

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

Anticoncepción

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en

Anticoncepción

- Coordinadores**
- Dr. Francisco Toquero de la Torre
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.
 - Dr. Julio Zarco Rodríguez
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del IMSALUD. Profesor Honorífico de la Facultad de Medicina de la UCM.
- Asesor en la especialidad**
- Dr. José Luis Doval Conde
Ginecólogo. Complejo Hospitalario de Orense. Ex Presidente Sociedad Española Contracepción.
- Autores**
- Dra. Mercedes Abizanda González.
Directora CAP Vila Olímpica. Barcelona.
 - Dr. José Luis Doval Conde
Ginecólogo Complejo Hospitalario de Orense. Ex Presidente Sociedad Española Contracepción.
 - Dr. Francisco Toquero de la Torre
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.
 - Dra. María Vega Martínez
Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Menasalbas. Toledo.
 - Dr. Manuel Villegas Pablos
FEA de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Complejo. Hospitalario Ciudad de Jaén.

Las manifestaciones de los autores aquí recogidas no reflejan necesariamente la opinión sustentada por Schering España, S.A.

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Prohibida la reproducción, total o parcial, por cualquier método, del contenido de este libro, sin permiso expreso del titular del copyright.

ISBN: 84-689-3119-5

Depósito Legal: M-30.828-2005

ÍNDICE

Prólogos	7-9
Introducción	11
Principales métodos anticonceptivos reversibles (I)	13
– Métodos de abstinencia periódica	13
– Métodos de barrera	18
Principales métodos anticonceptivos reversibles (II)	27
– Métodos hormonales	27
– Dispositivo intrauterino (DIU)	70
Principales métodos anticonceptivos irreversibles	89
Principales métodos anticonceptivos. Situaciones especiales	101
Interrupción voluntaria del embarazo: normativa	127
Aspectos legales de anticoncepción en menores	139

PRÓLOGO

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria, si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

Dr. Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional
de Especialidades Médicas

PRÓLOGO

Debemos reseñar lo importante que es para la Organización Médica Colegial la realización de estas «Guías de Buena Práctica Clínica». Respetando la individualidad de la *lex artis* de cada profesional, se establecen unos criterios mínimos de buena práctica en el ejercicio cotidiano, criterios que deben ser consensuados y avalados científicamente, con el fin de mejorar la calidad asistencial para quien deposita en nosotros su confianza.

Estas guías están realizadas por médicos de familia, pertenecientes a los Grupos de Trabajo, en la patología correspondiente, de las Sociedades Científicas de Atención Primaria y supervisados por un especialista de la materia correspondiente a cada guía.

Se ha buscado un lenguaje y una actuación propias de los médicos que las van a utilizar, con un carácter práctico sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos en el ejercicio profesional.

Dr. Guillermo Sierra Arredondo
Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos

INTRODUCCIÓN

Cuando se me propuso ser el «experto» que colaborara en esta Guía de Anticoncepción, en principio fue un honor, pues de alguna forma era el final de una larga carrera en la defensa de que la Anticoncepción debe tener como todo en Medicina su primer y fundamental escalón en la Atención Primaria. Cuando tuve la primera reunión con los autores, el entendimiento fue inmediato; ellos sabían lo que querían y yo coincidía con ellos plenamente.

Como resultado, tenéis en vuestras manos una guía muy práctica, con una información clara de los métodos, de sus normas de uso y sobre todo con la característica de hacer fácil el manejo de los anticonceptivos por un médico de Primaria.

No se olvida la guía de los beneficios no anticonceptivos de los métodos que son un valor añadido importante. Un aspecto importante es el abordaje de la anticoncepción en situaciones especiales, aspecto de gran importancia práctica, sobre todo en el manejo de adolescentes y la contracepción de emergencia.

Mi felicitación a los autores, que han hecho que mi trabajo fuera mínimo y que se han esforzado en hacer un texto ágil y una guía eminentemente práctica. No quiero terminar sin agradecer la cola-

boración en la edición de los laboratorios Schering, siempre definiendo que este tipo de colaboraciones dignifican la relación de los médicos con la industria.

Dr. José Luis Doval Conde
Ginecólogo Complejo Hospitalario de Orense.
Ex Presidente Sociedad Española Contracepción

Principales métodos anticonceptivos reversibles (I)

Dr. Manuel Villegas Pablos

*FEA de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén*

MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

El control de la fecundidad basado en la evitación de relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer sirve de fundamento al método del calendario y a los llamados métodos naturales (temperatura basal, moco cervical, cristalización del moco o la saliva y sintotérmico).

Los métodos naturales se basan en la observación y registro de los signos y síntomas de la fase fértil del ciclo menstrual de la mujer. La abstinencia de penetración durante este período, de 7 a 18 días según el método, es lo que evita el embarazo. Estos métodos ofrecen una alternativa a quienes no pueden o no desean recurrir a anticonceptivos farmacológicos o mecánicos.

Para su correcta utilización, es indispensable la motivación de ambos miembros de la pareja. La instrucción para su uso puede durar varios ciclos menstruales. Estos métodos de abstinencia periódica son algo más difíciles de aprender que el resto de las técnicas anticonceptivas, por lo que deben enseñarse cuidadosamen-

te, incluso si se utilizan dispositivos electrónicos. La eficacia real de estos métodos es mayor si se utilizan para evitar el embarazo que si se utilizan para retrasarlo.

Es importante brindar instrucciones escritas de estos métodos para reforzar las condiciones de buen uso.

Método del moco cervical o método de Billings

Para poder utilizar el método del moco cervical, o de Billings, hay que aprender a reconocer las modificaciones características que se suceden en el moco cervical, recogéndolo en el introito vaginal, y la sensación de sequedad o lubricación de la vulva. La mayor parte de las mujeres pueden reconocer las siguientes fases de su ciclo:

1. Menstruación o fase de sangrado.
2. Fase posmenstrual o fase seca, con un moco denso, escaso, pero que va aumentando en los días sucesivos.
3. Fase fértil, en que el moco cervical se hace más abundante, muy fluido, claro o turbio, resbaladizo y filante, con aspecto de clara de huevo crudo. Al último día en que la mujer observa este tipo de moco se le llama día pico o día del síntoma máximo. La ovulación ocurre en las 24-48 horas que rodean al día pico.
4. Fase infértil o infecunda, que comienza el cuarto día después del «día pico» y continúa hasta el primer día de la menstruación.

El período de abstinencia va desde el día de la aparición del moco cervical fluido y abundante hasta después del tercer día completo, tras el día pico del moco. Durante la fase seca no es conveniente el coito en días sucesivos, pues el semen residual dentro de la vagina puede ser confundido con moco.

Contraindicaciones

1. Que la mujer no aprenda a distinguir los cambios en su moco cervical.
2. El período en que se utilicen tratamientos vaginales que alteren el medio: lubricantes, espermicidas, preservativos, diafragma, DIU, tratamientos hormonales, etc.
3. Percepción de secreciones o pérdidas vaginales anómalas o acompañadas de irritación u olor.
4. Toma de sustancias que puedan afectar la producción mucosa, como antihistamínicos, hormonas, algunos tranquilizantes (p. ej., haloperidol) y antieméticos, entre otras.

Método de la temperatura basal

El fundamento de este método es la elevación de la temperatura que se produce poco después de la ovulación y se mantiene hasta la siguiente menstruación. Esta elevación se debe a la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.

Forma de actuar

Con fines anticonceptivos, existe, desde el primer día de la regla al séptimo, excepcional probabilidad de embarazo; del séptimo al décimo día, no puede descartarse; del 10 al 16 día, máxima probabilidad de embarazo; del 16 al 18, no puede descartarse; del 18 al final del ciclo, biológicamente imposible, probabilidad de embarazo nula. Si bien hay termómetros específicos para este uso, se pueden utilizar termómetros corrientes. Es conveniente que la mujer realice un registro de tres ciclos antes de comenzar a utilizar este método.

Contraindicaciones

Enfermedades crónicas que modifiquen la temperatura basal.

Método sintotérmico

El método sintotérmico compagina la observación simultánea de varios indicadores de la ovulación. Tiene algunas variantes en su aplicación y es algo más complejo que los anteriores. Básicamente utiliza la aparición de moco cervical y el método del calendario para señalar el comienzo del período fértil, así como el ascenso de la temperatura basal y los cambios del moco para calcular el final del período fértil. Otros signos y síntomas que pueden ayudar a la mujer a identificar la ovulación se utilizan como indicadores menores: dolor pélvico asociado a la ovulación, sangrado intermenstrual y cambios en la textura y posición del cérvix.

Se considera el más eficaz de los métodos naturales. En el mercado existen dispositivos que ayudan a la utilización de este método, basados en la temperatura basal y el calendario. Estos aparatos combinan un termómetro electrónico con un microordenador. De todos los métodos naturales es el que obliga a un período de abstinencia menor, de alrededor de unos 4 días.

De reciente aparición en el mercado, es un monitor que determina, en orina, los niveles de hormona luteinizante y de un metabolito del estradiol, facilitando datos que permiten a la mujer objetivar el inicio y el final de su fase fértil.

Método del ritmo

Se basa en un cálculo de probabilidad de los días fértiles del ciclo. No se considera un método natural, al ser innecesario registrar los signos y síntomas de la ovulación. Conocido también como método del ritmo o de Ogino-Knaus.

Los días probables de fecundidad se calculan a partir del registro de los 6 a 12 últimos ciclos de la mujer. El primer día en que la mujer puede ser fecunda se calcula restando 18 días a la duración de su ciclo más corto. El último día fértil se determina restando 11 días a la duración del ciclo más largo, por ejemplo, si la mujer tiene ciclos cuya duración está comprendida entre 24 y 31 días, deberá calcular $24 - 18 = 6$ y $31 - 11 = 20$. El período fértil estará entre el día 6.º y el 20.º de cada ciclo menstrual.

Contraindicaciones

1. Diferencia mayor de 10 días entre los ciclos más largo y más corto.
2. Historia de períodos de amenorrea o ciclos anovulatorios.

MÉTODOS DE BARRERA

La finalidad de estos métodos anticonceptivos es la de impedir que los espermatozoides lleguen al orificio cervical, interponiendo un obstáculo mecánico o mecánico-químico entre ambos. Estos métodos ofrecen, en mayor o menor medida, protección frente al cáncer de cérvix y las ETS, incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por ello, en casos de cambios frecuentes de pareja y, en general, en cualquier situación que entrañe riesgo de ETS han de ser la primera opción anticonceptiva. Pero en cada caso hay que considerar el significado conjunto de la edad, la frecuencia y el estilo de las relaciones sexuales y sobre todo el uso adecuado del método, ya que puede hacerse necesario un trabajo de soporte para su buen uso o incluso para la utilización complementaria de otro anticonceptivo.

Preservativo masculino

Es una funda de látex que se adapta sobre el pene erecto. Actúa como una barrera que impide la descarga del semen en la vagina durante el coito. Prácticamente no presenta contraindicaciones (excepto la alergia al látex en alguno de los integrantes de la pareja).

Utilizado en cada relación sexual es el método barrera que mejor protección ofrece frente a las ETS. No requiere prescripción ni seguimiento, si bien los profesionales deben estimular su buen uso.

Presentaciones

En nuestro medio los preservativos masculinos suelen ser de látex, y sus características pueden variar en cuanto a forma, tamaño, lubricación (de base agua), grosor y textura, recubiertos o no con espermicidas (nonoxi-nol- 9 o menfengol). También pueden obtenerse preservativos femeninos, prelubricados con dimeticona y masculinos de poliuretano.

Los preservativos de látex masculinos son los más ampliamente usados y conocidos, pero al caer su uso bajo la responsabilidad del varón pueden dificultar el pacto previo al coito en determinadas circunstancias.

Los preservativos de látex masculinos ofrecen protección frente al embarazo (tasa de embarazo: 3-14% mujeres/año) y a las ETS, si su uso es correcto y consistente.

Los preservativos son un método que el usuario puede controlar, seguros y relativamente fáciles de usar. Pero los preservativos de látex bajo determinadas condiciones ambientales, tales como calor, humedad o lubricantes liposolubles (vaselina, aceites) pueden perder sus propiedades aislantes. Con baja lubricidad, se pueden desgarrar. Tienen una capacidad limitada de ensancharse.

Su aceptabilidad se ve disminuida al referir algunos usuarios menor sensación sexual.

Entre 1-3% de la población general es alérgica a la goma natural, proporción que aumenta hasta un 6-7% entre aquellas personas que están alta y repetidamente expuestas a ese material. Se trata de reacciones de hipersensibilidad (mediada por Ig-E), está descrito algún raro caso de shock anafiláctico.

Por todo lo dicho, las alternativas al preservativo de látex suponen una buena contribución a la Salud Pública, puesto que mientras más aceptable sea un preservativo para los usuarios/as, más se utilizará de forma consistente, potenciándose con ello su efectividad.

Mecanismo de acción

El *mecanismo de acción* tiene lugar a través de la superficie física interpuesta que impide el contacto entre el pene y la vagina, con lo que se evita el contacto con semen, lesiones genitales y secreciones, ya sean normales o infecciosas. Resulta esencial que se usen de forma consistente y correcta.

Hay algunas condiciones que son similares para adquirir una ETS y producirse una gestación no planificada, pero también hay diferencias.

Hay que asumir la mayor susceptibilidad de la mujer a los agentes patógenos responsables de ETS y sus secuelas debido a la condición de receptáculo de su vagina y a distintos factores fisiológicos por cambios hormonales en las distintas fases vitales.

Hay preservativos masculinos y femeninos. En el primer caso se trata de una funda para el pene, y, en el segundo, de una funda para la vagina, que también protege en parte la vulva.

Ventajas

- Protección frente a ETS.
- Alta efectividad.

Inconvenientes

- Pérdida de tacto y disfrute con la relación sexual.

Complicaciones

- Rotura del preservativo.
- Alergia al látex.

Interacciones

No usar preservativo masculino y femenino al mismo tiempo porque se rompen más fácilmente.

Normas de uso de preservativos

1. Conservar en lugar fresco y seco.
2. Protegerlos de la luz solar directa.
3. Manipular con cuidado, el preservativo puede dañarse.
4. Colocar el preservativo con el pene erecto, antes de que haya habido contacto, ya que los fluidos pueden llevar espermatozoides o microorganismos causantes de ETS.

5. Evitar que se quede aire dentro del preservativo, ya que puede originar su rotura.
6. Se mantiene el preservativo cogido por un extremo con una mano y se desenrolla con la otra.
7. Después de la relación, sujete el preservativo por la base con el pene erecto y retírelo con cuidado.
8. Enrolle el preservativo en papel del wc y tírelo a la basura, nunca al inodoro.

Preservativo femenino

Es una funda de poliuretano, prelubricada con dimeticona, que se adapta a la vagina. Actúa como una barrera que impide la descarga del semen en la vagina durante el coito. No se le conocen contraindicaciones y se le supone una buena protección frente a las ETS. No requiere seguimiento, si bien los profesionales deben estimular su buen uso y, en ocasiones, ayudar a vencer barreras socioculturales que dificulten su aceptación.

Diafragma

Consiste en una semiesfera de látex, de uso vaginal, de borde circular, en cuyo interior hay un fino aro metálico flexible. Este último confiere al aparato cierta elasticidad, mantiene su forma y facilita su adaptación al interior de la vagina, tapando el cérvix. Siempre se usará con espermicida.

El diafragma (DF) estará indicado en aquellas mujeres muy motivadas para su uso y que se entrenen en su correcta utilización.

Para su buen uso es conveniente saber que:

- Se puede mantener hasta 24 horas.
- Si hay coitos repetidos, se puede mantener el diafragma, poniendo una nueva dosis de espermicida alrededor de ésta.
- Después de un aborto no se modifica la talla del diafragma.

Contraindicaciones absolutas

1. Prolapso uterino severo.
2. Cisto o rectocele marcados.
3. Músculos del introito vaginal laxos.
4. Alergia al látex.
5. Antecedente de síndrome de shock tóxico.

Contraindicaciones relativas

1. Útero con retroversión severa.
2. Puerperio hasta la 6.^a semana.
3. Malformaciones vaginales y/o cervicales, congénitas o adquiridas.
4. Infección vaginal no tratada.
5. Infecciones repetidas del tracto urinario.
6. Coitos diarios repetidos.
7. Mujeres que tras el entrenamiento no garanticen el uso correcto del DF.

Dinámica asistencial. Para la dinámica asistencial debemos tener en cuenta que la exploración debe incluir la observación de la vulva, la vagina y el cuello. A continuación, la mujer observará su cérvix con un espejo. Se realizará posteriormente un tacto bimanual y se comprobará la competencia de los músculos del introito vaginal, pidiéndole a la mujer que contraiga la vagina. Se solicitará a la usuaria que palpe su cérvix en la posición que le resulte más cómoda. El tamaño del diámetro del DF se determinará introduciendo lo más profundamente posible los dedos índice y medio en el fondo de saco posterior, observando en qué punto del dedo índice se apoya la sínfisis retropúbica; con todo esto se obtendrá la medida aproximada (conviene que el recto y la vejiga urinaria estén vacíos). Hay que comprobar, mediante diafragmas de prueba, que el tamaño sea el adecuado. Se debe instruir a la mujer sobre su colocación, comprobación y extracción. Hay que constatar que el DF no se desplace con cambios posturales. Inmediatamente, la usuaria debe probar la técnica de colocación hasta que lo haga correctamente.

Condiciones para un buen uso

1. Descartar contraindicaciones.
2. Recomendar a la mujer que: *a)* miccione antes y después del coito; *b)* después del coito no mantenga el DF colocado más de 6 u 8 horas, retirándolo y utilizando un preservativo en caso de nuevo coito, y *c)* en caso de menstruación, si es abundante, evitar el uso de DF, y si es escasa y se

utiliza, no mantenerlo más de 6 horas (la sangre es un excelente caldo de cultivo para los gérmenes y conviene que fluya).

3. Dar instrucciones correctas.
4. Verificar siempre la talla del DF: *a)* en la mujer en crecimiento; *b)* por cambios de peso de más de 5 kg; *c)* después de 6 semanas de un embarazo (parto vaginal, cesárea o aborto); *d)* cada 5 años en la mujer adulta, y *e)* tras cirugía vaginal o uterina.

