



# Anticoncepción

Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva  
(P.A.S.A.R.)



Servicio  
Canario de la Salud

▾ DIRECCIÓN GENERAL DE  
PROGRAMAS ASISTENCIALES

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

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

Barata Gómez, Teresa

González Ramos, Asunción

Hurtado Rodríguez, Rosaura

Pérez Macías, Yurena

Redondas Marrero, Ricardo.

**MAQUETACIÓN Y REALIZACIÓN:**

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

Daute Diseño, S. L.

**EDICIÓN:**

Servicio Canario de la Salud.

Dirección General de Programas Asistenciales.

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

**NOTA:** Las citas bibliográficas de esta miniguía se corresponde con las documento de Anticoncepción, en el que sí aparecen ordenadas y con la referencia completa.

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

## DEBE HACERSE ESPECIAL OFERTA DE ESTE SERVICIO A:

1. Las mujeres (y/o sus parejas) que usen **métodos anticonceptivos poco eficaces**.
2. Las mujeres (y/o sus parejas) pertenecientes a **grupos de riesgo**: adolescentes de 14 a 19 años, mayores de 40 años, cuando ha transcurrido menos de 1 año desde el último parto, después de una IVE, usuarias de drogas, riesgo de ETS y riesgo social (analfabetismo, nivel sociocultural bajo, problemas de comprensión y población inmigrante).
3. Las mujeres (y/o sus parejas) con **enfermedades** que supongan un **riesgo añadido al embarazo**: enfermedades psiquiátricas, epilepsia, tumores, cardiopatías, insuficiencia renal, diabetes, hipertensión arterial (HTA).
4. Las mujeres (y/o sus parejas) con **enfermedades hereditarias**.

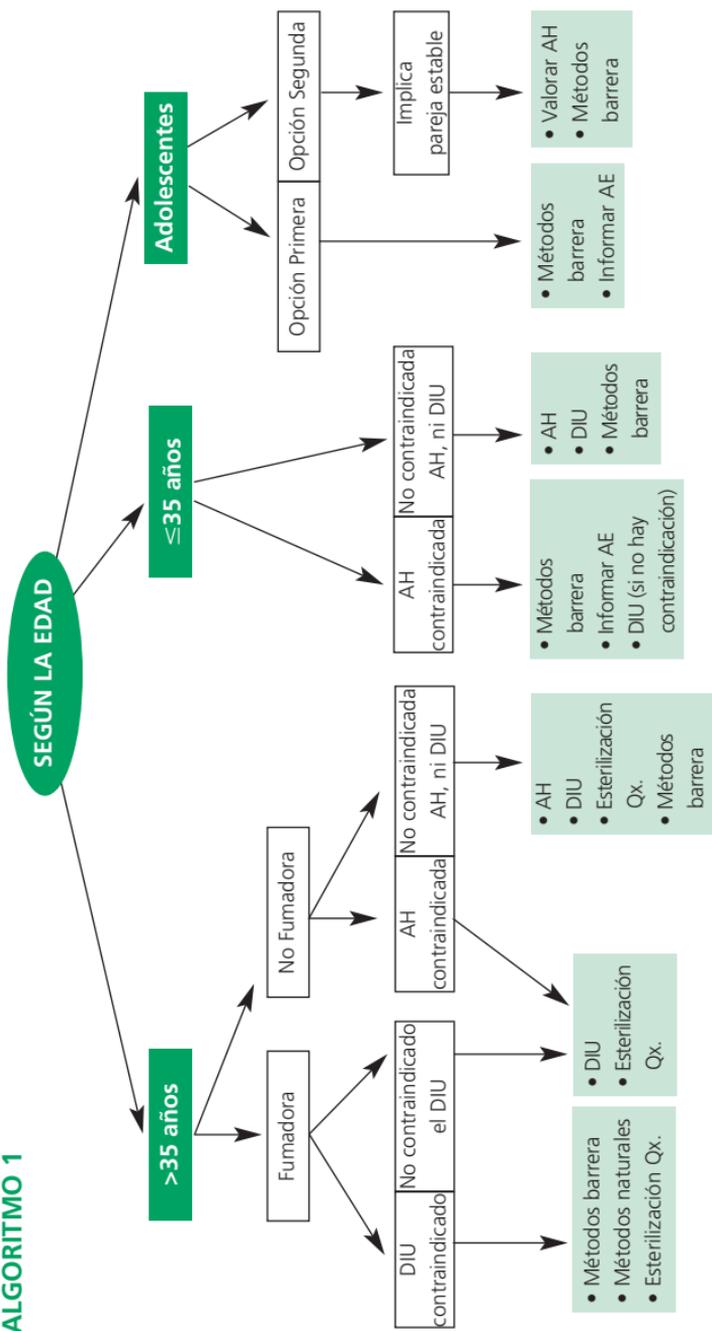
## TASA DE EMBARAZOS EN EL PRIMER AÑO DE USO DE LOS MA<sup>1,14</sup>

