	Indiferente	Indiferente	
Pauta	Diaria	Trimestral	Trienal	Quinquenal
Descanso	NO	NO	NO	
Patrón de sangrado	Sangrado irregular e impredecible Sangrado prolongado Tendencia a la amenorrea			
Envases sucesivos	Toma continua	Cada 3 meses	Cada 3 años	Cada 5 años
Presentación	28 comp./mes	1 amp/ 3 meses	1 implante/ 3 años	2 implante/ 5 años

Comienzo del método en situaciones especiales:

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

El cambio de un método hormonal a otro está descrito en características comunes de los anticonceptivos hormonales combinados.

Uso incorrecto, el siguiente cuadro describe las situaciones de uso incorrecto que obligan a utilizar otro método durante 7 días.

Uso incorrecto	Cerazet	Depo-progevera	Implanon	Jadelle
Retraso al empezar con el método	>1 día	>5 días	>5 días	>7 días
Retraso al comenzar el siguiente ciclo		> 15 días		
Tiempo sin método	>12 horas			

2- Ciclo menstrual y Anticoncepción de Progestágeno Solo

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

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

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

3- Efectos secundarios

Suelen ser más frecuentes en los primeros meses.

- Cefalea
- Tensión mamaria
- Náuseas
- Acné
- Hirsutismo
- Alteraciones del carácter

4- Control de los efectos secundarios

Los cambios en el patrón de sangrado si no son aceptados, obligan a cambiar de método anticonceptivo.

Recordar que durante los tres primeros meses es más frecuente.

Si se diagnostica migraña sin síntomas focales hay que vigilar:

- Aumento de los síntomas
- Cambios del patrón clínico

Suspender la anticoncepción si aparecen síntomas focales.

5- Interacciones con medicamentos

Ver cuadro de interacciones en características comunes de la anticoncepción hormonal combinada.

6- Alteraciones analíticas y Anticoncepción de Progestágeno Solo

Si cifras de transaminasas elevadas

Suspender AH Investigar la causa Iniciar la AH pasado el proceso
--

1- PÍLDORA DE PROGESTÁGENO SOLO (PPS) (CERAZET®)

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

1- Normas de uso

Debe comenzar el primer día de la menstruación.

Debe tomar 1 comprimido de Cerazet, diariamente, de forma ininterrumpida.

Debe elegir el mismo momento del día para tomar la píldora.

2- Información que debe recibir la usuaria de este método

Cuándo debe comenzar por primera vez.

Como debe tomar la píldora.

Momento del día que debe tomarla.

Informar de los cambios del patrón de sangrado.

Informar de los efectos secundarios más comunes.

¿Qué hacer en caso de?	
Situaciones	Actuación
Olvido >12 horas	Tomar la píldora olvidada y utilizar otro método (preservativo) durante dos días.
Vómito ≤ 1 hora	Tomar otra píldora (existe el riesgo de haber expulsado la píldora con el vómito).
Vómitos severos > 12 horas	Suspender la anticoncepción hasta que cese el proceso.
Diarrea severa > 12 horas	Suspender la anticoncepción hasta que cese el proceso.
Toma de medicamentos	Informar @l medic@ para que descarte interacciones.
Si ocurre alguna circunstancia de las citadas anteriormente y no ha utilizado otro método, hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso.	

2- INYECTABLE DE PROGESTÁGENO SOLO (IPS) (DEPO-PROGEVERA 150®)

- Depo-progevera 150 mg., presentación de 1 ampolla. Cobertura SS.

1- Normas de uso

- Inyección IM el 5º día de la menstruación.
- Administración trimestral.

Excepciones al uso habitual:

- Se puede poner la inyección 15 días antes o 15 días después del día que le corresponde.

2- Control de Efectos Secundarios

- Al suspender este método no es raro que se produzca un retraso en el inicio de los ciclos siguientes.
- Con este método se puede producir un aumento ligero de peso.

3- Información que debe recibir la usuaria de este método

Cuándo debe comenzar por primera vez.