Espermicidas

Son sustancias químicas compuestas de una base inerte y un agente tensioactivo que actúan como barrera química al inactivar a los espermatozoides en la vagina. Algunos autores consideran que los espermicidas proporcionan protección frente a ciertas ETS; otros plantean controversia, refiriendo que se puede facilitar el contacto humoral con el VIH, a través de un efecto inflamatorio local.

Se han de considerar como contraindicaciones: *a)* intolerancia psicológica; *b)* alergia al espermicida, y *c)* mujeres que no garanticen su uso correcto.

Condiciones para un buen uso

1. Tras descartar contraindicaciones estarán indicados en aquellas mujeres que deseen utilizarlos durante los ciclos vitales de baja fertilidad,

como la premenopausia o la lactancia materna estricta. Conviene enfatizar sobre su menor eficacia comparativa y su condición de refuerzo de otros métodos anticonceptivos, en el resto de las situaciones.

2. Insistir en que hay que introducir el espermicida en la vagina, en profundidad, 10 minutos antes del coito, excepto si son cremas o espumas.
3. Recordar que: *a)* los óvulos y películas protegen durante 1 hora desde el momento de su aplicación. Las cremas durante un período más prolongado; *b)* transcurrida más de 1 hora desde la aplicación del espermicida es conveniente introducir otra dosis; *c)* debe repetirse una nueva dosis a cada nuevo coito, y *d)* una vez aplicado el espermicida hay que evitar los lavados vaginales hasta 6 horas después de su colocación.
4. En caso de producirse molestias locales debe abandonarse su utilización.
5. No se utilizarán en el curso de tratamientos por vía vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

Atención Primaria. Martín Zurro (cuarta edición).

VI Congreso de la SEC.

Guía Anticoncepción de la SEC.

Principales métodos anticonceptivos reversibles (II)

Dra. Mercedes Abizanda González

Directora CAP Vila Olímpica. Barcelona

MÉTODOS HORMONALES

En qué consiste

- La anticoncepción hormonal utiliza la acción de las hormonas del sistema reproductivo para impedir el embarazo, ya que interfieren en la sincronización de los mecanismos de la ovulación, transporte tubárico, crecimiento y transformación endometrial y las modificaciones del moco cervical.
- Es uno de los sistemas más eficaces desde el punto de vista de resultados (0,12-0,24 embarazos/año-mujer, I. Pearl) y junto a la reversibilidad del método explica su amplia utilización. Además, en la actualidad, disponemos de distintas vías de administración (oral, parenteral, percutánea, implantes, etc.) que nos facilitan la prescripción del anticonceptivo más adecuado para cada paciente, tanto desde el punto de vista de dosis administradas como de facilidad de cumplimiento del tratamiento.

Presentaciones de que disponemos (Tabla 1)

Orales

- Anticonceptivos orales combinados (asociaciones de estrógenos y gestágenos).
 - Tipos:
 - Monofásico: las 21 píldoras activas contienen la misma cantidad de estrógeno/gestágeno (E/G).
 - Bifásico: las 21 píldoras activas contienen 2 combinaciones distintas de E/G (por ejemplo, 10/11).
 - Trifásico: las 21 píldoras activas contienen 3 combinaciones distintas de E/G (por ejemplo, 6/5/10).

Tabla 1. Anticonceptivos hormonales comercializados en España

Laboratorio Nombre comercial Presentaciones	Principio activo	Dosis
Schering España Yasmin 3 x 21 comp. Yasmin 21 comp. Yasmin 3 x 28 diario comp. Yasmin 28 diario comp.	Drospirenona Etinilestradiol	3 mg 30 mcg
Meliane 3 x 21 comp. Meliane 21 comp. Meliane 3 x 28 diario comp. Meliane 28 diario comp.	Gestodeno Etinilestradiol	75 mcg 20 mcg
Gynovin 21 comp. Recubiertos Gynovin 3 x 21 comp. Recubiertos	Gestodeno Etinilestradiol	75 mcg 30 mcg

.../...

Principales métodos anticonceptivos reversibles (II).
(Métodos hormonales, Dispositivo intrauterino)

Tabla 1. Anticonceptivos hormonales comercializados en España (cont.)

Laboratorio Nombre comercial Presentaciones	Principio activo	Dosis
Schering España Trigynovin 3 x 21 grageas Trigynovin 21 grageas Triagynon 21 grageas	Gestodeno Etinilestradiol Levonorgestrel	50-70-100 mcg 30-40-30 mcg 50-75-125 mcg
Melodene 15 28 comp. Recubiertos	Gestodeno Etinilestradiol	60 mcg 15 mcg
Microgynon 21 comp. Recubiertos	Levonorgestrel Etinilestradiol	150 mcg 30 mcg
Neogynon 3 x 21 comp. Recubiertos Neogynon 21 comp. Recubiertos	Levonorgestrel Etinilestradiol	250 mcg 50 mcg
Jadelle x 2 Implante subdérmico	Levonorgestrel	75 mcg
Mirena Diu	Levonorgestrel	52 mg
Organon Suavuret 3 x 21 comp. Suavuret 21 comp.	Levonorgestrel Etinilestradiol	150 mcg 20 mcg
Microdiol 21 comp.	Desogestrel Etinilestradiol	150 mcg 30 mcg
Gracial 3 x 22 comp. Gracial 22 comp.	Desogestrel Etinilestradiol	25-125 mcg 30-40 mcg
Cerazet 3 x 28 comp. Cerazet 28 comp.	Desogestrel	75 mcg
Nuvarin. Anillo Vaginal	Etonogestrel Etinilestradiol	117 mcg 27 mcg
Organon Implanon Implante	Etonogestrel	68 mg
Wyeth Harmonet 3 x 21 grageas Harmonet 21 grageas	Gestodeno Etinilestradiol	75 mcg 20 mcg
Minulet 3 x 21 comp. Recubiertos Minulet 21 comp. Recubiertos	Gestodeno Etinilestradiol	75 mcg 30 mcg

.../...

Tabla 1. Anticonceptivos hormonales comercializados en España (cont.)

Laboratorio Nombre comercial Presentaciones	Principio activo	Dosis
Wyeth Loette 3 x 21 comp. Recubiertos Loette 21 comp. Recubiertos	Levonorgestrel Etinilestradiol	100 mcg 20 mcg
Triclor 21 grageas (10 grag.) (10 grag.) (5 grag.) (5 grag.) (6 grag.) (6 grag.)	Levonorgestrel Etinilestradiol Levonorgestrel Etinilestradiol Levonorgestrel Etinilestradiol	125 mcg 30 mcg 75 mcg 40 mcg 50 mcg 30 mcg
Minesse 3 x 28 comp. Recubiertos Minesse 28 comp. Recubiertos	Gestodeno Etinilestradiol	60 mcg 15 mcg
Ovoplex 30/150 21 grageas	Levonorgestrel Etinilestradiol	150 mcg 30 mcg
Ovoplex 3 x 21 grageas Ovoplex 21 grageas	Levonorgestrel Etinilestradiol	250 mcg 50 mcg
Triminulet 3 x 21 grageas (10 grag.) Triminulet 21 grageas (10 grag.) (5 grag.) (5 grag.) (6 grag.) (6 grag.)	Gestodeno Etinilestradiol Gestodeno Etinilestradiol Gestodeno Etinilestradiol	100 mcg 30 mcg 70 mcg 40 mcg 50 mcg 30 mcg
Janssen-Cilag EVRA 3 parches transdérmicos EVRA 9 parches transdérmicos	Norelgestromina Etinilestradiol	6 mg 600 mcg

- Modo de empleo:
 - Se inicia la toma el primer día del período menstrual.
 - Ingerir una píldora al día, preferiblemente a la misma hora.

- Toma diaria hasta un total de 21, 22 ó 28 píldoras según el preparado prescrito:
 - Cuando finalice una caja de 21 días, se dejan transcurrir 7 días y se comienza una nueva caja.
 - Tras terminar un envase de 22 grageas, dejar 6 días de descanso y comenzar la nueva caja.
 - Cuando finalice una caja de 28 días debe comenzarse inmediatamente una nueva caja.
- Anticonceptivos orales con progestágeno solo:
- Los comprimidos deben tomarse cada día aproximadamente a la misma hora, de forma que el intervalo entre dos comprimidos sea siempre de 24 horas.
 - El primer comprimido se tomará el primer día de la menstruación (también puede comenzar entre los días 2 y 5, en cuyo caso se aconseja un método anticonceptivo de barrera durante los 7 primeros días de tratamiento). Posteriormente, se toma 1 comprimido al día de forma continua, independientemente de que se puedan producir sangrados. Se empezará directamente un nuevo envase el día siguiente del anterior.

Parches

- Cada parche transdérmico libera 150 mcg de norelgestromina y 20 mcg de etinilestradiol cada 24 horas.
- Se colocará un parche el primer día de la menstruación, se mantendrá durante una semana, cambiándole 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.
- Se aplicarán 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.

Inyectables

- Combinados. Una ampolla al mes por vía intramuscular profunda, 8 días después del comienzo de la menstruación, siendo el margen de la reinyección 3 días antes o después respecto de la fecha de la primera administración.
- Progestágeno solo. Comenzar con una ampolla por vía intramuscular profunda el 5.º día de menstruación, continuando con una ampolla cada 3 meses. El margen de reinyección es de 2 semanas antes o después respecto de la fecha de la primera administración.

Implantes

- Las concentraciones séricas de hormona son inversamente proporcionales al peso corporal; sin embargo, esto no se refleja en un aumento en la tasa de embarazos en mujeres con sobrepeso.
 - Implante de etonogestrel. Tras la inserción, etonogestrel se absorbe rápidamente en la circulación. Se alcanzan concentraciones de inhibición de ovulación en el intervalo de 1 día, alcanzándose las concentraciones séricas máximas en el intervalo de 1 a 13 días. La velocidad de liberación hormonal disminuye con el tiempo (tres años de eficacia).
 - Implantes de levonorgestrel: una vez insertado, el levonorgestrel del implante se libera de forma continuada, adquiriendo un pico máximo a las 72 horas tras su inserción, y una meseta a los 6 meses. Los niveles permanecen estables, disminuyendo durante los últimos años de uso (cinco años de eficacia).

DIU liberador de hormonas

- Dispositivo intrauterino conteniendo levonorgestrel. (Para mayor información ver pág. 70.)

Anillos vaginales

- Cada anillo libera 120 mcg de etonogestrel y 15 mcg de etinilestradiol cada 24 horas.

- Debe insertarse entre los días 1 y 5 del ciclo. Una vez insertado el anillo, se dejará en la vagina durante tres semanas seguidas. Después debe extraerse en el mismo día de la semana en que fue insertado, realizándose una semana de descanso, donde se producirá la menstruación. Después de esta semana, se inserta un nuevo anillo.
- Durante los primeros siete días de uso, se recomienda utilizar un método barrera (por ej., preservativo).

Mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales

- Suprimen la ovulación por inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.
- Inhiben la proliferación del endometrio impidiendo la implantación.
- Espesan el moco cervical para impedir la penetración de los espermatozoides.

Ventajas

Orales

- Anticonceptivos orales combinados:
 - Altamente eficaces cuando se administran, más o menos a la misma hora, diariamente (0,10 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso).

- Eficacia desde el primer día de toma (primer día de ciclo menstrual).
- Progestágeno solo:
 - Son eficaces cuando se administran a la misma hora todos los días (tasa de falla: 0,05–5 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso).

Inyectables

- Altamente eficaces (0,1–0,4 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso).
- Eficacia inmediata.

DIU liberador de hormonas

- En la actualidad, sólo está disponible el DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).
- Altamente eficaz (< 0,1 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso).
- Duración: 5 años.
- Además, proporciona un tratamiento eficaz (evidencia científica A) de la menorragia idiopática.

Anillos vaginales

- Eficacia y mecanismo de control similar al de la píldora.
- Menor aparición de sangrados.

Recomendaciones

Cambio de preparado

- Si se realiza cambio de preparado anticonceptivo oral:
 - Se recomienda comenzar con el nuevo el primer día de la menstruación.
 - Si se cambia a un preparado de menos dosis de EE, informar a la usuaria de la aparición de sangrados intermenstruales o ausencia de hemorragia por privación los tres primeros ciclos.
 - Si se cambia a un preparado oral con progestágeno sólo, comenzar cualquier día sin descansar.
- De anticonceptivos orales a parches anticonceptivos:
 - Si antes se estaba tomando un anticonceptivo oral combinado: se comenzará con los parches el primer día de la hemorragia por privación. En caso de que no haya hemorragia por privación en un plazo de 5 días desde la toma de la última píldora activa (que contiene hormonas), deberá descartarse el embarazo antes de iniciar el tratamiento con los parches. Si la terapia comienza después del primer día de la hemorragia por privación, deberá usar al mismo tiempo otro méto-

do anticonceptivo no hormonal durante 7 días. Si pasan más de 7 días desde la última toma de la píldora anticonceptiva oral activa, la mujer puede haber ovulado y se le deberá advertir que consulte con un médico antes de iniciar el tratamiento con los parches. Si ha mantenido relaciones sexuales durante este período prolongado sin píldora, debe tener en cuenta la posibilidad de embarazo.

- Si antes se estaba tomando un anticonceptivo conteniendo sólo progestágenos: si se utilizaba la minipíldora, la mujer puede cambiar de tratamiento cualquier día (si se trataba de un implante, el día de su extracción y si se trataba de un inyectable, el día que le toque la siguiente inyección), pero deberá utilizar simultáneamente un método anticonceptivo de barrera durante los primeros 7 días.
- Cambio de anticonceptivo oral o parenteral a anillo vaginal:
 - Cambio desde otro anticonceptivo hormonal combinado: se debe insertar este anillo vaginal como más tarde al día siguiente después del período de descanso o del intervalo de comprimidos inactivos de su anticonceptivo hormonal combinado anterior.
 - Cambio a partir de un método con progestágeno solo, como píldora con progestágeno

no solo, inyectable, implante: se podrá cambiar cualquier día en el caso de la píldora con progestágeno solo. En caso de un implante, se puede cambiar el mismo día de su extracción, y en caso de inyectable, cambiar el día en que se debe aplicar la siguiente inyección. En todos estos casos, la mujer debe utilizar un método de barrera complementario durante los primeros 7 días.

- De parche o anillo vaginal a anticonceptivo oral:
 - Comenzar el cambio, el primer día de la menstruación.
 - Tener muy presente las dosis de cambio para informar a la usuaria de la posibilidad de sangrados y de la utilización simultáneamente, durante los 7 primeros días, de un método anticonceptivo de barrera.

Orales

- Progestágeno sólo:
 - Se optará por la anticoncepción hormonal de progestágeno solo (Cerazet[®] DIU o implante de levonorgestrel) si no existen contraindicaciones para su uso y la mujer acepta el patrón de sangrado que éstos provocan. En caso de contraindicaciones o intolerancia al componente estrogénico de otros preparados.

Tabla 2. Relación de preparados comercializados en España según dosis de etinilestradiol

50 µg	30 µg	20 µg	15 µg
Neo-gynona® Ovoplex®	Gracial®* Gynovin® Microdiol® Microgynon® Minulet® Ovoplex-30® Triagynon®* Triciclor®* Trigynovin®* Triminulet®* Yasmin®	Harmonet® Loette® Meliane® Suavuret®	Melodene-15® Minesse®

* Preparado combifásico, tiene 7 comprimidos con 40 µg de etinilestradiol.

- Existen situaciones que requieren actuaciones determinadas, las cuales están recogidas en la tabla 3.

Tabla 3. Pautas de actuación en situaciones concretas

Al inicio de la toma de AHO	<ul style="list-style-type: none"> – Instrucciones de toma: <ul style="list-style-type: none"> • Comenzar el primer día del ciclo. • Efecto anticonceptivo desde el primer día del ciclo. • Iniciar el nuevo envase el octavo día a la misma hora que se finalizó el anterior. – Información sobre efectos colaterales menores.
Olvidos	<ul style="list-style-type: none"> – < 12 horas: <ul style="list-style-type: none"> • No riesgo de gestación. • Tomar gragea olvidada y continuar pauta habitual. – > 12 horas: <ul style="list-style-type: none"> • Tomar gragea olvidada y continuar pauta habitual. • Método de refuerzo con otro método anticonceptivo de barrera durante los siguientes 7 días: – Retraso en el inicio. <ul style="list-style-type: none"> • Si se retrasa el inicio del nuevo envase, utilizar otro método anticonceptivo de barrera durante los siguientes 7 días.

.../...

Tabla 3. Pautas de actuación en situaciones concretas (cont.)

Sangrado intermenstrual	<ul style="list-style-type: none"> – En los primeros meses de utilización. – Si persiste o se produce tras los 3 primeros meses valorar: constancia de la toma, interacciones farmacológicas u otras patologías. – Valorar cambio de preparado a uno trifásico o a uno de mayor dosis estrogénica.
Metrorragia	<ul style="list-style-type: none"> – Anamnesis. – Plantearse procesos patológicos o gestación. – Si persiste, en ausencia de patología, plantearnos cambio de preparado a uno de mayor dosis estrogénica.
Náuseas y turgencia mamaria	<ul style="list-style-type: none"> – Carácter transitorio de ambas molestias al inicio del tratamiento. – Si persiste, cambiar a una formulación de menor dosis estrogénica o gestágeno antimineralecorticoide.
Amenorrea en el descanso	<ul style="list-style-type: none"> – Descartar gestación. – Si persiste tras dos meses, descartar la causa y suspender tratamiento. – Si la mujer no se preocupa no es necesario cambiar la pauta.
Amenorrea a postpildora	<ul style="list-style-type: none"> – No está demostrada la relación causa-efecto debido a los AHO. – Estudio y tratamiento como cualquier amenorrea secundaria.
Vómitos y diarreas	<ul style="list-style-type: none"> – Puede disminuir la eficacia del AHO. – Si se producen menos de 4 horas tras la ingesta de la gragea, tomar otra gragea igual a la ingerida. – Si se producen después de 4 horas tras la ingesta de la gragea, no hacer nada (ya se ha producido la absorción). – Si persiste el cuadro, suspender el tratamiento.
Otras medicaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Informar el uso de AHO. – Interrumpir AHO ante cirugía mayor programada.
Descansos	<ul style="list-style-type: none"> – No son necesarios. – Si existe deseo gestacional realizar consejo preconcepcional y folatos periconcepcionales.
Retrasos y modificaciones del ciclo	<ul style="list-style-type: none"> – Si queremos cambiar la hemorragia por privación a otro día de la semana, acortar la semana de descanso tantos días como se desee.