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

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

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

# ALGORITMO 1



DIU: Dispositivo Intrauterino;  
Qx: Quirúrgica;

AH: Anticoncepción Hormonal;  
AE: Anticoncepción de Emergencia

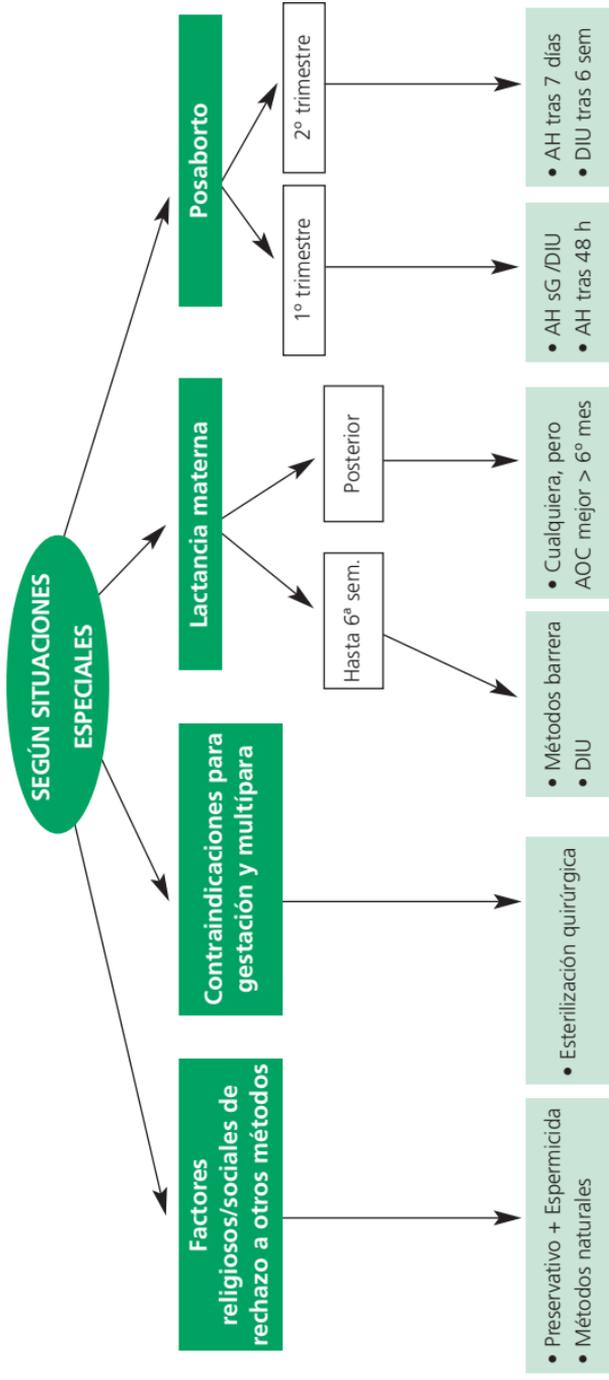
**ADOLESCENCIA:** **Preservativo** masculino (1ª elección) y **AH** es otra opción adecuada si no contraindicaciones y sin excluir preservativo.