Cuándo debe ponerse las siguientes inyecciones.

Informar de los cambios del patrón de sangrado.

Informar de los efectos secundarios más comunes

¿Qué hacer en caso de?	
Situaciones	Actuación
Retraso >15 días en la inyección.	Ponerla y utilizar otro método anticonceptivo durante 7 días.
Se desconoce el tiempo transcurrido desde la última inyección	Descartar embarazo, poner inyección y utilizar otro método 7 días.
Si ocurre alguna circunstancia de las citadas anteriormente y no ha utilizado otro método, hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso.	

3- IMPLANTE SUBDÉRMICO

IMPLANON®

Una varilla que contiene 68mg. de etonogestrel, gestágeno de 3ª generación. La tasa de liberación del etonogestrel varía de 70mg a 25mg día desde el día de la inserción hasta el final del tercer año.

Implanon®, implante subdérmico, duración 3 años.

JADELLE®

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

Jadelle®, implantes subdérmicos, duración 5 años

1- Normas de uso

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

2- CONTROL DE EFECTOS SECUNDARIOS

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

3- Información que debe recibir la usuaria de este método

Cuándo le deben colocar el implante.

Donde se le coloca.

Tiempo de duración.

Informar de los cambios del patrón de sangrado.

Informar de los efectos secundarios más comunes.

Informar de las complicaciones de la inserción:

- . hematoma local
- . dolor local
- . irritación local

¿Qué hacer en caso de?	
Situaciones	Actuación
Toma de medicamentos	Informar @l medic@ para que descarte interacciones.
Si ocurre esta circunstancia y no ha utilizado otro método, hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso.	

RELACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

A) Anticonceptivos orales combinados

1- Preparados que contienen 50 µg de Etinilestradiol

Nombre comercial	Dosis/Tipo de gestágeno
Neogynona	250µg de Levonorgestrel
Ovoplex	

2- Preparados que contienen 30 µg de Etinilestradiol

Nombre comercial	Dosis/Tipo de gestágeno	Presentación de comprimidos
Microdiol	150 µg de Desogestrel	
Gynovin	75 µg de Gestodeno	
Minulet		
Diane 35 diario*** (cobertura SS)	2 mg de acetato de ciproterona	21 grageas activas amarillas + 7 grageas placebo blancas
Microgynon,	150µg de levonorgestrel	
Ovoplex 30/150		
Yasmin	3 mg de drospirenona	
*** contiene 35µg de etinilestradiol		

3- Preparados que contienen 20 µg de Etinilestradiol

Nombre comercial	Dosis/Tipo de gestágeno	Presentación de comprimidos
Suavuret	150µg de Desogestrel	
Harmonet	75µg de Gestodeno	
Meliane	75µg de Gestodeno	21 grageas activas amarillas + 7 grageas placebo blancas
Loette	100µg de Levonorgestrel	

4- Preparados que contienen 15µg de Etinilestradiol

Nombre comercial	Dosis/Tipo de gestágeno	Presentación de comprimidos
Minesse	60 µg de Gestodeno	24 grageas activas amarillas + 4 grageas placebo blancas
Melodene-15		

5- Preparados trifásicos con gestagenos de 2ª generación

Triagynon, Triclor = - 6 grageas con 30µg Etinilestradiol + 50µg de levonorgestrel. - 5 grageas con 40µg Etinilestradiol + 75µg de levonorgestrel. - 10 grageas con 30µg Etinilestradiol + 125µg de levonorgestrel.