.../...

Tabla 3. Pautas de actuación en situaciones concretas (cont.)

Duración de la prescripción	– No existe límite de tiempo.
Inicio postparto	– Sin lactancia. <ul style="list-style-type: none">• Esperar al retorno de la menstruación o iniciar a los 20 días del parto, utilizando otro método anticonceptivo los primeros 14 días. – Con lactancia. <ul style="list-style-type: none">• Utilización de AH sin contenido estrogénico.
Postaborto espontáneo o provocado	– Aborto de primer trimestre \AA iniciar la toma el día del legrado. – Aborto de segundo trimestre \AA iniciar pasados 21 días.
Cambios de preparado	– Si se realiza a un preparado de menor dosis, iniciarlo el primer día de sangrado. – Si se realiza a un preparado de dosis mayor, dejar pasar los 7 días de descanso.

Parches

- Desprendimiento del parche: en caso de que esto suceda durante menos de 1 día (hasta 24 h) debe volverse a poner en el mismo sitio o cambiarse de inmediato por un nuevo parche, no siendo necesario tomar otras medidas anticonceptivas, y el siguiente parche debe ponerse el día de cambio habitual. Si el parche permanece despegado más de un día (24 h o más) o si desconoce cuándo se despegaron los bordes o se despegó el parche, la usuaria puede no estar protegida contra el embarazo, por lo que deberá parar el ciclo anticonceptivo actual y comenzar inmediatamente un nuevo ciclo colocándose un parche nuevo, debiendo usar al mismo tiempo otro método anticonceptivo no

hormonal sólo durante los primeros 7 días del nuevo ciclo.

- Retraso del cambio del siguiente parche: si ha mantenido relaciones sexuales durante un período prolongado sin parche, debe tener en cuenta la posibilidad de embarazo. Deberá aplicarse el parche del nuevo ciclo en cuanto se acuerde y utilizar otro anticonceptivo no hormonal los primeros 7 días.
- En caso de pequeña irritación cutánea puede aplicarse otro parche nuevo en una zona distinta.
- Peso corporal igual o mayor de 90 kg: la eficacia anticonceptiva podrá ser menor en mujeres que pesan 90 o más de 90 kg.

Implantes

- Los implantes se insertan subcutáneamente. Debe informarse a la usuaria de que puede solicitar la extracción del implante en cualquier momento, pero que el implante no debe permanecer implantado más de 3 años (Implanon®) o 5 años (Jadelle®). Tras la extracción del implante, la inserción inmediata de un nuevo implante mantendrá una protección anticonceptiva continuada.

DIU liberador de hormonas

- Además de la acción del propio dispositivo, presentan la de la hormona que libera el dispositivo (ver pág. 70 capítulo DIU) (Mirena®).

Anillos vaginales

- Desviaciones del régimen recomendado:
 - Si se alarga el intervalo de descanso sin anillo: se deberá insertar un nuevo anillo tan pronto como lo recuerde y utilizar un método de barrera complementario, tal como un preservativo durante los 7 días siguientes. Si ha tenido relaciones sexuales durante el intervalo de descanso, debe considerarse la posibilidad de embarazo. Cuanto más se haya alargado el intervalo sin anillo, mayor es el riesgo de embarazo.
 - Si el anillo está temporalmente fuera de la vagina: el anillo debe estar en la vagina de forma continua durante un período de 3 semanas. Si el anillo se expulsa accidentalmente y se deja fuera de la vagina durante menos de 3 horas, no se reduce la eficacia anticonceptiva. Si el dispositivo ha estado fuera de la vagina durante más de 3 horas, puede reducirse la eficacia anticonceptiva y la mujer deberá volver a insertarse el anillo tan pronto como lo recuerde y utilizar un método de barrera complementario, tal como un preservativo, hasta que este anillo vaginal permanezca en la vagina durante 7 días consecutivos. Si se retira el anillo durante más de 3 horas durante la primera semana de uso del ani-

llo, debe considerarse la posibilidad de embarazo.

- Si se alarga el período de uso del anillo, siempre que este anillo vaginal se haya utilizado durante un máximo de 4 semanas, la eficacia anticonceptiva todavía es adecuada. La mujer puede mantener su intervalo de una semana sin anillo y posteriormente insertarse uno nuevo. Si se deja en la vagina durante más de 4 semanas, puede reducirse la eficacia anticonceptiva y debe excluirse un embarazo antes de insertar un nuevo anillo.

Cuándo desaconsejaríamos (Tabla 4)

Contraindicaciones absolutas

- Tromboembolismo venoso periférico y/o tromboflebitis: se incluyen tanto los episodios actuales como los antecedentes previos. Son especialmente relevantes los antecedentes familiares (especialmente los de primer grado), ya que en estos casos la prescripción debe precederse de un estudio de coagulación específico con los objetivos de descartar déficit congénitos de anti-trombina III, proteínas C y S o resistencias a la proteína C activada. También se contraindicará el uso de AH en las mujeres asintomáticas portadoras de alguna de las alteraciones congénitas que predispongan al desarrollo de procesos tromboembólicos.

Tabla 4. Contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales combinados	
Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
<ul style="list-style-type: none"> – Tromboembolismo venoso periférico. Tromboflebitis. Alteración congénita de factores de coagulación (proteína C). – Antecedente de accidente cerebrovascular. – Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada. – Enfermedad cardíaca valvular complicada. – Hiperlipemias familiares. – Enfermedad hepática aguda o crónica y antecedente de cáncer de hígado. <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de hepatitis no administrar hasta normalización de pruebas funcionales hepáticas. – Cáncer de mama. – Cánceres hormonodependientes de la esfera reproductiva. – Hemorragia uterina no diagnosticada. – Embarazo. – Edad superior a 35 años y fumadora de 15 cigarrillos al día o más (excepto si se utiliza progestágeno sólo). – Lactancia < 6 semanas postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> – Migrañas: <ul style="list-style-type: none"> • Valorar riesgo de infarto cerebral. • Valorar historia de la paciente. – Hipertensión arterial: <ul style="list-style-type: none"> • Podrán usarse AHO en mujeres bien controladas. – Diabetes mellitus: podrán usarse si: <ul style="list-style-type: none"> • No hay complicaciones asociadas. • No hay contraindicación en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional. – Suspensión temporal del AHO en caso de cirugía mayor programada por la inmovilización. – Epilepsia (en caso de interacción farmacológica). – Antecedentes de colostasis. – Litiasis biliar (AH no son factor etiológico). – Anemia falciforme. – Patología mental. – Varices (por sí solas no constituyen una contraindicación).

.../...

Tabla 4. Contraindicaciones de los anticonceptivos con progestágeno sólo (cont.)

Absolutas		Relativas	
Píldora de progestágeno sólo	Inyectables de progestágeno sólo	Píldora de progestágeno sólo	Inyectables de progestágeno sólo
<ul style="list-style-type: none"> – Embarazo. – Tumor maligno de mama. 	<ul style="list-style-type: none"> – Embarazo. – Tumor maligno de mama . 	<ul style="list-style-type: none"> – Lactancia < 6 semanas post-parto. – Tumor hepático (benigno o maligno). – Enfermedad hepática aguda. – Cirrosis severa. – Trombosis venosa profunda/ embolismo pulmonar pasados o actuales. – Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada. – Historia de accidente cerebrovascular – Migraña focal. 	<ul style="list-style-type: none"> – Lactancia < 6 semanas post-parto. – Tumor hepático (benigno o maligno). – Enfermedad hepática aguda. – Cirrosis severa. – Sangrado vaginal pendiente de evaluación. – Trombosis venosa profunda/ embolismo pulmonar actual. – Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada. – Historia de accidente cerebrovascular. – Hipertensión severa (>180/110 mm Hg). – Hipertensión con enfermedad vascular. – Diabetes con complicaciones vasculares. – Migraña focal.

- Historia actual o antecedentes en accidente vascular cerebral: al igual que en el apartado anterior, deberán descartarse los factores predisponentes en mujeres con historia familiar.
- Historia actual o anterior de infarto agudo de miocardio (IAM): en las mujeres con antecedentes familiares de IAM (especialmente cuando los individuos afectados son jóvenes) debe realizarse un estudio del perfil lipídico con el objetivo de detectar una hiperlipemia (hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia) familiar, en cuyo caso también se contraindicará la toma.
- Enfermedad hepática aguda o crónica y antecedentes de cáncer de hígado: en los casos de hepatitis no se prescribirán AH hasta que exista una total normalización de las pruebas funcionales hepáticas.
- Antecedentes de cáncer de mama o lesiones mamarias sugestivas de proceso neoplásico y pendientes de estudio.
- Otros cánceres hormonodependientes de la esfera reproductiva.
- Hemorragia uterina de origen no filiado.
- Embarazo y lactancia materna: los preparados orales combinados producen una ligera reducción del volumen de la leche materna y acortamiento del período de lactancia. No obs-

tante, no se han podido demostrar efectos secundarios sobre el recién nacido a corto ni a largo plazo. El uso de preparados gestagénicos no afecta al volumen ni a la duración, aunque sí incrementan las concentraciones de proteína y lactosa.

- Pacientes fumadoras de más de 35 años (no es una contraindicación para la utilización de anticonceptivos con gestágenos solos).

Contraindicaciones relativas

- Cefaleas migrañosas: debe valorarse la existencia de un prolapso de válvula mitral y el consiguiente riesgo de infarto cerebral vascular. Por lo tanto, cuando las migrañas aparezcan durante la toma o en pacientes con historia de larga evolución, ya sean asociadas o no a náuseas, vómitos, visión borrosa, escotomas o ceguera temporal debería suspenderse la ingesta de AH.
- Hipertensión arterial: en las mujeres hipertensas bien controladas con dieta asódica y/o antihipertensivos podrán prescribirse los AH bajo estricto control de su tensión arterial. En estos casos son recomendables preparados con gestágenos que tengan actividad antimineralcorticoide, como el gestodeno.
- Diabetes mellitus: no se ha apreciado una incidencia superior de enfermedad trombótica o ateromatosa, así como que el riesgo inherente de las pacientes diabéticas a la trombosis cere-

bral o a la retinopatía proliferativa sea superior tras la ingesta de AH. La AH puede ser un método alternativo de contracepción en pacientes diabéticas dependientes o no de la insulina si tienen menos de 35 años, no hay complicaciones asociadas (vasculopatía periférica, retinopatía, etc.) y no fuman. No existe contraindicación para las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.

- Cirugía electiva mayor o actos quirúrgicos que requieran inmovilización durante cuatro o más semanas: esta contraindicación está basada en el riesgo de trombosis que podían condicionar los AH de altas dosis. No existe un acuerdo unánime de que con los preparados microdosificados persista este incremento del riesgo y se requiera un plazo de cuatro semanas libres de tratamiento antes del acto quirúrgico. Sin embargo, dado que la mayoría de estas pacientes deberán realizar dieta absoluta en el postoperatorio inmediato, lo lógico sería interrumpir la ingesta antes de la intervención.
- Epilepsia: los AH no modifican el curso de la enfermedad. Sin embargo, muchos fármacos antiepilépticos presentan interacciones medicamentosas pudiendo incrementar o disminuir la actividad de los AH.
- Colostasis recurrente del embarazo: la toma de AH no induce episodios de ictericia en todas las pacientes con antecedentes de colostasis duran-

te la gestación, en especial cuando los preparados utilizados son microdosificados.

- Litiasis vesicular. Aunque los AH no constituyen un factor etiológico, sí que pueden acelerar el curso de la enfermedad y la aparición de la sintomatología.
- Anemia de células falciformes. No se ha demostrado que en estos casos la toma de AH se acompañe de un riesgo superior de trombosis. Incluso, como ya se ha comentado, podrían tener un efecto beneficioso sobre la anemia.
- Enfermedades que impidan que exista un correcto cumplimiento de la toma. Entre éstas destacan: las enfermedades psiquiátricas, los retrasos intelectuales, la drogadicción o el alcoholismo.
- Varices. Pueden tornarse ligeramente más pronunciadas con el uso de los anticonceptivos hormonales. Sin embargo, la presencia de éstas por sí solas no constituyen una contraindicación.

Complicaciones

Cambios metabólicos inducidos por los anticonceptivos (tabla 5)

- Sistema de coagulación: el etilestradiol induce incrementos dosisdependientes de los factores V, VII, VIII, IX y X, de la agregabilidad plaquetaria y de la viscosidad plasmática. Junto con una reducción de la antitrombina III crean un esta-

Tabla 5. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales

Cambios metabólicos por AH Coagulación	Factores: V, VII, VIII, IX, X. Ø Antitrombina III. Fibrinólisis. Ø Resistencia a la proteína C activada. Todo ello sin repercusión clínica en mujeres normales.
Hidratos de carbono	Resistencia a la insulina. Más aparente con 50 mcg y gestágenos 2.ª generación. NO clínico de intolerancia a la glucosa.
Lípidos	Acción de esteroides en: – Receptor hepático de LDL. – Lipoprotein lipasa. – Lipasa endotelial. Estrógenos: – Triglicéridos. – HDL. – LDL. – Liberación de VLDL. Gestágenos: – Efectos opuestos. Gestágenos tercera generación: – Apenas modifican la acción de los estrógenos. Los AH NO riesgo de ateromatosis.
Tensión arterial	• Estrógenos: efectos beneficiosos. • Gestágenos: aumentan TA. • 3.ª generación: no tienen efectos sobre TA. No significación clínica.
Hígado	SHBG, CEG, TBG. Cortisol. Fibrinógeno. Vit. A. Ø Vit. B. Ø Folatos. Ø Ac. Ascórbico. Efecto controvertido sobre HGH.

do de hipercoagulabilidad, que, sin embargo, está equilibrado por el incremento en la producción de sustancias con capacidad fibrinolítica. Estos cambios no tienen repercusión clínica en mujeres normales; sin embargo, pueden incrementar el riesgo de tromboembolismo en mujeres con alteraciones congénitas del sistema de la coagulación, entre las que destacan el déficit de antitrombina III o la resistencia a la proteína C activada.

- Metabolismo hidrocarbonato: los AH inducen aumentos dosisdependientes de las concentraciones basales y estimuladas de insulina y glucosa. La insulinoresistencia (sensibilidad disminuida en un 30-40%) está condicionada en gran proporción por el componente estrogénico. Los mecanismos implicados van desde un aumento de las concentraciones circulantes de otras hormonas, como el cortisol, la prolactina o la hormona de crecimiento, con marcada actividad antiinsulínica, hasta déficit vitamínicos. Es lógico deducir que las modificaciones son más aparentes con los preparados de 50 mcg y gestágenos de segunda generación que con preparados microdosificados y compuestos de tercera generación, en los que apenas se aprecian cambios significativos y si los hay se encuentran dentro del rango de la normalidad. Asimismo, no se ha constatado que el uso de AH aumente la incidencia de diabetes gestacional, intolerancia a la glucosa o diabetes tipo II.

- **Metabolismo lipídico:** la influencia de las hormonas esteroideas sobre el metabolismo lipídico puede ser directa o indirecta. De forma directa pueden interferir en la acción de los receptores hepáticos de LDL, responsables del secuestro del colesterol y, en consecuencia, protectores de la aterosclerosis. También pueden actuar mediante la inducción de enzimas como la lipoproteína lipasa o la lipasa endotelial hepática que están directamente involucradas en las vías de metabolización de las grasas. Estas modificaciones se producen de forma progresiva durante los tres primeros meses de la toma y dependen del número de moléculas a metabolizar por el hígado, de su configuración y conformación. Como consecuencia, y a las dosis utilizadas normalmente, el 17-β-estradiol, el mestranol y el etinilestradiol incrementan la síntesis de triglicéridos y HDL por el hígado, la metabolización de LDL y la liberación de VLDL. Los gestágenos, que combinan efectos gestagénicos y androgénicos, tienen una acción contrapuesta, que depende de las dosis y el grado de androgenicidad. El levonorgestrel (relativamente androgénico), en régimen monofásico, tiende a elevar las concentraciones de LDL y apoB y a disminuir las concentraciones de HDL y apolipoproteína A1. Sin embargo, los preparados trifásicos y monofásicos con noretindrona apenas modifican los niveles de LDL, HDL, apoA y sólo se ha apreciado un discreto aumento de apo B. Los gestáge-

nos de tercera generación, de menor potencia androgénica que el levonorgestrel, apenas modifican la acción estrogénica sobre el perfil lipídico y, por lo tanto, el efecto neto es positivo (sin variaciones del colesterol total, con incremento de la HDL y la apoA y una disminución de la LDL y apoB). En general, cuando se combinan estrógenos y gestágenos el resultado final es consecuencia de su suma algebraica, y el incremento estrogendependiente de la HDL se contrarresta según la dosis y potencia androgénica del gestágeno asociado. Como conclusión, se puede señalar que el uso de AH no parece condicionar un aumento del riesgo de aterosclerosis, y en caso de producirse son los otros factores de riesgo (tabaco, hipertensión arterial, etc.) los que favorecen su instauración.

- Tensión arterial (TA): las variaciones de tensión arterial vienen condicionadas por múltiples factores, tanto extrínsecos (sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras) como intrínsecos (pared vascular). Los estrógenos ejercen un efecto beneficioso sobre la pared vascular favoreciendo la vasodilatación y disminuyendo el apóposito de las placas de ateroma. En cambio, los gestágenos podrían tener un efecto contrario que conlleva que preparados monofásicos que contienen levonorgestrel se acompañen de un discreto aumento de las tensiones sistólicas y diastólicas (media de 3 a 7 mm Hg). Los gestágenos menos androgénicos no modi-

fican las cifras tensionales e incluso preparados como el gestodeno o la drospirenona, dada su actividad antimineralcorticoide, pueden acompañarse de descensos de la tensión arterial en pacientes con hipertensión leve. No existen factores predictivos de esta respuesta (antecedentes de toxemia o enfermedades renales), y en cualquier caso, el incremento no alcanza niveles clínicamente significativos.