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

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

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

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



AOC: Anticoncepción Oral Combinada    sem: Semana    AH sG: Anticoncepción Hormonal sólo Gestágeno

AH: Anticoncepción Hormonal    h: Horas    DIU: Dispositivo Intrauterino

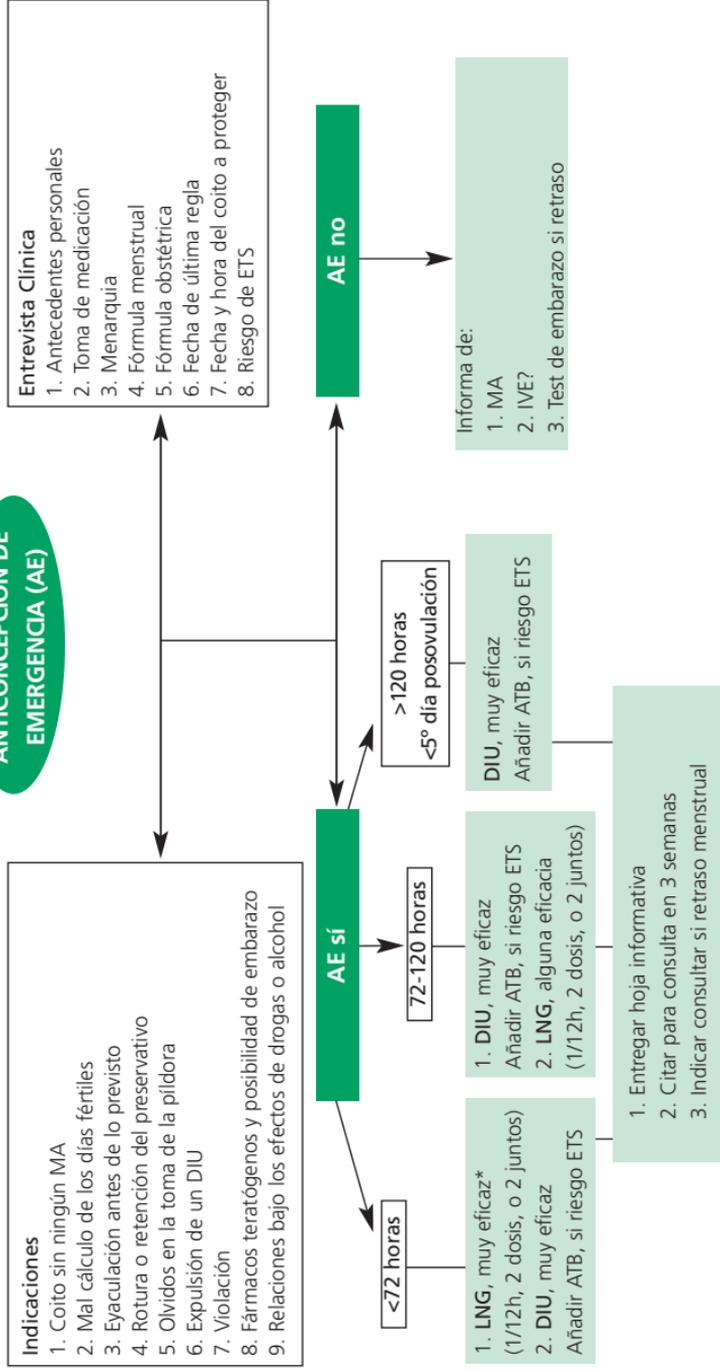
**LACTANCIA MATERNA:** La AH sG no tiene efecto adverso sobre el volumen de leche materna, por lo que es de elección hasta el 6º mes. El DIU puede insertarse en las primeras 48 horas o tras 4 semanas. En el posparto sin lactancia materna se puede iniciar AH a las 4 semanas.