6- Preparados trifásicos con gestágenos de 3ª generación

Trigynovin, Triminulet = - 6 grageas con 30µg Etinilestradiol + 50µg de gestodeno - 5 grageas con 40µg de Etinilestradiol + 70µg de gestodeno - 10 grageas con 30µg de Etinilestradiol + 100µg de gestodeno

7- Preparados combifásicos

Gracial= - 7 comprimidos azules con 40µg Etinilestradiol + 250µg de desogestrel - 15 comprimidos blancos con 30µg Etinilestradiol + 125µg de desogestrel

- B) Anticonceptivos orales de progestágeno sólo
 Cerazet = 75 µg de desogestrel. Contiene 28 comprimidos activos. Cobertura SS
 Norlevo= 750µg de levonorgestrel. Tratamiento postcoital
 Postinor = 750µg de levonorgestrel. Tratamiento postcoital
- C) Anticonceptivos hormonales inyectables
 1- Inyectable combinado:
 Topasel = Enantato de estradiol 10 mg + Acetofénido de algestona 150mg. Cobertura SS.
 2- Inyectable de progestágeno sólo:
 Depo-progevera 150 = Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg. Cobertura SS.
- D) Otras vías de administración
 Evra, parche transdérmico = Etinilestradiol 600µg + 6 mg. de norelgestromina.
 Nuvaring, anillo vaginal= Etinilestradiol 2,7mg. + 11,7mg de etonogestrel.
 Implanon, implante subdérmico= 68mg. de etonogestrel.
 Jadelle, 2 implantes subdérmicos= 75 mg. de levonorgestrel cada implante. Cobertura SS

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA O POSTCOITAL

Anamnesis

Tratamiento

Información y asesoramiento

Datos de interés

Anticoncepción postcoital en usuarias de anticoncepción hormonal

Anamnesis

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

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

Tratamiento	
Situaciones	Pautas de Tratamiento
Coito de riesgo </= 72 horas	Norlevo o Postinor 2 comp. única dosis. (19; 18)
Coito de riesgo </= 72 horas Pauta de Yuzpe	Ovoplex o Neogynona 2 comp/12 h/1 día. (4,79; 4,99) Si existen problemas económicos que impidan realizar la pauta anterior.
Coito de riesgo </= 72 horas + Interacción con medicamentos	Norlevo o Postinor 2comp. la primera dosis y 1 comp a las 12 horas. o Ovoplex o Neogynona 3 comp/12 h/1 día. o Inserción de DIU

Información y asesoramiento que debe recibir la usuaria

Tendrá una hemorragia por privación en la fecha prevista para la menstruación o antes.

Puede presentar náuseas, vómitos, mastodinia. La pauta de "progestágeno solo" es mejor tolerada.

Si no aparece la menstruación pasados 21 días desde la toma de la píldora postcoital, debe hacer un test de embarazo.

Si han existido coitos sin protección anteriores al de la consulta, existe la posibilidad de que no resulte la anticoncepción de emergencia, ya que puede haber embarazo de los coitos anteriores.

Datos de interés:

La eficacia de ambas pautas es máxima cuando se inicia el tratamiento en las primeras 12 horas después del coito de riesgo. La tasa de embarazo se va incrementando un 50% cada 12 horas de retraso en el inicio de la toma.

Se puede prescribir la anticoncepción de emergencia pasadas 72 horas del coito de riesgo, informando a la mujer de la pérdida de eficacia según nos alejamos del día del coito.

Si esta muy angustiada se debe prescribir la anticoncepción postcoital aunque el coito no haya coincidido con el periodo fértil.

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

Anticoncepción Postcoital en usuarias de anticoncepción hormonal

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

Métodos	Situaciones		Actuación
	Retraso al empezar con el método/Días	Retraso al comenzar el siguiente ciclo/ Días	
AOC	> 5	> 8	Postcoital y continuar el ciclo
Evra	> 1	> 7	
Nuvaring		> 8	
Topasel	> 8	> 3	
Cerazet	> 1		
Depo-progevera	> 5	> 15	
Implanon			
Jadelle	> 7		

Situaciones		Semanas del ciclo	Actuación
Retraso > 2 días en cambiar el parche	Días/horas sin método		
Evra	AOC ≥ 2 días	Primera	Postcoital y continuar el ciclo
	Evra > 1 día	Segunda	No indicada postcoital
	Nuvaring > 3 horas	Tercera	No postcoital, suspender envase e iniciar nuevo ciclo el primer día de la menstruación.
	Cerazet > 12 horas		Postcoital y continuar el ciclo
	Cerazet > 12 horas y lactancia materna		No indicada postcoital si no han pasado más de 6 meses del parto.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