- Metabolismo hepático: los AH inducen cambios en la biosíntesis de proteínas hepáticas. La administración de estrógenos aumenta la síntesis de las proteínas portadoras de esteroides (SHBG), las del cortisol y tiroxina (CBG y TBG), la alfa-1-antitripsina, la ceruloplasmina, la transferrina, la alfa-2-macroglobulina, etc., siendo el efecto gestagénico contrapuesto al inducido por los estrógenos. Asimismo, los estrógenos disminuyen la metabolización hepática de cortisol que, junto al desplazamiento que favorecen los gestágenos de su proteína portadora, conlleva un incremento neto de sus concentraciones libres plasmáticas. El aumento de la velocidad de sedimentación es consecuencia de un incremento paralelo del fibrinógeno. Los cambios en el metabolismo de las vitaminas son mínimos: ligero aumento de la vitamina A y disminución de la vitamina B, los folatos y el ácido ascórbico sin inducir cuadros de hipovitaminosis ni requerir suplementos en mujeres que ingieren dietas equilibradas.

- Otros efectos de menor relevancia son: incrementos en la producción de angiotensinógeno y aumento más importante de la prolactina en respuesta a la hipoglicemia o TRH. Más controversias existen en torno a los cambios inducidos sobre la hormona de crecimiento. No parece modificar sus concentraciones basales; sin embargo, pueden condicionar una respuesta más elevada tras pruebas de estimulación con tolbutamida o ejercicio.

Interacciones medicamentosas

- Las interacciones farmacológicas entre la AH y otros compuestos pueden ser de dos tipos (tabla 6):
 - El medicamento puede disminuir la efectividad de la AH y producir un adelanto del sangrado e incluso fallo del método. En otras ocasiones el medicamento hace que los niveles séricos de los esteroides que componen la AH aumenten.
 - También es posible que el AH interfiera en el metabolismo o la actividad de otros compuestos, incrementando o disminuyendo su efecto.
- *Anticonvulsivantes*: anticonvulsivantes como las hidantoínas, barbitúricos, primidona y carbamacepina, mediante un mecanismo de inducción enzimática del citocromo P-450, pueden producir una disminución de la eficacia anti-

Tabla 6. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos sistémicos

Ácido ascórbico	Puede dar lugar a un aumento de los niveles plasmáticos de etinilestradiol.
Anticoagulantes orales	Posible disminución del efecto anticoagulante. Riesgo de formación de trombos, en enfermos predispuestos. Sin embargo, en ciertos casos, el efecto puede ser el contrario. Es decir, se puede potenciar el efecto anticoagulante. Riesgo de hemorragias.
Anticonvulsivantes (hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, oxcarbamazepina)	Los anticonceptivos pueden precipitar ataques epilépticos, o modificar el metabolismo de los anticonvulsivantes. Los anticonvulsivantes pueden provocar disminución de la efectividad de los anticonceptivos, por lo que aumenta el riesgo de embarazo.
Antidiabéticos orales	Los anticonceptivos orales reducen la tolerancia a la glucosa, por lo que pueden restar eficacia al empleo de agentes antidiabéticos. En algunas ocasiones, especialmente durante los primeros días de la terapia, el efecto observado puede ser opuesto, es decir, potenciando la hipoglucemia.
Antidepresivos tricíclicos	Posible acumulación del antidepresivo en el organismo por efecto de los estrógenos. Riesgo de manifestaciones tóxicas.
Antifúngicos azólicos	Posible pérdida de la eficacia de los anticonceptivos hormonales. Riesgo de embarazo involuntario.
Antihipertensivos	Los anticonceptivos orales pueden dar lugar a un incremento de la presión arterial, reduciendo o anulando la eficacia terapéutica de los medicamentos antihipertensivos.
Atorvastatina	Posible acumulación orgánica del anticonceptivo.
Benzodiazepinas	Posible acumulación de la benzodiazepina. Riesgo de intoxicación. Asimismo, otras benzodiazepinas, tales como el temazepam, pueden sufrir un tipo de interacción contraria con los anticonceptivos orales, es decir, provocando una reducción de la duración del efecto ansiolítico y/o hipnótico.
Betabloqueantes	Posible acumulación del betabloqueante. Riesgo de intoxicación.

.../...

Tabla 6. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos sistémicos (cont.)

Cafeína	Posible disminución de la eliminación de la cafeína, con el consiguiente riesgo de sobreexcitación nerviosa y demás efectos de la cafeína.
Corticosteroides	Puede producirse un retraso en el metabolismo de los corticosteroides, con el consiguiente peligro de potenciar sus efectos tóxicos.
Griseofulvina	Posible pérdida de la eficacia de los anticonceptivos hormonales.
Hypericum perforatum (Hierba de San Juan)	No se recomienda la administración conjunta, ya que posiblemente podría producir una pérdida del efecto anticonceptivo. Se han comunicado casos de hemorragia intermenstrual y embarazos no buscados. Esto se debe a la inducción hepática por la hierba de San Juan. Este efecto inductor puede persistir durante al menos 2 semanas después de terminar el tratamiento con la hierba de San Juan.
Inhibidores de la proteasa (ritonavir)	Posible reducción de los niveles séricos de estrógeno, con el consiguiente riesgo de fracaso anticonceptivo. Se recomienda la adopción de medidas anticonceptivas alternativas.
Nevirapina	La administración conjunta de nevirapina con anticonceptivos orales puede dar lugar a una reducción de los niveles orgánicos del componente estrogénico, pudiendo conducir a una reducción o pérdida de la actividad terapéutica.
Paracetamol	El componente estrogénico de los anticonceptivos orales puede reducir la intensidad y la duración del efecto analgésico del paracetamol.
Penicilinas orales (ampicilina)	Puede dar lugar a una pérdida de eficacia del agente anticonceptivo. Riesgo de embarazo no deseado. Esta interacción parece producirse tan sólo en ciertas mujeres predispuestas.
Rifampicina	Posible pérdida de la eficacia de los anticonceptivos, con riesgo de que se produzcan irregularidades en el ciclo, y aumentando la posibilidad de embarazo.
Tabaco	En mujeres fumadoras puede darse una potenciación de los efectos adversos.

.../...

Tabla 6. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos sistémicos (cont.)

Teofilina	Posible aumento de los niveles plasmáticos de teofilina, con riesgo de manifestaciones tóxicas de ésta.
Tetraciclinas	Posible pérdida de eficacia del agente anticonceptivo. Riesgo de embarazo indeseado. Esta interacción parece producirse tan sólo en ciertas mujeres predispuestas.
Topiramato	Puede dar lugar a la pérdida de la actividad anticonceptiva.
Troleandomicina	Puede dar lugar a la aparición de ictericia, como consecuencia de una adición de efectos colestáticos.

conceptiva. Ante una paciente con tratamiento anticonvulsivante y deseo de tomar AH sería adecuado utilizar un fármaco alternativo a los anteriormente reseñados (ácido valproico) o recomendar la utilización de otro método anticonceptivo.

- *Rifampicina*: este antibiótico actúa también mediante mecanismo de inducción enzimática. Si una paciente se encuentra en tratamiento prolongado con rifampicina sería adecuado utilizar un método anticonceptivo diferente a la AH, mientras persista el tratamiento antibiótico. Si el tratamiento con rifampicina se plantea durante un período de tiempo corto, debería asociarse al AH un método de barrera o bien plantearse la utilización de otro método. Tras la finalización del tratamiento con rifampicina, es conveniente esperar cuatro semanas antes de asegurar la eficacia anticonceptiva del AH.

- *Antibióticos*: algunos antibióticos, como la penicilina y sus derivados, y las tetraciclinas pueden modificar la acción del AH actuando a nivel del circuito enterohepático. Durante la toma de uno de estos antibióticos es adecuado utilizar un método de barrera que complemente la AH, prolongando su uso hasta siete días después de la finalización del tratamiento antibiótico. Si el tratamiento coincidiese con el intervalo libre de la ingesta del AH (semana de descanso), lo recomendable sería prescindir de esta semana libre de toma.

Las mujeres que reciben tratamiento con alguno de los medicamentos que en teoría puedan reducir la eficacia del tratamiento anticonceptivo deberán utilizar de forma temporal un método de barrera adicional o elegir otro método anticonceptivo. Con los medicamentos inductores de las enzimas microsomales, deberá utilizarse el método de barrera durante el tiempo de administración concomitante de estos medicamentos y durante 28 días después de interrumpir el tratamiento. Las mujeres que reciben tratamiento con antibióticos (excepto tetraciclina) deben utilizar el método de barrera hasta 7 días después de interrumpir el tratamiento. Si la administración concomitante de estos medicamentos continúa después de las tres semanas de tratamiento con los parches, deberá iniciarse de inmediato un nuevo ciclo de tratamiento sin tener la semana habitual de descanso.

Seguimiento

Control previo (tabla 7)

- El objetivo del control previo sería:
 - Descartar las contraindicaciones.

Tabla 7. Controles en anticoncepción hormonal en mujeres sanas	
Pruebas previas	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none">– Mujer que lo solicite:<ul style="list-style-type: none">• Facilitar la accesibilidad a la consulta para orientación.– Información veraz:<ul style="list-style-type: none">• Información clara y concreta a las usuarias.– Anamnesis detallada de factores de riesgo:<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares.• Antecedentes personales.• Hábitos.– Exploraciones previas:<ul style="list-style-type: none">• Tensión arterial.• Índice de masa corporal.• Exploración ginecológica:<ul style="list-style-type: none">– En casos especiales no es imprescindible la exploración, la citología y la analítica.• Analítica:<ul style="list-style-type: none">– No es preciso determinar antitrombina III ni otros factores de coagulación sistemáticamente.– Evaluar la existencia de contraindicaciones.	<ul style="list-style-type: none">– Reevaluación de anamnesis.– Primer control a los seis meses:<ul style="list-style-type: none">• Confirmar correcto cumplimiento de pauta.• Recomendable control anual.– La toma de AH no precisa de controles específicos.– Sólo realizar los controles de salud de la mujer sexualmente activa.– Controles sucesivos:<ul style="list-style-type: none">• Peso.• Toma de TA.

- Valorar factores de riesgo o patologías que puedan afectarse por la AH y condicionar los controles posteriores.
- Conocer el perfil de la usuaria.
- Teniendo en cuenta que es adecuado aprovechar el acercamiento de la usuaria al sistema sanitario para proponer actuaciones de Promoción de la Salud (consejo antitabaco, des-pistaje HTA, etc.).
- Aunque en situaciones especiales (mujeres muy jóvenes, mujeres sin relaciones sexuales, etc.) se puede comenzar la administración de la AH sin más requisitos que la anamnesis orientada y la información adecuada, en la población general es recomendable:
 - De forma básica y fundamental: realizar una anamnesis orientada a detectar factores de riesgo (tabla 8), así como facilitar información adecuada sobre normas de uso, efectos secundarios, riesgos y beneficios.
 - Exploración clínica: medida de tensión arterial, peso, exploración genital, exploración mamaria.
 - Exploraciones complementarias (a realizar en algún momento cercano al inicio de la toma y siempre que la mujer no las tenga recientes):
 - Citología.
 - Determinación de triglicéridos (TG).

Tabla 8. Anamnesis para la prescripción de anticoncepción hormonal oral

Datos de filiación:
Edad:
Datos de la pareja (si hay pareja estable): <ul style="list-style-type: none">– Edad.– Enfermedades transmisibles (en general).– Enfermedades de transmisión sexual.– Actitud frente a métodos anticonceptivos.
Antecedentes familiares (familiares en primer grado): <ul style="list-style-type: none">– Hipertensión arterial.– Diabetes.– Enfermedad tromboembólica venosa. Trombofilia.– Isquemia coronaria.– Accidentes cerebro vasculares.– Dislipemias (hipertrigliceridemia).– Neoplasias ginecológicas (mama).
Antecedentes personales: <ul style="list-style-type: none">– Hipertensión arterial.– Diabetes.– Enfermedad tromboembólica venosa. Trombofilia.– Isquemia coronaria.– Accidentes cerebro vasculares.– Dislipemias.– Carcinoma de cérvix y mama.– Hepatopatías.– Enfermedades sistémicas: epilepsia, artritis reumatoide, esclerosis en placas, nefropatías, etc.– Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, toxicomanías.– Tratamientos farmacológicos: antiepilépticos, tuberculostáticos, psicofármacos.– Alergias a medicamentos.– Antecedentes quirúrgicos.
Antecedentes obstétrico-ginecológicos: <ul style="list-style-type: none">– Edad de menarquia y fórmula menstrual.– Edad de inicio de actividad costal.– Tipo de pareja (estabilidad, frecuencia de relaciones sexuales).– Edad del primer parto.– Fórmula obstétrica (gestaciones, partos, abortos, cesáreas, etc.).

.../...

Tabla 8. Anamnesis para la prescripción de anticoncepción hormonal oral (cont.)

Antecedentes obstétrico-ginecológicos:

- Diabetes gestacional, colostasis del embarazo. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Anticoncepción anterior: métodos utilizados y tolerancia, inicio de AHO previa y duración.
- Sintomatología ginecológica: dispareunia, leucorrea, dismenorrea, coitorragia, galactorrea, etc.
- Enfermedades de transmisión sexual: (especialmente VIH, HPV).

Peso, talla, tensión arterial.

Controles recomendables tras el inicio del tratamiento

- Mujer que toma AH < 35 años
 - Primer control a los 3-6 meses:
 - Valorar efectos secundarios.
 - Comprobar la toma correcta, aclarar dudas y resolver problemas imprevistos.
 - Información sanitaria fomentando autocuidados. Medida de TA.
 - Anualmente:
 - Actualizar anamnesis personal y familiar de factores de riesgo.
 - Medida de TA y peso.
 - Valoración de hábitos sexuales.
 - Cada 3-5 años:
 - Control analítico: colesterol total, HDL, TG y glucosa.

- Palpación abdominal.
- Exploración pélvica y citología.
- **Mujer que toma AH > 35 años**
 - Primer control a los 3-6 meses:
 - Valorar efectos secundarios.
 - Comprobar la toma correcta, aclarar dudas y resolver problemas imprevistos.
 - Información sanitaria fomentando autocuidados.
 - Medida de TA.
 - Anualmente:
 - Actualizar anamnesis personal y familiar de factores de riesgo.
 - Medida de TA.
 - Valoración de hábitos sexuales.
 - Control analítico: colesterol total, HDL-colesterol, TG y glucosa.
 - Suspender tratamiento si tabaquismo.
 - Cada 3 años:
 - Palpación abdominal.
 - Exploración pélvica y citología.
- Es recomendable realizar una primera mamografía a los 40 años, sobre todo si:
 - Existen antecedentes familiares en primer grado.

- Son mujeres que iniciaron la toma antes de los 20 años y por un período de más de 5 años en esta etapa.

Descansos

- La evidencia científica disponible no justifica la realización de descansos durante la toma de AH.

Beneficios no contraceptivos

Efectos beneficiosos terapéuticos

- Volumen menstrual: los AH regulan el ciclo menstrual y disminuyen el volumen total de pérdida entre un 60 y un 80%, por lo que disminuyen el riesgo de anemia ferropénica.
- Dismenorrea: los AH inducen una mejoría en un 90% de los casos, desapareciendo la sintomatología casi en la mitad de los casos. La mejoría se atribuye a la inhibición de la ovulación y a la disminución de la producción de prostaglandinas, consecuencia de una proliferación endometrial menor.
- Síntomas premenstruales: la mayoría de los anti-conceptivos aumentan la retención de líquidos. Sin embargo, la aparición de la terapia drospirenona + etinilestradiol (Yasmin®), que disminuye la acumulación de líquidos en el organismo, mejora muchos de los síntomas premenstruales, como son: la hinchazón, la pesa-

dez de piernas, dolores de cabeza, etc., y síntomas de ánimo depresivo.

- Manifestaciones hiperandrogénicas: el uso de AH mejora el acné, tanto en adolescentes como en mujeres de más edad, así como los de hirsutismo moderado que afectan a una de cada cuatro mujeres de los países mediterráneos. En especial los preparados con gestágeno antiandrogénico (drospirenona). Habitualmente el efecto beneficioso no persiste tras el cese de la toma de AH.

Efectos beneficiosos protectores

- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): las mujeres usuarias de AH tienen un riesgo inferior de presentar una EIP estimado entre un 50-60% y la severidad, si la sufren, es menor. El beneficio parece limitado a las usuarias actuales de 12 o más meses y no se mantiene tras el cese de la toma. La reducción del riesgo se da especialmente en aquellas infecciones transmitidas por continuidad, como la gonococia.
- Embarazo ectópico: su aparición durante la toma es excepcional (1 por cada 100.000 usuarias/año), siendo la protección superior al 90%.
- Patología benigna de mama: parecen disminuir el riesgo entre un 50 y un 75% de pre-

sentar tanto enfermedad fibroquística como fibroadenomas. La disminución del riesgo se limita a las usuarias actuales o anteriores (no más de un año) y aumenta con la duración del uso.

- Quistes de ovario: existe una disminución del riesgo de un 50% en la aparición de quistes funcionales y de un 80% de quistes luteínicos. Sólo afecta a usuarias actuales y la protección está relacionada con la dosis estrogénica.
- Cáncer de endometrio: se ha demostrado que el uso de AH durante 12 meses supone una reducción de un 50% del riesgo potencial de los tres principales tipos histológicos de cáncer (adenocarcinoma, adenoacantoma y carcinoma adenoescamoso), porcentaje que aumenta tras 3 años o más de uso. Este efecto se mantiene al menos 15 años tras la interrupción del tratamiento y protege especialmente a mujeres de riesgo, como las nulíparas.
- Cáncer de ovario: los estudios comparativos con preparados macro y microdosificados con gestágenos de segunda generación señalan una reducción media del riesgo del 40-50%, que se mantiene tras la finalización de la toma al menos durante 10 a 15 años. El grado de protección está en relación directa al tiempo de uso, y es ya perceptible a partir de los 3 a 6 meses del inicio de la toma.

- Miomas uterinos: el estudio de la Oxford Family Planning Association señalaba que las usuarias de 10 o más años tienen una disminución del riesgo de un 20-30%. Sin embargo, estudios más recientes concluyen que la toma de AH no influye en la historia natural de los miomas uterinos.
- Artritis reumatoide: existen datos contradictorios al respecto, pues los estudios europeos señalan una disminución del riesgo de hasta un 60%; los americanos no encuentran relación alguna y datos recientes señalan que, más que prevenir la enfermedad, los AH modificarían su curso, impidiendo la evolución de grados leves a otros más severos.
- Osteoporosis: la osteoporosis aparece más tarde y tiene una evolución más lenta en mujeres que han tomado AH, pues gozan de una densidad mineral ósea más conservada, existiendo una relación directa entre el grado de protección y el tiempo de exposición. No obstante, no conocemos el impacto que el consumo de AH en edades reproductivas tiene sobre la incidencia de fracturas en edades avanzadas. También se ha propuesto que la toma de AH durante la perimenopausia y en las etapas precoces de la postmenopausia como una oferta válida en la prevención de la pérdida de masa ósea.
- Endometriosis: existen pocos estudios que valoren la influencia de los AH tanto en el estableci-

miento de la endometriosis como sobre el curso de la enfermedad ya instaurada.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

En qué consiste

- Un DIU es una pequeña estructura, generalmente de plástico, que puede tener formas variadas, y que se inserta en la cavidad uterina, donde ejerce su acción, ya sea actuando de forma inerte o liberando sustancias (iones, hormonas...).
- Según sus características, los DIUs pueden clasificarse en:
 - Dispositivos inertes: no liberan ninguna sustancia.
 - Dispositivos liberadores de iones: a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones, que liberan según su composición.
 - Dispositivos liberadores de hormonas: además de la acción del propio dispositivo, presentan la de la hormona que libera el dispositivo.

Presentaciones de que disponemos (tabla 9)

DIU liberador de cobre

- La mayor parte de los dispositivos liberadores de cobre que están en el mercado poseen una

Principales métodos anticonceptivos reversibles (II).
(Métodos hormonales, Dispositivo intrauterino)

Tabla 9. DIUs comercializados en España

Nombre	Laboratorio	Características
Ancora de cobre 250	Eurogine	Superficie de cobre 250 mm ²
Ancora de cobre 375	Eurogine	Superficie total de cobre 375 mm ²
Ancora de plata (Cu + Ag)	Eurogine	Superficie total de cobre 375 mm ²
EFFI-LOAD 375	Effik	Cobre de alta carga activa 380 mm ²
EFFI-T380 corto	Effik	Cobre de alta carga activa 380 mm ²
EFFI-T380 standard	Effik	Cobre de alta carga activa 380 mm ²
Flexi T+380 1 U	Temaer H	Cobre de alta carga activa 380 mm ²
Flexi T-300 1 U	Temaer H	Superficie total de cobre 300 mm ²
Flexit+300 1 U	Temaer H	Superficie total de cobre 300 mm ²
Mirena 20 MCG	Schering	Levonorgestrel 52 mg
Multiload CU 250	OESA	Carga de cobre 250 mm ²
Multiload CU 375	OESA	Carga de cobre 375 mm ²
Multiload CU 375 SL	OESA	Carga de cobre 375 mm ²
NOVA-T	Schering	Carga de cobre 200 mm ²
T 380	Eurogine	Carga de cobre 380 mm ²
T de cobre 200	Eurogine	Carga de cobre 200 mm ²
T de oro (Cu 375 + Au)	Eurogine	Carga de cobre 375 mm ²
T de plata 200 (Cu + Ag)	Eurogine	Carga de cobre 200 mm ²
T de plata 375 (Cu + Ag)	Eurogine	Carga de cobre 375 mm ²

superficie de cobre superior a 300 mm² y se les considera de alta carga. La alta carga de cobre les confiere mayor eficacia y mayor tiempo de uso. Los DIUs que poseen una superficie de cobre de 380 mm² tienen un tiempo de uso máximo de hasta 10 años. Los de superficie de 375 mm² de 8 años y los de 300-375 mm² de 5 años, según el fabricante.

DIU liberador de levonorgestrel (Mirena®)

- Dispositivo intrauterino en forma de T con un contenido total de levonorgestrel de 52 mg y una tasa de liberación de 20 mcg de levonorgestrel/24 horas inicialmente, reduciéndose a aproximadamente 11 mcg/24 horas tras cinco años. La tasa media de liberación de levonorgestrel es de aproximadamente 14 mcg/24 horas hasta los cinco años.

Mecanismo de acción

DIU liberador de cobre

- Aunque no existen evidencias científicas concluyentes sobre el mecanismo de acción de los DIU, se acepta que pueden actuar por diferentes mecanismos de acción:
 - Todos los DIU provocan una reacción inflamatoria local de cuerpo extraño que produce:

- Un aumento de la permeabilidad capilar.
- Edema endometrial.
- Aumento de la presencia de macrófagos.
- Los DIU probablemente ejercen una acción gameticida, fundamentalmente espermicida, dificultando la fertilización.
- La eficacia de los DIU liberadores de cobre presenta una relación dosis dependiente.
- Los DIU liberadores de LNG, además, ejercen un efecto endometrial hostil a la migración espermática que dificulta la fertilización.
- Debido a que el mecanismo fundamental es preconceptivo, es poco probable que la acción principal tenga relación con la capacidad de interferir la implantación.

DIU liberador de levonorgestrel

- Levonorgestrel es un progestágeno de síntesis con débiles actividades estrogénicas y androgénicas. Concentraciones elevadas de levonorgestrel en el endometrio inhiben la síntesis endometrial de receptores estrogénicos, haciendo al endometrio insensible al estradiol circulante y observándose un fuerte efecto antiproliferativo.
- El mecanismo principal por el que ejerce su efecto anticonceptivo es el aumento de la viscosidad del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides a través del canal cervical, así

como la inhibición de la proliferación del endometrio. En el útero y en las trompas inhibe la motilidad y funcionalidad espermáticas, previniendo la fertilización. Además, en algunas mujeres se inhibe la ovulación.

Ventajas

Beneficios anticonceptivos

- Altamente eficaz, manteniéndose dicha eficacia durante el tiempo de uso recomendado (tabla 10):
 - La eficacia de los DIU de Cu de alta carga ($> 300 \text{ mm}^2$) es elevada, con tasas de embarazo inferiores o en torno al 1% al año. No está justificado el uso de DIU inertes o de baja carga de Cu ($< 300 \text{ mm}^2$) cuando se precisa elevada eficacia anticonceptiva.

Tabla 10. Relación eficacia anticonceptiva del DIU con:

Carga de cobre	<ul style="list-style-type: none">– Menor eficacia $< 300 \text{ mm}^2$– Mayor eficacia $> 300 \text{ mm}^2$
DIU-LNG	<ul style="list-style-type: none">– Mayor eficacia
Duración	<ul style="list-style-type: none">– $< 300 \text{ mm}^2 < 3$ años– $> 300 \text{ mm}^2 > 5$ años– DIU-LNG > 5 años
Paridad	<ul style="list-style-type: none">– Igual eficacia en nulíparas que en paras, para la misma edad.
Edad de la mujer	<ul style="list-style-type: none">– DIU de Cu menor eficacia en mujeres jóvenes. No sobrepasar tiempo recomendado.– En mujeres > 40 años no precisa recambio.

- La eficacia del DIU-LNG es similar a la de los DIU de alta carga de Cu con tasas de embarazo inferiores o en torno al 0,1% al año.
 - La eficacia de los DIU de Cu puede verse afectada por la edad, ya que en mujeres jóvenes la tasa espontánea de fertilidad es mayor. A partir de los 40 años (en los que la fertilidad está disminuida) estaría justificado mantener un DIU hasta la menopausia.
 - Existe evidencia científica de que la eficacia de los DIU es similar en nulíparas/nuligrávidas que en paras o grávidas.
 - La eficacia de los DIU puede verse influida por otros factores: capacitación o experiencia del facultativo, tasa de expulsión y tipo de DIU.
- Eficacia inmediata.
 - Método de largo plazo (hasta 10 años de protección con el T de cobre 380A).
 - No interfiere con el coito.
 - Retorno inmediato a la fecundidad al extraerse.
 - No afecta la lactancia.
 - Pocos efectos secundarios.
 - Después de la visita de seguimiento, la usuaria necesita regresar a la clínica sólo si tiene problemas.
 - No es caro.

Cuándo desaconsejaríamos

Las contraindicaciones actuales del DIU (tabla 11) son:

- Embarazo confirmado o sospecha del mismo.
- Portadora de DIU.
- Hemorragia genital sin filiar.
- Infecciones genitales agudas, hasta su resolución.
- Distorsiones severas de la cavidad uterina o cervical, congénitas o adquiridas.
- Neoplasia genital (excluido el cáncer de mama).
- Endometritis postparto.
- Contraindicaciones relacionadas con la paridad:
 - Nuliparidad:
 - No es una contraindicación. El uso de DIU no afecta a la fertilidad posterior.

Tabla 11. Contraindicaciones absolutas del uso del DIU

- Embarazo confirmado o sospecha del mismo.
- Portadora de DIU.
- Hemorragia genital sin filiar.
- Infecciones genitales agudas, hasta su resolución.
- Distorsiones severas de la cavidad uterina o cervical, congénitas o adquiridas.
- Neoplasia genital (excluido el cáncer de mama).
- Endometritis postparto.
- Aborto séptico.
- Enfermedad de Wilson (contraindicado el DIU de Cu).

- Embarazo ectópico.
 - Antecedente de ectópico no contraindica el uso de DIU.
 - El riesgo absoluto de ectópico es bajo.
 - El antecedente de ectópico previo y DIU no se asocia a una disminución de la fertilidad posterior o una aumento de recurrencia de ectópico.
- Inserción en período postparto y postaborto:
 - No está contraindicada la inserción postparto inmediata, salvo en presencia de infección puerperal. Las ventajas de la inserción de DIU antes de la involución uterina completa son menores que los riesgos, debido a la alta tasa de expulsiones, perforaciones y disminución de la eficacia. La inserción, a partir de la cuarta semana postparto, tiene una eficacia equiparable a la colocación en cualquier otro momento.
 - Puede insertarse un DIU inmediatamente después de un aborto del primer trimestre, espontáneo o inducido. En abortos del segundo trimestre las tasas de expulsión son elevadas. El DIU está contraindicado en caso de aborto séptico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
 - La EIP activa es una contraindicación absoluta para el uso del DIU, pero el antecedente

de EIP, en ausencia de gérmenes patógenos, no contraindica el uso del mismo.

- Enfermedades de transmisión sexual (ETS):
 - El DIU no protege frente a las ETS/VIH, por lo que debe recomendarse el uso de preservativo.
 - La ETS actual supone una contraindicación absoluta.
 - El uso de DIU en portadora de VIH no tiene efecto significativo sobre las complicaciones totales o la carga viral.
- Otras situaciones:
 - No existe contraindicación para la utilización del DIU en la Diabetes Mellitus, el Lupus Eritematoso Sistémico ni en el útero en retroversión.
 - Son contraindicaciones para la utilización de los DIU de cobre la enfermedad de Wilson, las coagulopatías, las anemias, la menorragia, etc., pero en estos casos no está contraindicada la utilización de DIU-LNG.
 - La utilización de DIU-LNG debe emplearse con precaución y tras consulta al especialista, e incluso el tratamiento debe interrumpirse retirando el sistema, en caso de existencia o aparición por primera vez de:
 - Migraña con signos de focalización, como pérdida asimétrica de visión u otras alte-

raciones que indiquen isquemia cerebral transitoria.

- Cefalea de intensidad excepcionalmente grave.
- Ictericia.
- Hipertensión arterial: incremento significativo de la presión sanguínea.
- Sospecha o existencia confirmada de neoplasias hormono-dependientes, incluyendo cáncer de mama.
- Enfermedades arteriales graves, tales como ictus o infarto de miocardio.
- Tromboembolismo: algunos estudios epidemiológicos recientes señalan que en mujeres que emplean anticonceptivos orales con gestágenos exclusivamente, puede haber un riesgo ligeramente incrementado de padecer tromboembolismo venoso. Sin embargo, deben adoptarse las medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas de forma inmediata si se presentaran signos o síntomas que indicaran trombosis. Los síntomas de la trombosis arterial o venosa pueden incluir: dolor y/o hinchazón unilateral en extremidades inferiores; dolor torácico grave y repentino, irradie o no al brazo izquierdo; disnea súbita; aparición súbita de accesos de tos; cualquier cefalea inusual, grave y prolongada; pérdida repentina de la visión,

parcial o completa; diplopia; habla confusa o afasia; vértigo; colapso con o sin crisis focal; debilidad o entumecimiento muy marcado que de forma súbita afecte a un lado o parte del cuerpo; alteraciones motoras; abdomen «agudo». Los síntomas y signos que indican trombosis retiniana son: pérdida inexplicada parcial o completa de la visión; aparición de proptosis o diplopia; edema papilar o lesiones vasculares de la retina. No hay consenso sobre la posible influencia de las venas varicosas y tromboflebitis superficial en el tromboembolismo venoso.

- Diabetes: dosis bajas de levonorgestrel pueden afectar a la tolerancia a la glucosa, por lo que debe controlarse la glucemia en pacientes diabéticas en las que se inserte el sistema.
- Las hemorragias irregulares pueden enmascarar algunos signos y síntomas de poliposis endometrial o cáncer de endometrio, por lo que en estos casos deben establecerse las medidas diagnósticas apropiadas.

Complicaciones

Complicaciones durante la inserción

- Es posible que ocurra dolor/reacción vagal; se recomienda disponer de AINE y atropina para solucionar el cuadro.

- La mejor prevención de la perforación es una inserción cuidadosa. Aunque sólo ocurre en el 6/10.000 de inserciones, caso de producirse, se aconseja interrumpir la maniobra, retirar el dispositivo y administrar medicación adecuada.

Complicaciones durante la permanencia

- Embarazo:
 - Establecer si se trata de una gestación intrauterina o ectópica. Si el embarazo es intrauterino, valorar el deseo gestacional. Informar que si el DIU no se extrae, existe un 50% de riesgo de aborto, pero que no se asocia a un incremento de malformación fetal, ni de prematuridad.
 - Si la gestación es ectópica hay que solucionar el cuadro clínico y valorar la retirada del dispositivo.
- Descenso o expulsión:
 - Descenso: se considera que un DIU está descendido cuando está alojado, parcial o totalmente, en el canal cervical. Hay evidencia científica de nivel II-3 de que las mediciones ecográficas que relacionan la posición relativa del DIU respecto al fundus uterino no sirven para definir el concepto de "descenso". Se acepta que el DIU está normoinserido siempre que el extremo inferior del vástago está por

encima del orificio cervical interno (OCI). En caso de descenso, se aconseja retirar el DIU.

- Expulsión: se define como la presencia del DIU en vagina o fuera del cuerpo de la mujer. Siempre hay que descartar la posibilidad de perforación y posterior migración.
- Dolor y/o sangrado.
 - El dolor y la modificación en el sangrado uterino son los dos efectos secundarios del DIU de cobre que motivan, con mayor frecuencia, la extracción del mismo. El manejo de estas situaciones incluye las siguientes posibilidades:
 - Realizar diagnóstico diferencial.
 - Confirmar la correcta colocación del DIU.
 - Los DIU de Cu, el tratamiento de elección son los AINE, existiendo la posibilidad de añadir un antifibrinolítico. Si a pesar del tratamiento, el dolor y/o sangrado persisten, se debe valorar la extracción del DIU de Cu y la re inserción de otro tipo de DIU.
 - No visualización de hilos guía.
 - Realización de ecografía para visualización del DIU intraútero. Si se confirma, seguir controles habituales. Si no se visualiza el DIU realizar una radiografía de abdomen. Si el DIU está en el abdomen debe proceder-

se a su extracción; si no se visualiza se considerará que ha sido expulsado.

- Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).
 - El factor determinante de desarrollar EIP está relacionado con las ETS. El riesgo atribuible al DIU está relacionado con el proceso de inserción y se limita a los tres primeros meses tras la inserción (es raro después de las tres primeras semanas). Hay evidencia de que el hilo monofilamento no es vector de infección, así como de que la EIP en presencia de DIU no reviste mayor gravedad que en su ausencia. El tratamiento es el habitual y no es necesario retirar el DIU.
- *Actynomices*.
 - La presencia de este microorganismo en la citología es más frecuente en portadoras de DIU que en no portadoras. En ausencia de sospecha de infección pélvica, no hay acuerdo sobre la conducta a seguir. Las actitudes varían desde la retirada del DIU y tratamiento con penicilina, hasta la conducta expectante. Si se sospecha infección pélvica es aconsejable retirar el DIU, prescribir antibiótico y repetir citología tres/seis meses más tarde. Si la citología resultare negativa, puede insertarse otra vez un DIU.

- Interacciones medicamentosas (en los DIU liberadores de LNG):
 - Inductores enzimáticos (fenitoína, carbamazepina, rifampicina): el efecto de los anticonceptivos hormonales puede verse disminuido por fármacos inductores de los enzimas hepáticos, incluyendo la primidona, barbitúricos, fenitoína, carbamazepina, rifampicina y oxcarbazepina; este efecto también se sospecha para la griseofulvina. No se ha estudiado la influencia de estos fármacos sobre la eficacia de levonorgestrel, pero no se cree que revista importancia debido a que los mecanismos de acción de éste son principalmente locales. No obstante, es prudente considerar la utilización de otro método anticonceptivo no hormonal.

Reacciones adversas

Liberadores de cobre

- Sangrado menstrual más intenso.
- Sangrado vaginal irregular o intenso.
- Cólicos entre reglas.
- Aumento en el dolor o los cólicos menstruales.
- Flujo vaginal.

Liberadores de levonorgestrel

- La reacción adversa más frecuente con el empleo del sistema intrauterino es la modificación de

los patrones de la hemorragia menstrual que suele limitarse a los 3-6 primeros meses de uso. Los cambios pueden incluir manchado, acortamiento o alargamiento de los períodos menstruales, sangrado irregular/oligo/amenorrea. No obstante, el número medio de días de manchado disminuye gradualmente de nueve a cuatro días durante los primeros seis meses de uso, así como la cantidad de sangrado menstrual. En ensayos clínicos, durante el primer año de empleo, un 17% de las mujeres experimentan amenorrea de al menos tres meses de duración.

- Pueden producirse folículos aumentados (quistes ováricos funcionales), habiéndose diagnosticado éstos en un 12% de las mujeres que emplean este medicamento. Éstos son generalmente transitorios y no precisan de tratamiento salvo complicaciones.
- Las reacciones adversas que han sido comunicadas se citan a continuación en orden de frecuencia de aparición: cefalea, dolor abdominal inferior, dolor de espalda, alteraciones de la piel, flujo vaginal, mastalgia y otras alteraciones benignas de la mama, vaginitis, depresión y otros cambios de humor, náusea, edema. Otras reacciones adversas, tales como aumento de peso, pérdida de cabello o exceso de secreción sebácea en cabello e hirsutismo, se han comunicado en casos individuales.