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

Tipos de DIU

Existen en el mercado dos tipos de dispositivos uno con estructura de plástico a la que se adapta el hilo de cobre o el reservorio hormonal y otro sin estructura de plástico. Éste esta formado por un hilo de poliuretano al que se adaptan unos cilindros de cobre, además de no tener estructura de plástico posee un sistema de fijación al fondo uterino que le da el nombre de implante intrauterino (IIU) (Gynefix®).

Liberador de cobre superficie de cobre/mm ²	Estructura de plástico	Tiempo de uso (años)
380	SI	10
375	SI	8
300-375	SI/NO	5
Liberador de hormona (MIRENA®)	SI	5

La superficie de cobre les confiere mayor eficacia y mayor tiempo de uso.

DIUs de alta carga de cobre son aquellos que poseen una superficie de cobre >300 mm².

En mujeres mayores de 45 años se puede prolongar el tiempo de uso del DIU hasta la menopausia.

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

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

1- Normas de uso

Momento de la inserción del DIU
Con menstruación si utilizan un método poco seguro. Con menstruación o sin ella si usan AH o DIU.
Momento de la extracción del DIU
Si desea embarazo en cualquier momento del ciclo. Si no desea embarazo: Coincidiendo con la menstruación. Si no coincide con la menstruación deben haber pasado más de 4 días del último coito.

2- Efectos Secundarios

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

3- Control de los efectos secundarios

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

4- Control de Complicaciones

EXPULSIÓN
Se sospecha si: <ul style="list-style-type: none"> - no se ven los hilos guía en cervix uterino. - se ven más largos de la longitud de referencia. Hacer ecografía: Si no se ve el DIU en cavidad uterina, hacer una radiografía simple de abdomen para descartar una migración del DIU a cavidad abdominal (excepcional). Si se sospecha o se confirma una expulsión es importante valorar si está indicada la anticoncepción postcoital.
COLONIZACIÓN POR ACTINOMYCES
Colonización = Mujer + DIU + actinomyces + asintomática. Habitualmente el diagnostico se realiza mediante citología vaginal. NO es necesario extraer el DIU, se extraerá si se sospecha infección pélvica.
EMBARAZO
Establecer si es intrauterino o extrauterino. 1- Embarazo intrauterino: <ul style="list-style-type: none"> Tranquilizar a la usuaria Control ecográfico y extracción del DIU o IUI si están visibles los hilos guía. 2- Embarazo extrauterino: Derivar a la mujer a un centro hospitalario

5- Información y asesoramiento que debe recibir la usuaria de este método

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

ANTICONCEPCIÓN POSTABORTO Y POSTPARTO

Postaborto	Métodos		
	Hormonal combinada	Hormonal progestageno solo	DIU
Aborto de primer trimestre	Inmediatamente		Inmediatamente o primera menstruación postaborto
Aborto de segundo trimestre			Primera menstruación postaborto
Postparto			
Lactancia artificial	Pasados 21 días del parto	En cualquier momento	1ª menstruación postparto
Lactancia materna	Contraindicada	6 semanas postparto	Nunca antes de 4 semanas del parto (descartar embarazo)

CONTROLES PERIÓDICOS DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN

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

Una mujer sana en edad fértil debe recibir una:

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

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

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

CONTROL ESPECÍFICO DE USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Edad	Periodicidad	Contenido de revisiones
< 35 años	3 años	Actualización de factores de riesgo. Valoración de efectos secundarios. Valorar hábitos sexuales
> 35 años	Año y medio	Comprobación del uso correcto y aclarar dudas. Control de TA.
	Año y medios si TA >130-140/85-90 mm/Hg	Control de peso si ha habido cambios durante el uso de la anticoncepción hormonal. Control analítico

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

CONTROL ESPECÍFICO DE USUARIAS DE DIU/IIU

Periodicidad	Contenido de revisiones
A los 2 meses de la inserción. Al año de la inserción. Resto adaptadas al examen de salud ginecológico. Al cumplir el tiempo de uso reconocido del DIU.	Actualización de factores de riesgo. Valoración de efectos secundarios y complicaciones. Valoración de hábitos sexuales. Control de los hilos guía.