Seguimiento

Controles previos a la inserción

- Información y asesoramiento del método elegido, asegurándose de que la mujer ha entendido los posibles efectos secundarios (dolor, sangrado...) y el riesgo de padecerlos.
- Anamnesis general y ginecológica orientada a descartar factores de riesgo y contraindicaciones.
- Exploración ginecológica habitual.
- Se recomienda solicitar consentimiento informado.
- No existe evidencia sobre la necesidad de realizar, sistemáticamente, otras pruebas complementarias.
- En pacientes de riesgo y según la anamnesis y la exploración, se individualizará la conveniencia de realizar otras exploraciones complementarias (hemograma, citología, cultivo y ecografía).

Cuidados durante la inserción

- El DIU puede ser insertado cualquier día del ciclo, y no sólo durante los días de la menstruación. Hay estudios que sugieren que se obtienen mejores resultados durante el período periovulatorio o al final de la menstruación.
- La administración de un AINE una hora antes de la inserción, como profilaxis del dolor, tiene un efecto beneficioso.

- Debemos extremar las medidas de asepsia y antisepsia, previas a la manipulación del cérvix.
- Existen estudios que demuestran el beneficio de ciertos fármacos (misoprostol, anestésicos locales) para mejorar la permeabilidad del cérvix en caso de dificultad de inserción.
- No está justificada la administración generalizada de profilaxis antibiótica, ni tan siquiera en pacientes con riesgo de endocarditis bacterianas no complicada.

Cuidados posteriores a la inserción

- Se recomienda practicar un primer control tras el primer período menstrual, y dentro de los tres primeros meses tras la inserción. No existe evidencia de que el control ecográfico sistemático mejore la eficacia del método.
- Se aconseja que los controles posteriores coincidan con los programas de control de salud recomendados según la edad de las mujeres, en ausencia de incidencias o de complicaciones. No se ha demostrado que los controles más frecuentes reporten beneficios.
- Se debe ofrecer a la usuaria la posibilidad de contactar ante cualquier eventualidad o problema: fiebre, amenorrea, no detección de los hilos, dolor pelviano, dispareunia, sangrados irregulares, leucorrea.

- En cada visita de control se recomienda: actualizar la anamnesis, visualizar los hilos y exploración ginecológica. Según los hallazgos encontrados, se solicitarán las pruebas complementarias pertinentes.

Beneficios no contraceptivos

DIU liberador de levonorgestrel

- Se han observado variaciones en el perfil de las lipoproteínas, con disminución del colesterol, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos, así como disminución e incremento de HDL. No se han establecido los efectos clínicos a largo plazo de estas variaciones.
- Puede emplearse con éxito en el tratamiento de la menorragia idiopática. El volumen del sangrado menstrual decreció en un 88% en mujeres menorrágicas tras tres meses de empleo y hasta un 97% al año de uso. La menorragia causada por miomas submucosos puede responder de forma menos favorables.
- Debido a la reducción del sangrado y de la duración de la menstruación, el DIU-LNG incrementa los valores de HG y ferritina en los pacientes con menorragia.
- Mejora de la dismenorrea.
- Protección frente a la EIP debido a su acción sobre el moco cervical y el endometrio.

Principales métodos anticonceptivos irreversibles

Dra. María Vega Martínez

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Menasalbas. Toledo

Están incluidos dentro de los métodos contraceptivos, pero no cumplen una de las características de éstos que es su reversibilidad. Se aplican tanto a la mujer como al hombre. Son métodos de alta eficacia, irreversibles, y las parejas que lo elijan deberán estar bien informadas.

Antes de describir los métodos irreversibles comentaremos los datos básicos a recoger en la historia clínica, no necesitando otro nuevo documento; utilizaremos la historia ya existente.

Nos interesa conocer:

- Antecedentes familiares, personales.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Historia gineco-obstétrica: menarquia, fórmula menstrual, número de partos y abortos, fecha de la última regla, alteraciones menstruales, infecciones genitales, antecedentes y/o presencia de patología mamaria.
- Métodos utilizados con anterioridad (aceptación, efectos secundarios, causa de abandono).

- Hábito sexual: número de parejas sexuales, apetencia, orgasmo, frecuencia de relaciones.

Exploración general y ginecológica:

Exploración mamaria.

Sistemático, bioquímica básica y estudio de coagulación preoperatorio.

Será necesario derivar a la paciente a una consulta especializada; no obstante, antes deberemos de asegurarnos de:

- Que su decisión es voluntaria y que está perfectamente informada del método elegido.
- Conoce la existencia de otros métodos anticonceptivos.
- El carácter irreversible de este método.
- La existencia de una pequeña posibilidad de fallo.
- La posibilidad de que se pueda arrepentir (mayor probabilidad: menores de 30 años, solteras o recién casadas, sin hijos varones, con acceso limitado a otros métodos anticonceptivos y personas presionadas a tomar esa decisión).
- El tipo de intervención y las posibilidades que existen, con o sin anestesia, según el método quirúrgico.

ESTERILIZACIÓN FEMENINA

Ligadura tubárica

Método quirúrgico que consiste en la oclusión de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión del óvulo y el espermatozoide mediante ligadura, coagulación u oclusión mecánica, no existen alteraciones en el resto de las funciones del aparato reproductor.

Al ser un método irreversible, la mujer deberá estar totalmente convencida sobre su futuro reproductivo; su decisión será firme, será necesario que la paciente firme un consentimiento informado antes de la intervención.

Indicaciones

- Cuando no se desean más embarazos.
- Como alternativa a otros métodos. Por fracaso de los mismos.
- Cuando el embarazo sea una amenaza grave para la salud materna.
- Cuando se trate de evitar la transmisión de enfermedades hereditarias.
- Casos de psicopatologías graves. En deficientes psíquicas se necesita autorización de un juez.

Contraindicaciones

- En embarazo.

- EPI (enfermedad pélvica inflamatoria activa).
- Otras situaciones que contraindiquen la cirugía.
- Cuando la decisión de la paciente no esté clara.

No se recomienda realizarla inmediatamente tras el parto o cesárea, ya que está condicionada por la situación de tensión que vive en ese momento y posteriormente podría arrepentirse.

Las dos técnicas más usadas, dependiendo de la vía de acceso, son:

- Minilaparatomía: mediante una incisión mínima en la pared abdominal o incisión periumbilical se accede al aparato reproductor femenino.
- Laparoscopia: son los más utilizados en la actualidad por presentar menos riesgos que la cirugía convencional y la recuperación es más corta. La más utilizada es la electrocoagulación bipolar de las trompas; también se utilizan otros procedimientos, como la inserción de «clips» o bandas de «silastic». La reversibilidad de la esterilización mediante métodos de microcirugía es posible, siendo más complicada si la técnica ha sido la electrocoagulación.

Ventajas

- Es un método permanente.

- Muy eficaz con un Índice de Pearl de 0,13% (las multíparas mayor fracaso por mayor grosor de las trompas).
- Su efecto es inmediato.

Inconvenientes

- Riesgo y efectos secundarios relacionados con la cirugía.
- Probabilidad de arrepentimiento.
- No protección ante ETS y VIH.
- Mayor coste que la esterilización masculina.
- Quedan cicatrices visibles.

Complicaciones a corto plazo

Derivadas de la cirugía, aunque se trata de una cirugía menor y las tasas de complicaciones son muy bajas, pueden producirse: hemorragias, perforación y lesión de órganos vecinos, fiebre o infección.

Complicaciones a largo plazo

- Si se produce un fracaso, hay un tercio de posibilidades de que en caso de embarazo éste sea ectópico.
- Cambios en los patrones hormonales y menstruales sin que se haya establecido relación causal.

IMPLANTE HISTEROSCÓPICO

Método irreversible similar a otros procedimientos anticonceptivos ya reseñados respecto a indicaciones, contraindicaciones, ventajas e inconvenientes.

Es un procedimiento quirúrgico que no requiere incisiones y que consiste en la colocación vía vaginal de un pequeño dispositivo flexible denominado microinserto en cada una de las trompas de Falopio, la duración del procedimiento no es mayor de 35 minutos y se puede realizar con anestesia local. Una vez colocados los microinsertos, el tejido corporal crece en su interior bloqueando las trompas de Falopio e impidiendo que los espermatozoides lleguen al óvulo y lo fertilicen.

Se realizará una visita de seguimiento a los tres meses para comprobar la oclusión tubárica mediante una histerosalpingografía y para comprobar que los microinsertos están bien colocados. Se deberá utilizar otro método anticonceptivo durante este período. Si fuera necesario extraer los microinsertos se tendría que recurrir a una cirugía abdominal con anestesia general.

Se piensa que dicho bloqueo puede ser definitivo, pero todavía no hay datos a largo plazo.

Es un método altamente eficaz: 99,8% en el seguimiento a dos años.

Durante la colocación se ha descrito:

- Presencia de dolor y hemorragia vaginal que cede a los pocos días.

- Náuseas y vómitos.
- Ruptura del microinserto.
- Embarazo no diagnosticado al momento del procedimiento de colocación; esto se evita colocando los microinsertos en la primera fase de la menstruación antes de la ovulación.
- Infección tras la colocación.
- Riesgos de la anestesia.

Complicaciones más tardías

- Posibilidad de embarazo, y es más probable que sea ectópico.
- Riesgos para la madre y el feto en caso de embarazo.
- Cambios en el ciclo menstrual.
- Dolor pélvico, lumbar o abdominal.
- Arrepentimiento de su decisión, sobre todo en mujeres jóvenes.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.

VASECTOMÍA

Es un método para la esterilización permanente del varón. Consiste en la interrupción quirúrgica de los conductos deferentes impidiendo que el esperma se introduzca en los conductos eyaculadores y la fertili-

zación no pueda suceder. Los testículos siguen generando espermatozoides saliendo de los testículos, pero siendo bloqueados por los conductos deferentes en el sitio de la vasectomía. Aunque es considerado método irreversible, con las técnicas de recanalización actuales se consigue la reversibilidad en un 40% de los casos, dependiendo de la cantidad de conductos deferentes destruidos, no dependiendo del tiempo que lleven realizados.

Indicaciones

- Cuando no se desean más embarazos.
- Ante fracaso de otros métodos.
- Cuando el embarazo sea una amenaza grave para la salud materna.
- Cuando se trate de evitar la transmisión de enfermedades hereditarias.
- En deficientes psíquicos (se necesita autorización de un juez).

Durante la entrevista previa es conveniente que venga con su pareja, aunque no imprescindible; se registrará en la historia antecedentes quirúrgicos y la existencia de alteraciones sanguíneas.

Se informará sobre la irreversibilidad del método, aunque en algunas ocasiones se realiza la reversibilidad del método con éxito.

Es necesario recoger el consentimiento informado en el historial del paciente.

Se puede hacer de forma ambulatoria y con anestesia local, con un coste y riesgo menor que la ligadura tubárica en la mujer. La intervención puede durar aproximadamente entre 15 y 30 minutos; puede presentar, tras una semana de la intervención, molestias testiculares que ceden con un suspensorio o analgesia.

Su efectividad es del 96-100%, siendo los fallos por falta de práctica del médico que la realiza o, de forma más rara, por malformaciones anatómicas.

Se debe realizar un espermiograma después de 2 meses de la intervención o transcurridas 20 eyaculaciones hasta que sea negativo; mientras utilizar otro método alternativo.

Indicaciones

Varón que decide método anticonceptivo definitivo.

Deficiente psíquico, necesitará previamente la autorización de un juez.

Contraindicaciones

- Infección genital en el momento de la intervención.
- Tratamientos con anticoagulante de forma crónica.

- Imposibilidad para palpar los dos conductos deferentes a través de la pared del escroto (varicocele, hidrocele).
- Cirugías previas del saco escrotal.

Ventajas

- Permanente, eficaz y no requiere ningún seguimiento tras certificar la azoospermia.
- No interfiere en el acto sexual.
- Fácil de realizar, menor coste que la ligadura tubárica.

Inconvenientes

- La reversión resulta costosa y tiene resultados variables.
- Posibilidad de arrepentimiento.
- No protección contra ETS y HIV.

Complicaciones a corto plazo

- Hematomas: se pueden producir a las pocas horas de la intervención, causan dolor y tumefacción en el escroto y región inguinal, siendo necesario reintervenir y proteger con antibióticos.
- Hemorragias: es una complicación frecuente que se autorresuelve en 2-3 días.

- Infección de fácil resolución con tratamiento anti-biótico.
- Orquitis, prostatitis y granulomas.

Complicaciones tardías

- Epididimitis crónica. Por extravasación esper-mática se produce un granuloma. Se resuelve espontáneamente, aunque a veces hay que rein-tervenir.
- Cáncer de testículo. No está demostrado.
- Carcinoma de próstata. Según algunos autores puede aumentar el riesgo a lo largo de la vida (período de latencia de 20 años), pero no hay base científica clara. Esto no debe modificar las prácticas actuales, pero sí contemplarse esta posibilidad en el consentimiento informado.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Roca R. Planificación Familiar. Anticoncepción. En Guía de Actuación en Atención Primaria, cap. 6, p. 309-19. Socie-dad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Segunda Edición 2002.

Robert J Wooley y Araújo D. Anticoncepción. Procedimiento Vasectomía. En: Saunders Manual de Práctica Médica, Vol I, cap. 111, Magraw. Hill. Interamericana. p. 519-38.

Melero López A, Nadal Rubio G. Contracepción. En: Guía Prác-tica en Ginecología y Obstetricia. Lombardía Prieto J y Fernán-dez Pérez M.^a L. Cap. 17, Janssen- Cilag. p. 133-43.

Ramírez Hidalgo A, AVECILLA PALAU A, SÁNCHEZ BEIZA ML. Planificación Familiar. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.) Harcourt Ediciones S.A.; 1999. p. 558-77.

American Collage of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Sterilization by Laparoscopy. Patient Education Brochure AP035; abril 2000.

Principales métodos anticonceptivos. Situaciones especiales

Dra. María Vega Martínez

*Médico de Atención Primaria. Centro de Salud
de Menasalbas. Toledo*

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa evolutiva de transición entre la infancia y la vida adulta, desde los 10 años hasta los 20 años (OMS). Es una etapa de cambio y no es una etapa estática en el desarrollo del individuo ni todos los individuos tienen idénticas situaciones de madurez física y psíquica. Es la etapa en la que se empiezan a tomar las primeras decisiones independientes, se busca una autonomía propia y se busca y se elige un nuevo estilo de vida.

La sexualidad es un proceso que forma parte de la persona, es algo positivo para el ser humano, durante la adolescencia se manifiesta de forma progresiva y los jóvenes deben de aprender a disfrutarla sin que suponga un problema importante para su salud. Muchos análisis de la situación sanitaria de la población joven concluyen que, por lo general, este colectivo goza de buena salud en términos de mortalidad, morbilidad y enfermedades bien establecidas.

Sí existen conductas de riesgo que constituyen un problema de salud pública que va en aumento, como

el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, los embarazos no deseados y el aumento de enfermedades de transmisión sexual.

Definiremos el término de *Minoría Madura* como un término legal que hace referencia a que un adolescente, aunque tenga una edad inferior a la considerada «mayoría de edad legal», tiene capacidad suficiente para decidir por sí mismo sobre ciertas intervenciones y tratamientos sin necesidad de que esa decisión la tome su tutor legal. Legalmente, se entiende que el umbral de la «minoría madura» comienza a los 12 años cumplidos, siendo necesario por debajo de esta edad consentimiento otorgado por el representante legal del menor, en su defecto por las personas vinculadas familiarmente o de hecho con el mismo.

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se suelen iniciar las relaciones sexuales. El patrón sexual en esta etapa se corresponde con relaciones eventuales, esporádicas, en tiempo de ocio (vacaciones, fines de semana) con parejas no siempre fijas o conocidas. El riesgo de embarazo es alto, por ser un período de máxima fertilidad de hasta un 20% tras un único coito y, por otro lado, no son conscientes de que les puede ocurrir a ellos y tienen relaciones sin protección «tiempo de riesgo» entre 3 y 12 meses antes de pensar en un método anticonceptivo.

Según una encuesta de fecundidad de 1999, el 79,9% de las mujeres entre 15 y 19 años no han utili-

zado nunca un método anticonceptivo, y entre las 423.000 adolescentes que tienen cónyuge, pareja estable o relaciones ocasionales, sólo la mitad utiliza métodos anticonceptivos.

Así mismo, en la publicación, *Interrupción voluntaria del embarazo* del Ministerio de Sanidad de 25 de febrero de 2004, referida a datos de 2002, vemos que la tasa de IVE es de 9,28 por 1.000 en menores de 19 años, siendo en 2001 de 8,29. Los embarazos han aumentado ligeramente y las IVE experimentan una tendencia ascendente.

Desde nuestra práctica diaria la actitud ante este grupo debe ser dar consejo contraceptivo; es decir, prescripción de un método anticonceptivo cuando se nos solicite explícitamente o ante motivos de consulta no relacionados directamente (acné, hirsutismo, dismenorrea). Informaremos sobre los diferentes métodos, sus inconvenientes y ventajas, su seguridad, facilitaremos la comunicación con ellos, aseguraremos confidencialidad y dejaremos que elijan libremente el método que mejor se adapte a cada caso. Identificaremos la posibilidad de incumplimiento (por exceso de información, excesivo coste o experiencias negativas). Informaremos de los riesgos de no utilizar ningún método: embarazo y posibilidad de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Si la paciente solicita algún método, la entrevista irá dirigida a conocer las características de cada persona y pareja.

Factores personales y psicosociales

- Edad.
- Pareja (estable, ocasional, o varias).
- Hábitos sexuales (frecuencia, tipo y satisfacción de las relaciones).
- Factores psicológicos, creencias y nivel cultural, actitudes respecto a la planificación.
- Deseos de fertilidad futura.

Factores bio-médicos

- AP y AF de cáncer y otras patologías.
- Contraindicaciones a otros anticonceptivos.
- Historia gineco-obstétrica (menarquia, FUR, regularidad o no en la regla, abortos).
- Anticoncepción previa.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.

Exploración general y ginecológica

- IMC y control de peso, TA, presencia de acné, hirsutismo.
- Exploración bimanual y citología no son imprescindibles para inicio de método.
- Exploraciones complementarias según método utilizado y se puede dejar para posteriores consultas.

En otras ocasiones aprovecharemos para abordar el tema de la anticoncepción ante motivos de consulta no relacionados directamente, o formando parte de otras actividades preventivas, con el fin de facilitar información para mejorar su salud. Respetando la voluntad de la paciente a abordar el tema.

¿Qué método elegimos?

Un buen método debe ser simple, eficaz, reversible y sin riesgos.

La elección estará en función de la edad, frecuencia del coito (relaciones esporádicas o estables) y tipo de relaciones (la misma pareja o varias), coste económico, facilidad en la aplicación, aceptación por parte de la pareja y si es posible con escasos controles que harán que el cumplimiento sea mejor.

Se pueden clasificar en:

Preferentes

Preservativo masculino

Protege contra del embarazo y previene transmisión de ETS. Tiene como ventaja no necesitar prescripción médica, pero la tasa de fallos es de 10 veces más frecuente que en los adultos.

Preservativo femenino

Tiene un coste más elevado y más dificultad de uso, se coloca inmediatamente antes de la relación y en este grupo de población de relaciones menos planifi-

casas no es fácil. No se ha estudiado su utilización en adolescentes.

Ventajas: Protección frente a ETS. No tiene efectos secundarios. No necesita control médico. No tiene efectos sistémicos.

Inconvenientes: Interrupción de la relación. Disminución de placer. Alta tasa de fallos.

Anticoncepción hormonal oral

De elección en jóvenes con mayor estabilidad y conocimiento de la pareja y con relaciones más frecuentes. Las complicaciones mayores de los ACO son casi nulas en adolescentes, y no hay evidencia de que la prescripción de forma precoz pueda tener un efecto inhibitor en el crecimiento o afecte al aparato genital. En el momento de la menarquia, el crecimiento y el aparato reproductivo están completamente desarrollados.

Los ACO pueden usarse desde 6 meses a 1 año de comienzo de la menarquia, no necesitándose regularización de la menstruación.

Se deben de utilizar los ACO combinados de baja dosis de estrógeno combinados con los gestágenos de 3.^a generación (gestodeno, desogestrel) o drospirenona, son los más indicados. Se debe de maximizar los efectos beneficiosos, como mejora de la dismenorrea, control del ciclo y mejora del acné, frente a los efectos secundarios leves (cefalea y mastalgia). Informar de los efectos negativos que puede tener el consumo de

alcohol, tabaco y drogas con la toma de ACO por interacciones farmacológicas. Facilitar acceso a nuestras consultas ante sangrados intermenstruales o cualquier duda puede evitar la alta tasa de incumplimiento y aumento de fallos.

Ventajas: Alta eficacia. Independiente del coito. Protección frente a EPI (excepto si es producido por clamidias). Efectos protectores y terapéuticos de la AHO.

Inconvenientes: Efectos secundarios menores (aumento de peso, náuseas, vómitos, hirsutismo). Necesidad de alta motivación (conocer el perfil de la usuaria).

Acceptables

Diafragma, esponjas y espermicidas

No son aconsejables porque requieren manipulación y alta motivación para un uso correcto. Los espermicidas utilizados por sí solos son de efectividad muy baja.

Ventajas: Inocuidad. Protege frente a ETS.

Inconvenientes: Difícil colocación. Buena motivación.

Anticonceptivos hormonales inyectables

Con acetato de medroxiprogesterona, tienen la ventaja respecto a los orales de que sólo se administran una vez cada 12 semanas, permitiendo mayor confi-

dencialidad y menos olvidos que la toma diaria. Se utilizarán sólo en jóvenes incumplidoras o que no puedan usar ACO.

Ventajas: administración sencilla. Elevada eficacia. No motivación.

Inconvenientes: pérdidas intermenstruales. Retraso en la fertilidad; se tarda una media de 6 meses en recuperar la fertilidad.

Implantes

Son métodos anticonceptivos que no requieren cumplimiento ni intervención por parte de la usuaria y que proporcionan anticoncepción a largo plazo, entre 3-5 años.

Ventajas: no depende del cumplimiento. Alta eficacia y comodidad.

Inconvenientes: patrón de sangrado irregular durante los primeros meses de uso.

Menos aceptables

DIUs sólo se utilizará en caso de no poder utilizar otro método. Respecto al posible riesgo de EIP, éste es mínimo para las mujeres que tienen bajo riesgo de ETS (relación de pareja mutuamente monógama).

Abstinencia periódica en la fase fértil. No efectos secundarios. Requieren aprendizaje y alta motivación. Ofrecen poca seguridad anticonceptiva y no protección frente a ETS.

Coitus Interruptus

Es ampliamente utilizado. Es responsable de la mayoría de embarazos no deseados. Es barato y siempre lo tienen a su alcance. Elevada tasa de fallos, aunque el varón se retire antes de la eyaculación, la lubricación del pene puede contener espermatozoides. No protege frente a ETS.

Contracepción quirúrgica

Sólo indicados en casos de déficit físico o psíquico grave o enfermedad que contraindique el embarazo y con previa autorización judicial.

Hay que tener en cuenta que en los adolescentes son frecuentes las relaciones no planeadas; por ello, deberemos facilitar el acceso a la contracepción poscoital de emergencia.

ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL O DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia se define como el uso de un fármaco o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida. La razón de ser de la anticoncepción de emergencia sería evitar embarazos no deseados y disminuir el número de abortos provocados.

Los adolescentes ante un embarazo no deseado se ven sometidos a decisiones que conllevan una vivencia especialmente dura, de ahí la prevención como elección prioritaria.

La información y el acceso a la anticoncepción de emergencia es una medida clave y necesaria que debe hacerse en todas las comunidades autónomas a través de programas de prevención y promoción de la salud de la mujer y el niño. Uno de los objetivos es la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual y protocolos de actuación para la atención a jóvenes que precisen anticoncepción de emergencia.

Según la Federación de Planificación Familiar de España, se estima que unas 40.000 jóvenes recurren a este tipo de contracepción «píldora del día después». Durante el pasado año, la venta de dosis poscoital en España fue de 450.000 dosis, la mayoría en jóvenes. La prevención estará basada en la información, en la formación y en la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y específicamente a la contracepción de emergencia.

No existe ningún día del ciclo menstrual que sea absolutamente seguro. El riesgo de embarazo en una relación no protegida esporádica en período periovulatorio no puede considerarse superior al 35%, mientras que si el coito tiene lugar en otro momento del ciclo, alejado de la ovulación, esta probabilidad se encuentra entre el 5 y el 15%.

¿Cuándo estaría indicado?

- Coito realizado sin ningún método o utilizado incorrectamente.
- Mal cálculo en los días fértiles.

- Eyaculación antes de lo previsto.
- Rotura o retención del preservativo.
- Olvidos en toma de ACO.
- Expulsión del DIU.
- Violación. Atención a la mujer sometida a malos tratos y abusos sexuales.
- Relaciones sexuales poco controladas bajo los efectos de alcohol o drogas.
- Uso reciente de teratógenos (vacunas de virus vivos y citotóxicos).

La atención a esta demanda no es responsabilidad de un especialista, sino del médico al que se le presenta. Si por razones éticas no puede atender el caso, facilitará información de otros recursos y será el encargado de derivar a la paciente.

Se debe administrar precozmente antes de las 72 horas tras el coito. Su eficacia es inversamente proporcional al tiempo transcurrido entre el coito no protegido y la toma de la medicación. La eficacia del fármaco tomado dentro de las 24 horas es de 95%, 85% si es entre 24 y 48 horas después y del 58% entre 48 y 72 horas.

Su efectividad como promedio es del 75%, siendo la respuesta variable según la fase del ciclo en que se administre y otros factores individuales. El sangrado se produce entre los 3 y los 21 días siguientes. No produce la interrupción de un embarazo ya establecido.

Antes de la prescripción:

Anamnesis

- Edad.
- Fecha de la última regla. Tipo de ciclos menstruales.
- Fecha probable de la ovulación.
- Tiempo transcurrido desde el coito no protegido.
- Existencia de otros coitos no protegidos dentro de ese mismo ciclo.
- Uso de métodos anticonceptivos y existencia de algún problema.
- Existencia de factores de riesgo psicofísicos o sociofamiliares asociados.
- Toma de medicamentos que puedan disminuir la eficacia de los ACO.
- Riesgo de ETS.

Exploración física

- Toma de TA (contraindicado en caso de HTA grave).
- No es necesario exploración ginecológica si el método es hormonal.

Pruebas complementarias

- Test de embarazo: sólo se realizará si hay retraso menstrual; si es negativo, no existe con-

trainsdicación de anticoncepción; si es positivo, valoración individualizada y derivación.

¿Qué opciones de tratamiento tenemos?

Han trascurrido menos de 72 horas

Método Yuzpe. Combinación de estrógenos y gestágenos; se administran un total de 0,2 mg de etinilestradiol (EE) y 1 mg de levonorgestrel (LNG) en las 72 horas posteriores al coito. No existe preparado específico con dicha dosis; se utiliza Neogynona u Ovoplex. Tiene un efectividad del 96%. En España no está autorizado su uso, sólo preparados de levonorgestrel, pudiendo existir problemas legales.

Efectos secundarios: náuseas, vómitos, cefalea o sangrados irregulares.

Levonorgestrel. Gestágenos solos: se administran dos dosis de 0,75 mg de levonorgestrel (LNG) con un intervalo de 12 horas o pueden tomarse los dos comprimidos juntos en las 72 horas siguientes al coito desprotegido.

Ventajas: con respecto a la pauta Yuzpe, mejora eficacia anticonceptiva.

Efectos adversos menores en cuanto a náuseas y vómitos. Es la pauta de elección como anticoncepción poscoital. En España está comercializada en envases de 2 comprimidos con los nombres de Norlevo, Postinor; está fuera de la SS y está autorizado su uso bajo prescripción médica.

Han transcurrido entre 72 y 120 horas

DIU poscoital. Derivación a Centro de Orientación Familiar. Eficacia del 99%, se puede ofrecer posteriormente a mujeres que quieran seguir como método anticonceptivo regular. Se puede ofrecer cuando haya intolerancia a método hormonal. Es un método poco empleado como anticoncepción de emergencia. No se recomienda en caso de violación por posible contagio de ETS. Por la posibilidad de infección, añadir antibiótico.

En este caso, pasadas 72 horas, la eficacia de LNG es muy poca.

Danazol: 400- 600 mg/12horas v.o. 3 dosis. La eficacia está relacionada con la dosis. Debe darse en las 72 horas. En España no tiene autorización de uso.

Mifepristona (RU-486). Esteroide sintético. En España, disponible desde hace poco más de un año, pero su indicación es para IVE antes de 49 días de gestación y debe ser utilizado en medio hospitalario. Es una antiprogestina y se aplica con prostaglandinas porque por su efecto antiprogesterona mata al embrión pero no lo expulsa; quedaría como un aborto diferido. Dosis única de 50 mg. Eficacia del 100%. Con pocos efectos secundarios en los ensayos realizados.

En todas las situaciones, se dará información clara sobre la AE: utilización, eficacia y efectos secundarios (náusea, vómitos, mastodinia) y cómo disminuirlos.

En caso de no sangrado, tras un período de 21 días tras el tratamiento, podemos sospechar la existencia de un embarazo, confirmaremos con test de embarazo; en caso de un embarazo previo no diagnosticado o por ineffectividad del tratamiento, aclarar que no hay evidencia de mayor riesgo de malformaciones genéticas o de embarazo ectópico. Se podrá prescribir la píldora poscoital si está muy angustiada, aunque no esté en la semana fértil.

Entre las **dificultades** que presenta la AE podemos destacar:

- Su precio: es un obstáculo para adolescentes, mujeres de bajo nivel económico e inmigrantes.
- La necesidad de prescripción por facultativo.
- La dificultad de accesibilidad a las consultas, sobre todo en fines de semana, y la no prescripción por parte de algunos profesionales en servicios de atención continuada, que hace que disminuya la eficacia del tratamiento.
- Tras la anticoncepción de emergencia, se le citará a las tres semanas para **programa de planificación familiar**.
- Si ha habido fallo de otro método, cómo prevenir el fracaso.
- No considerar la AE como método anticonceptivo de uso habitual.
- La AE no previene de ETS.

- El efecto de la AE no protege de otros fallos posteriores.
- Recomendación de utilizar anticoncepción oral y comenzar en el siguiente ciclo, utilizar método de barrera hasta entonces.

ANTICONCEPCIÓN POSPARTO

Las relaciones sexuales pueden restablecerse normalmente después de 40 días si la hemorragia ha cesado y la episiotomía no es dolorosa. Se deben proteger incluso los primeros coitos, debido a que las primeras ovulaciones son imprevisibles.

Las recomendaciones dependerán de si el parto ha sido vaginal y de si se establece o no la lactancia.

Como método de elección, se utilizará el preservativo en las primeras 6 semanas.

Durante este tiempo se desaconseja el DIU, debido a los cambios que presenta la vagina y el canal del parto y hasta que se haya producido la involución uterina.

Si previamente al embarazo utilizaba diafragma, habrá que reevaluar el tamaño por si se hubieran modificado sus dimensiones.

La lactancia natural por sí misma no constituye un método anticonceptivo eficaz. La tasa de fallos en los primeros 6 meses si no hay reglas es de un 2%. Se

puede utilizar los espermicidas si se desea reforzar la eficacia.

Con la lactancia natural:

Implantes, DIU-LNG Mirena[®], minipildora de progestágeno, iniciándose ésta cuando la lactancia esté bien establecida, informando a la mujer de la existencia de efectos secundarios, como cambios en la composición de la leche, reducción del volumen de producción y acortar el período de lactancia. No afecta al desarrollo ponderal del RN. Se pueden utilizar también formas depot intramuscular.

En el caso del DIU-LNG, la cantidad de hormona que pasa a la leche es muy baja, debido a su liberación local.

Con lactancia artificial:

Si el parto fue eutócico, se pueden iniciar los ACO combinados a las 3 semanas, cuando el riesgo de trombosis ha disminuido. Si el parto fue por cesárea, se comienza el tratamiento a las 6 semanas. Si elegimos la minipildora de progestágenos, se puede iniciar en las primeras 24 horas después del parto.

En caso de que se haya producido un aborto sin complicaciones quirúrgicas, además de los preparados de progestágenos solos en forma depot u oral, se pueden utilizar combinados de estrógenos con gestágenos, pudiendo comenzar en las primeras 48 horas después del aborto.

ANTICONCEPCIÓN PERIMENOPÁUSICA

Según el Comité Científico de la OMS, se considera perimenopausia o climaterio al período inmediatamente anterior a la menopausia, cuando empiezan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas orientativas de que se aproxima la menopausia, y dura como máximo hasta el primer año siguiente a ésta. Es un concepto que abarca la transición de la edad fértil a la edad no fértil. De una manera estandarizada, se puede considerar los 40 años como el momento de inicio de este período de transición, de duración variable. Por encima de los 50 años no hay embarazo.

Factores que condicionan la elección de métodos anticonceptivos

Cambios fisiológicos: aumento de ciclos anovulatorios con irregularidades menstruales, tanto en la duración del ciclo, en la intensidad, duración de la menstruación (dolicomenorrea o spotting pre o postmenstrual), alteraciones mixtas (más abundantes y duraderas) y pérdidas anárquicas más o menos abundantes y más duraderas (metrorragias y menometrorragias) acompañados de ciclos ovulatorios que ocasionan una baja fecundidad natural, pero que hay que tener en cuenta por los problemas que ocasiona. El 90% de las mujeres perimenopáusicas tienen algún cambio menstrual, lo que crea ansiedad en la mujer por miedo al cáncer, al embarazo no deseado, con riesgo aumentado de cromosomopatías y mayor morbilidad materna y fetal.

La necesidad de conseguir un patrón menstrual normal va a influir en la decisión anticonceptiva de la mujer. Comienza un descenso progresivo de los niveles de estrógenos y progesterona. El descenso de la progesterona ocurre de forma más precoz, produciendo un hipoestronismo relativo que condiciona la aparición de: **patología orgánica general o ginecológica:** adenomiosis, miomas, pólipos endometriales, quistes de ovario) y posteriormente un hipoestronismo absoluto y, como consecuencia, los **síntomas climatéricos** (episodios vasomotores, trastornos tróficos genitales y cutáneos presentes en el 50-60% de las perimenopáusicas) **pérdida de masa ósea** mientras los ciclos son normales se pierde de un 0,5% a un 1% anual y cuando son irregulares la pérdida es de hasta un 2% por déficit hormonal y aumento del riesgo cardiovascular (sobrepeso, elevación de TA, hiperglucemia, alteraciones lipídicas).

Con respecto a la **fecundidad**, la mujer alrededor de los 40 años es todavía potencialmente fértil, a pesar de estar disminuida; de ahí la necesidad de utilizar anticonceptivos. La disminución de la fertilidad se produce por mayor frecuencia de ciclos anovulatorios, menor capacidad de fecundación y mayor número de anomalías cromosómicas ovulares que condicionan mayor número de abortos espontáneos.

Los procesos intercurrentes uterinos, como miomas o endometriosis, condicionan una menor capacidad reproductiva.

Menor frecuencia de relaciones sexuales en esta época y la edad más avanzada de su pareja con disminución de la fertilidad.

Si a pesar de todo lo dicho se produce un embarazo, en esta edad es generalmente no deseado y ocasiona problemas emocionales e importantes riesgos para la madre y el feto. Abortos espontáneos, HTA, diabetes, hemorragia posparto, mayor número de cesáreas y mayor posibilidad de cromosomopatías, siendo realizado el diagnóstico por amniocentesis, indicada en mayores de 35 años y pudiéndose optar por IVE si lo desea.

Métodos anticonceptivos en la perimenopausia

En España, más del 50% de mujeres no utiliza ningún método anticonceptivo.

Los métodos naturales

No pueden ser recomendados por las irregularidades menstruales que presentan y su difícil aplicación.

Los métodos de barrera

No presentan contraindicación para su uso.

La anticoncepción hormonal oral

Hasta la introducción de los nuevos preparados hormonales no se aconsejaba a mujeres mayores de

35 años el uso de ACHO con altas dosis de estrógenos por provocar accidentes tromboembólicos.

Los ACHO de baja dosis pueden ser un alternativa válida en el caso de mujeres que deseen alta seguridad contraceptiva y/o presenten irregularidades menstruales, sintomatología climatérica o riesgo de osteoporosis y no presenten contraindicaciones médicas, factores de riesgo o sean fumadoras.

Se recomienda el uso de píldora combinada con baja dosis de estrógeno (20 a 30 mcg/dosis) asociados a un gestágeno de forma monofásica o trifásica.