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

Examen de salud ginecológico		
Periodicidad según la edad		Tipo de exploración
< 45 años	> 45 años	
3 años	2 años	Exploración ginecológica
	2/4 años	Exploración mamaria
2 años si factores de riesgo.	2 años	Citología vaginal
		Mamografía

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre los Métodos Anticonceptivos Hormonales. Bol Med IPPF 2002;36(5):1-8
- Gupta S. Anticonceptivos orales combinados con dosis muy baja de estrógeno. Bol Med IPPF 2003;37(4):2-4
- División of Family Health. Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods. 2º ed. Geneva: World Health Organization;2000
- World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. [Internet]. Geneva: WHO. [Fecha de acceso 4-12-2003]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health>
- Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Conferencia de Consenso. Toledo octubre 1997. Madrid:Aula Médica Ediciones;2000
- López-Arregui E., Perpiñá Cano J., Álvarez Gonzalez D., Dueñas Díez J. Anticoncepción hormonal oral y alteraciones neurológicas. En Manual de Anticoncepción Hormonal Oral. Zaragoza: INO Reproducciones;1997:p.381-419.
- Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Pharmacokinetic overview of Ortho EvraTM/EvraTM.Fertil Steril 2002;77 (2 Suppl 2):S3-12.
- Ziemann M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho EvraTM/EvraTM transdermal system: the analysis of pooled data. Fertil Steril 2002;77 (2 Suppl 2):S13-18.
- Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, Cycle Control, and User Acceptability of a Novel Combined Contraceptive Vaginal Ring. Obstet Gynecol. 2002 Sep;100(3):585-93
- Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción inyectable. Bol Med IPPF 1999;33(2):1-4
- Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción de emergencia. Bol Med IPPF 2000;34(3):1-2
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352:428-33
- Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes AD et al. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Lancet 1999; 353: 721.
- Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet 2002; 360:1803-10
- Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre dosis única de levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia. Bol Med IPPF 2003;37(3):3-4
- Office of Population Research, Universidad de Princeton y Association of Reproductive Health Professionals. NOT-2LATE.com [Internet]. Princeton University. [Fecha de acceso 4-12-2003]. Disponible en: <http://ec.princeton.edu/preguntas/secdilantin.html>
- Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración Del IMAP sobre los dispositivos intrauterinos. Bol Med IPPF 2003;37(2):1-4
- Actualización del manejo clínico de la Anticoncepción Intrauterina. Conferencia de Consenso. Altea (Alicante) octubre 2001.
- Trieman K, Liskin L, Kols A, Rinehart W. IUDs an update. Baltimore: Johns Hopkins University; 1995. (Population Reports, serie B, number 6).
- Chi I, The TCu380A,MLCu375,and NovaT IUDs and IUD daily releasing 20mg levonorgestrel-four pillars of IUD contraception for the nineties and beyond?. Contraception, 1993;47(4):325-347
- Farley TMM. Evolución del desempeño del DIU. Bol Med IPPF 1997;31(4):4
- International Study Group on Intrauterine Drug Delivery. The Gynefix implant systems for interval, postabortal and postpartum contraception: a significant advance in long-term reversible contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997;2(1):1-15.
- Ruano Raviña A. Frecuencia de la exploración pélvica bimanual en mujeres asintomáticas en edad reproductiva. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avaliat; 2003. Serie Avaliación de tecnoloxías. Consultas técnicas: CT 2003/9.
- Scout A, Glasier A. Exámenes rutinarios de mama y pélvico antes de prescribir anticoncepción hormonal. Bol Med IPPF 2003;37(1):1-2.