La administración oral con gestágenos (minipíldora) tiene una menor eficacia contraceptiva, pero mantiene el efecto protector sobre la pérdida de masa ósea. Puede producir desde amenorrea a *spotting* continuo.

El manejo en este grupo de edad no difiere de las recomendaciones para otros grupos de edad en lo que respecta a control y seguimiento.

Anamnesis: detectar factores de riesgo, osteoporosis y síntomas climatéricos.

Exploración ginecológica y mamaria, TA, IMC.

Pruebas complementarias: citología cérvico-vaginal, mamografía (se realizarán cuando correspondan por protocolo de despistaje de cáncer de mama y ginecológico), no siendo necesario para instaurar método y analítica básica.

Seguimiento en un principio a los 6 meses para valorar la tolerancia y efectos secundarios.

Seguimiento posterior cada 1-2 años: reevaluar factores de riesgo y aparición de síntomas climatéricos; suspender en caso de contraindicación o cese de la función ovárica.

Contraindicado en situaciones de riesgo: diabetes grave, hipertensión severa, antecedentes tromboembólicos, inmovilización prolongada, hepatopatía activa, infarto agudo de miocardio, cáncer estrógeno-dependiente o sangrado vaginal anómalo.

Precaución con factores de riesgo, como obesidad, HTA o hipertrigliceridemia.

La suspensión de ACHO se hará cuando cese la función ovárica. Se podrá saber bien por la realización de estudio hormonal: determinaciones de FSH superiores a 35 mU/ml y de estradiol inferiores a 50 pg/ml indican el fin de la actividad ovárica, siendo realizado para mayor seguridad el último día de la semana de descanso, y si no disponemos de medios para realizar estudio hormonal hasta que la mujer deje de presentar reglas por privación en la semana de descanso, por atrofia del endometrio y que no responde a la estimulación con ACHO.

Establecida dicha situación, se mantendrá un período de seguridad durante el primer año de menopausia con otros métodos o continuar con ACHO si no hay contraindicación. No hay embarazo por encima de 50 años.

Ventajas no contraceptivas

- Regularizar el ciclo menstrual: frecuencia y duración.
- Previene las hemorragias uterinas y, como consecuencia, evita la anemia.
- Previene la osteoporosis. ACHO evita la activación del recambio óseo, efecto protector.
- Previene y alivia la sintomatología climatérica a partir del tercer ciclo de tratamiento.
- Previene la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio, efecto que permanece tras 15 años de suspensión de tratamiento.
- Disminuye el cáncer de ovario.
- Modifica el riesgo de cáncer de mama. Hecho controvertido.

Anticoncepción hormonal parenteral

Método eficaz en esta edad. Se utilizan inyecciones de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona cada tres meses. Se usa en mujeres con contraindicación a estrógenos o en hipermenorrea por atrofia endometrial.

Efectos secundarios: sangrados menstruales irregulares, ganancia de peso, cefaleas mayores que con vía oral, no protección frente a pérdida de masa ósea.

DIU

Método muy seguro en esta etapa. Condicionado su uso por la patología frecuente en esta etapa (mio-mas, adenomiosis, pólipos); se descartará patología antes de inserción del DIU.

Indicaciones: anticoncepción, interrupción post-coital cuando no es posible tratamiento hormonal.

Contraindicaciones: sospecha de embarazo, hemorragia genital no diagnosticada, neoplasia genital, enfermedad inflamatoria pélvica activa y la promiscuidad sexual.

En el caso de comenzar con hipermenorrea y descartada patología endometrial, se añadirá al DIU gestágeno vía oral durante la segunda fase del ciclo para disminuir el sangrado si sólo disponía de DIU.

DIU-LNG

El DIU liberador de LNG (Mirena[®]) es un método anticonceptivo que aporta beneficios claros durante la perimenopausia, debido a su efecto sobre el endometrio. Además de ser un anticonceptivo muy eficaz, es útil en el tratamiento de la menorragia, patología con alta incidencia en esta etapa. Su uso, por tanto, no sólo proporciona anticoncepción, sino que evita las alteraciones de sangrado propias de esta etapa.

A nivel endometrial, el DIU-LNG va a actuar evitando la proliferación y ejerciendo un fuerte efecto antiproliferativo inhibiendo la síntesis endometrial de

receptores estrogénicos, dando lugar a atrofia glandular y decidualización del estroma.

Algunos estudios han demostrado que este efecto del DIU-LNG sobre el endometrio es útil para proteger al útero en casos de mujeres en tratamiento hormonal con estrógenos de una hiperestimulación.

Indicaciones: anticoncepción y tratamiento de las menorragias en la perimenopausia.

Contraindicaciones: sospecha de embarazo, hemorragia genital no diagnosticada, neoplasia genital, enfermedad inflamatoria pélvica activa y la promiscuidad sexual.

Efectos beneficiosos: protege del embarazo ectópico, mejora la dismenorrea, reduce los miomas uterinos y disminuye los días de sangrado y la cantidad de sangrado menstrual, dando lugar a un aumento de la hemoglobina y la ferritina, lo que es un beneficio evidente en mujeres perimenopáusicas con anemia por menorragia.

BIBLIOGRAFÍA

Amarilla M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Barcelona: Ed. Eupharlaw; 2004.

Alonso Roca R. Planificación Familiar. Anticoncepción. En: Guía de Actuación en Atención Primaria, cap. 6, p. 309-19. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Segunda Edición 2002.

Ramírez Hidalgo A, Avecilla Palau A, Sánchez Beiza ML. Planificación Familiar. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores.

Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Harcourt Ediciones S.A.; 1999 p. 558- 77.

Bernaldo de Quirós, F y et al, Contracepción en la menopausia. Fomeco vol. 8, 2000.

Bonacho Paniagua I. Guía de anticoncepción. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepción.htm>.

Lete Lasa I, Arroniz M, Esquisabel R. Anticoncepción de emergencia. Atención Primaria 2001; 28(1): 141-54.

Interrupción voluntaria del embarazo: normativa

Dr. Francisco Toquero de la Torre

*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén*

NORMATIVA APLICABLE

- Ley orgánica 9/85, de 5 de julio, que modifica el artículo bis del Código Penal.
- Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción del embarazo.

PROCEDIMIENTO

1. Para poder solicitar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) la Ley contempla tres supuestos:
 - a) Grave riesgo para la vida o salud psíquica o física de la embarazada. Documentación: un informe o dictamen firmado por un médico de la especialidad correspondiente.
 - b) Que el embarazo sea consecuencia de un delito de violación y el aborto se practique dentro de las primeras 12 semanas de gestación. Documentación: es suficiente la denuncia del hecho.

- c) Que se presuma que el feto habrá de nacer con grandes taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique en las primeras 22 semanas de gestación. Documentación: Dos informes o dictámenes de dos especialistas diferentes.
2. Se solicitará cita telefónica al Departamento de IVE de su comunidad autónoma en la Consejería de Salud pertinente, o la agencia sanitaria delegada, con la siguiente documentación:
- DNI o equivalente.
 - Tarjeta individual sanitaria.
 - Si está desempleada, fotocopia de la demanda de empleo.
 - Si es estudiante, certificado que lo acredite.
 - Si es menor de edad, acompañada de la persona que ejerce su tutela.

ANEXO I. JEFATURA DEL ESTADO

RCL 1986\1715.

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

BOE 12 de julio de 1985, núm. 166 (p. 22041).

Aborto. Modifica el artículo 417 bis del Código Penal: despenalización parcial

Artículo único.

El artículo 417 bis del Código Penal (RCL 1973/2255 y NDL 238) queda redactado de la siguiente manera:

«1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1.^a Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto a aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2.^a Que el embarazo sea consecuencia de un hecho consecutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3.^a Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

2. En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada, aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.»

ANEXO 2. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

RCL 1986/3639.

Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre.

BOE 24 de noviembre de 1986, num. 281 (p. 38959).

Aborto, centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo

La sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril (RTC 1985\53), exige la comprobación del supuesto de hecho en los casos de aborto terapéutico y eugenésico, así como que el aborto se realice en centros sanitarios públicos o privados autorizados al efecto o mediante otra solución similar dentro del marco constitucional. Concretamente, la sentencia recuerda «el deber del Estado de garantizar que la realización del aborto se llevará a cabo dentro de los límites previstos por el legislados y en las condiciones médicas adecuadas para la salvaguardia del derecho a la vida y a la salud de la mujer».

El artículo 417 bis del Código Penal (RCL 1985/1716) declara expresamente no punible la práctica del abor-

to en los supuestos de «grave peligro par la vida o la salud física o psíquica de la embarazada», «delito de violación» y «presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas»; determina las comprobaciones previas que han de constar, exige el consentimiento expreso de la mujer embarazada y la realización del aborto por el médico o bajo su dirección en centros o establecimientos públicos o privados acreditados.

El presente Real Decreto viene a precisar y facilitar el estricto cumplimiento de los requisitos legales y sanitarios exigibles en los casos y circunstancias a que se refiere la citada Ley, así como la correspondiente adecuación de la estructura asistencial y sanitaria, habida cuenta de la experiencia acumulada desde la publicación de la Orden de julio de 1985 (RCL 1985\1924), siguiendo las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y organizaciones profesionales de carácter internacional, y la entrada en vigor de la Ley 14/1986, de 25 abril (RCL 1986\1316, General de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en sus artículos 29.2, 40.7 y disposición final cuarta).

Como es lógico, los referidos requisitos o exigencias no son de aplicación en los supuestos de exención de responsabilidad, ni en la legítima atención o intervención médica o quirúrgica.

En virtud, previo informe favorable del Ministerio de Justicia y a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y pre-

via deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 21 de noviembre de 1988, dispongo:

1. De los centros acreditados para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 1. A los efectos de lo dispuesto en el artículo 417 bis del Código Penal podrán ser acreditados:

1. Para la realización de abortos que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen doce semanas de gestación, los centros o establecimientos sanitarios privados que cuenten al menos con los siguientes medios personales y materiales:

1.1. Un médico especialista en Obstetricia y Ginecología y personal de enfermería, auxiliar sanitario y asistente social.

1.2. Los locales, instalaciones y material sanitario adecuado.

1.2.1. El lugar donde esté ubicado reunirá las condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario.

1.2.2. El centro o establecimiento sanitario dispondrá como mínimo de un espacio físico que incluya:

- Un espacio de recepción.
- Un despacho para información y asesoramiento.
- Una sala adecuada para la realización de la práctica abortiva.

- Una sala para el descanso y recuperación tras la misma.

1.2.3. Se contará al menos con el siguiente utillaje básico, además del propio de una consulta de medicina de base:

- Material necesario para realizar exploraciones ginecológicas.
- Material necesario para realizar la práctica abortiva.
- Material informativo y didáctico.

1.3. Las prestaciones correspondientes de análisis clínicos, anestesia y reanimación. También contarán con depósitos de plasma o expansores de plasma.

1.4. Un centro hospitalario de referencia para derivación de aquellos casos que lo requieran.

2. Para la realización de abortos en embarazos con alto riesgo para la embarazada o con más de doce semanas de gestación, los centros o establecimientos sanitarios privados que cuenten al menos con los siguientes medios personales y materiales:

2.1. Las unidades de Obstetricia y Ginecología, laboratorio de análisis, anestesia y reanimación y banco o depósito de sangre correspondientes.

2.2. Las unidades o instalaciones de enfermería y hospitalización correspondientes.

Artículo 2. 1. Los centros o establecimientos públicos que cumplen los requisitos contenidos en el ar-

título anterior quedarán acreditados automáticamente para la práctica del aborto.

Las autoridades sanitarias publicarán periódicamente relaciones de los centros o establecimientos públicos acreditados para la práctica del aborto.

2. De conformidad con las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas, la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo los requisitos determinados en el artículo 1.º de esta disposición, lo hayan solicitado previamente.

Artículo 3. 1. Todos los centros y servicios acreditados se someterán a la inspección y control de las Administraciones sanitarias competentes, en aplicación de lo dispuesto en los artículos 30 y 31 de la Ley General de Sanidad (RCL 1986\1316).

2. La acreditación quedará condicionada al mantenimiento de los requisitos mínimos y al efectivo cumplimiento de las condiciones médicas adecuadas para la salvaguarda de la vida y salud de la mujer.

Artículo 4. 1. Con independencia de las notificaciones que procedan conforme a la Orden de 16 de junio de 1986 (RCL 1986\2173), en los centros o establecimientos públicos o privados acreditados se conservará la historia clínica y los dictámenes, informes y documentos que hayan sido precisos para la práctica legal del aborto, así como el relativo al consentimiento-

to expreso de la mujer embarazada. En los casos de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (RCL 1985\1715).

2. Se mantendrá la confidencialidad de esta información conforme el artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad.

Artículo 5. En el ámbito de cada Comunidad Autónoma, la autoridad sanitaria velará por la disponibilidad de los servicios necesarios incluyendo las técnicas diagnósticas urgentes para posibilitar la práctica del aborto en los plazos legalmente establecidos.

II. De la emisión de los dictámenes preceptivos

Artículo 6. 1. En el supuesto de que el aborto se practique para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, se consideran acreditados para emitir el dictamen los médicos de la especialidad correspondiente.

2. En el caso de que el aborto se practique por presumirse que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, el dictamen habrá de ser emitido por dos médicos especialistas de un centro o establecimiento sanitario público o privado acreditado al efecto. Esta acreditación por el órgano competente de las Comunidades Autónomas se entiende específica e independiente de la acreditación para la práctica del

aborto. Esta acreditación específica se concederá a los centros públicos o privados que cuenten, según las pruebas diagnósticas complementarias que en cada caso se requieren, con los siguientes medios o métodos de diagnóstico.

2.1. Técnicas de ecografía o similares para el diagnóstico de las malformaciones fetales.

2.2. Técnicas bioquímicas apropiadas para el diagnóstico de enfermedades metabólicas.

2.3. Técnicas de citogenética para el diagnóstico de alteraciones cromosómicas.

2.4. Técnicas analíticas precisas para el diagnóstico de malformaciones de origen infeccioso.

3. En todos los casos a que se refieren los apartados 1 y 2 de este artículo, el diagnóstico será de presunción de riesgo y estimado en criterios de probabilidad.

III. De la información

Artículo 7. Las Comunidades Autónomas, en aplicación del artículo 40.9 de la Ley General de Sanidad, darán conocimiento a la Administración Sanitaria Central de los centros acreditados conforme a los artículos 2.º y 6.º del presente Real Decreto.

Artículo 8. En el ámbito de cada Comunidad Autónoma, la autoridad sanitaria competente garantizará que en sus dependencias públicas y centros sanitarios

esté disponible y actualizada una relación de centros o establecimientos públicos o privados acreditados para la práctica legal del aborto.

Artículo 9. Los profesionales sanitarios habrán de informar a las solicitantes sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarle. Informarán asimismo de las exigencias o requisitos que, en su caso, son exigibles, así como la fecha y el centro o establecimiento en que puedan practicarse.

La no realización de la práctica del aborto habrá de ser comunicada a la interesada con carácter inmediato, al objeto de que pueda acudir con el tiempo suficiente a otro facultativo.

En todo caso se garantizará a la interesada el secreto de la consulta.

Disposición derogatoria

Queda derogada la Orden del 31 de julio de 1985 (*RCL 1986\1924*) sobre la práctica del aborto en centros o establecimientos sanitarios y, en lo que se oponga a lo dispuesto en este Real Decreto, la Orden de 16 de junio de 1986 (*RCL 1986\2173*) sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (*RCL 1985/1715*).

Disposiciones finales

Primera.- Se potenciará el funcionamiento de los medios de asistencia social, la orientación familiar y la colaboración con aquellos médicos especialistas que puedan verificar las orientaciones, informaciones y dictámenes precisos en cada caso.

Segunda.- El presente Real Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado*.

Aspectos legales de anticoncepción en menores

Dr. José Luis Doval Conde

*Ginecólogo. Complejo Hospitalario de Orense.
Ex Presidente Sociedad Española Contracepción*

En este sentido, los menores de edad pueden presentar dudas legales en la medida en que están sometidos a la tutela de sus padres o tutores legales. Esta situación genera dudas en los profesionales a la hora de prescribir anticoncepción o Anticoncepción de Emergencia (AE).

De la lectura de los artículos 181-183 del Código Penal se sobreentiende que, a partir de trece años, un niño tiene legalmente la capacidad para establecer libremente relaciones sexuales consentidas. De ahí, podríamos deducir que también tiene legalmente capacidad para ADOPTAR MEDIDAS CONTRACEPTIVAS que considere oportunas y, por tanto, no necesitaría consentimiento del progenitor o tutor en los «Actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el menor, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo».

La ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora, de la autonomía del paciente, en su capítulo IV, artículo 9, respecto de la figura del menor en el ámbi-

to de las decisiones de la salud, establece modificaciones y novedades importantes:

- a) Fija la mayoría de edad médica en los 16 años, esté emancipado o no.
- b) El médico responsable del acto asistencial valorará la capacidad y gravedad del riesgo en mayores de dieciséis años.
- c) Dicha Ley no resuelve expresamente, ni legitima cuándo el menor, de trece a dieciséis años, puede, de forma autónoma, otorgar su consentimiento en determinados supuestos sin la presencia de sus padres o tutores. En estos casos, la realidad social, ética y médica debe encontrar la solución idónea para la salud del menor, no perjudicándole.

CONCLUSIONES CON RESPECTO A LOS MENORES

En caso de conflicto entre la voluntad del menor suficientemente capacitado de juicio y la de sus padres o tutores legales, deberá prevalecer la voluntad del menor en actos que afecten a la libertad, la salud y la vida, pues se trata de derechos personalizados.

La capacidad de una persona se determina no sólo por la edad, sino por el desarrollo psicológico de cada individuo.

Otro aspecto controvertido es sobre la «PROTECCIÓN DE DATOS», de tal forma que el menor maduro (con capacidad de otorgar) tiene los mismos dere-

chos a la protección de datos de carácter personal igual que los adultos.

GARANTÍAS JURÍDICAS Y RESPONSABILIDAD del médico en el uso AE en menores:

- El menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento válido en relación con su madurez apreciada objetivamente por el médico. El médico debe anotar en la historia clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor de doce a dieciséis.
- No es necesario esta valoración de madurez objetiva en mayores de 16 años.

BIBLIOGRAFÍA

Amarilla M. Sundin. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Barcelona: Chiesi España, S.A.; 2004.

Ley 41/ 2002 de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE N.º 274;15-11-2002.

ES2005.0373 05/07/2005