**POSABORTO:** En aquellos del 1º trimestre se puede iniciar AH sG o colocar DIU inmediatamente o iniciar AH tras 48 horas. En los del 2º trimestre se puede iniciar AH tras 7 días o el DIU tras 6 semanas.

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

## ALGORITMO 3

### ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)



\*Las mujeres que realizan tratamiento con inductores enzimáticos deben tomar dos comprimidos de LNG en la primera dosis y uno a las 12 horas y ser informadas del uso alternativo de un DIU.

Las mujeres que realizan tratamiento con antibióticos no inductores enzimáticos pueden utilizar el régimen habitual de AE.

AE: Anticoncepción de Emergencia;

LNG: Levonorgestrel;

MA: Método Anticonceptivo;

h: Horas;

DIU: Dispositivo intrauterino;

ATB: Antibióticos;

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual;

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

## MÉTODOS NATURALES

### INDICACIONES

- Mujeres que después de haber recibido información completa de todos los métodos actualmente disponibles eligen los métodos naturales por factores religiosos/sociales
- Parejas con relación estable y recíprocamente exclusiva
- Mujeres que presentan contraindicaciones para el resto de los métodos

### VENTAJAS

- No existen efectos secundarios
- No requieren seguimiento

### INCONVENIENTES

- Elevada tasa de fallos en la práctica (sobre todo si ciclos irregulares)
- Necesitan aprendizaje, alta motivación y abstinencia periódica (conocimiento de la propia fisiología y colaboración de la pareja)

### CONTRAINDICACIONES

- Mujeres con relaciones sexuales inestables
- Mujeres que quieren eficacia anticonceptiva “casi absoluta”

### MODO DE DETERMINAR DÍAS FÉRTILES DEL CICLO MENSTRUAL

- **Calendario/Ogino** (cálculo teórico mediante los registros de duración del ciclo en los últimos 12 meses)
- **Temperatura** (registro gráfico de la temperatura corporal diario durante el ciclo)
- **Moco cervical** (observación diaria y registro subjetivos de la filancia, cantidad y fluidez del moco cervical)
- **Sintotérmico** (combinación de los tres anteriores)
- **Persona** (dispositivo electrónico que mide LH y un metabolito del estradiol en 8 muestras de orina a lo largo del ciclo)

## MÉTODOS DE BARRERA

### INDICACIONES

- Coitos esporádicos
- Elección como MA habitual

Además, en el caso del preservativo masculino y femenino, se añaden:

- Alergia al semen de la pareja
- Lactancia materna actual
- Protección frente a ETS

### SEGUIMIENTO

- No requieren control médico excepto una visita a los 2-3 meses para comprobar uso correcto y resolución de dudas (en el caso del diafragma es necesaria la exploración para determinar la talla)

### TIPOS

1. **Preservativo Masculino:** Es inocuo y tiene protección frente ETS y VIH. Fundamental enseñar uso correcto
2. **Preservativo Femenino:** Similar al masculino excepto más caro pero con mayor control por la mujer
3. **Diafragma (con espermicida):** Precisa determinar talla y descartar contraindicaciones (anomalías anatómicas y antecedente de shock tóxico). No protege de VIH, papiloma y herpes simple
4. **Espermicida:** Bajo coste pero no protege frente VIH ni ETS y podría producir irritaciones/alergia
5. **Esponja Vaginal:** Puede mantenerse hasta 24 horas aunque no protege frente VIH ni ETS

### VENTAJAS

- Alta seguridad
- Ideal para relaciones con pareja estable
- No requiere participación de la pareja

### BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS

- Reducción del volumen menstrual por lo que disminuye el riesgo de anemia ferropénica
- Mejoría de la dismenorrea y endometriosis
- Disminución del riesgo y la gravedad de la EPI
- Protección frente embarazo ectópico
- Disminución del riesgo de lesión benigna de mama, ovario y útero; maligna de ovario y endometrio
- Mejoría de acné e hirsutismo moderado, sobre todo en la AH con efecto antiandrogénico
- Retraso en la aparición y evolución de la osteoporosis

### EFFECTOS ADVERSOS MAYORES

- Aumenta el riesgo de **enfermedad cardiovascular** en mujeres con otros factores de riesgo
- Mayor riesgo de ETV en usuarias de AOC con gestágenos de 3ª generación en primer año de uso
- **Adenomas hepatocelulares**, con dosis altas de estrógenos y después de 5 años de uso (desaparecen al suspender tratamiento)
- **Cáncer de mama**, > riesgo con inicio temprano y > duración del tratamiento
- No datos definitivos sobre el riesgo de **cáncer de cérvix** (resultados actuales discordantes)

### EFFECTOS ADVERSOS MENORES

- No hay evidencia de ganancia de **peso** con AOC (< 5% tienen respuesta anabólica a los esteroides)
- **Náuseas y vómitos**, en los 3 primeros meses y desaparece con el uso (< en los 15-30 mcg EE)
- **Mastalgia**
- **Infecciones urinarias**, dosis dependiente
- **Hirsutismo o acné**, por una > sensibilidad cutánea a la actividad androgénica de los gestágenos.
- **Cloasma** en 5% de los casos por efecto estrogénico
- **Cambios en la libido**, entre el 5-30% de las usuarias
- **Depresión**, de un 5-15%, sobre todo si hay historia previa
- **Ictericia colestásica** y prurito en mujeres con ictericia idiopática en embarazos anteriores
- Aumenta el riesgo de **litiasis biliar** durante el primer año de uso
- **Amenorrea** pospíldora similar a la población general
- **Spotting**, (primeros ciclos) < con los trifásicos y gestágenos de 3ª generación, > con los de 15 y 20mg de EE y la minipíldora. Si más de 3 ciclos, o aparece tras 6 ciclos, descartar patología

### ALTERACIONES ANALÍTICAS CON AHC

- Si se produce una alteración del perfil lipídico hay que tener en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y seguir el siguiente protocolo:
  - LDL<130, sí AHC
  - LDL 130-160, sí AHC+ **dieta** (salvo >35 años, con 2 o más factores de riesgo= **NO AHC**)
  - LDL 160-189:
    - < **35 años**, con 1 o ninguno factores de riesgo: AHC+dieta
    - > **35 años**: **NO AHC**
  - LDL>190= **NO AHC**

**Factores de riesgo son:** Historia familiar de enfermedad coronaria prematura, tabaquismo, HTA, Diabetes, Obesidad, Enfermedad Cardiovascular previa y HDL<35 mg/dl.

- Si se descubren cifras de triglicéridos >500 mg/dl suspender la AHC.  
Si aumento de Triglicéridos de causa endógena = **NO AHC**.
- Si en un examen de salud se descubre una hipertransaminasemia, hay que investigar la causa y suspender la AH (buscar método alternativo) hasta que ceda el proceso.

## RESUMEN DE LAS EVIDENCIAS MÁS SIGNIFICATIVAS EN AH

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

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

## MANEJO CLÍNICO<sup>8</sup>: ANAMNESIS PARA DESCARTAR LIMITACIONES DE AHC

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

Si responde NO a todas, se pueden usar los AHC. (Anticoncepción Hormonal Combinada)

Si responde SI a ALGUNA, debe estudiarse la situación antes

## MANEJO CLÍNICO: ¿QUÉ ANTICONCEPTIVO HORMONAL ELEGIR?

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

<b>Si comienza a tomar anticonceptivos orales combinados por primera vez</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor de 20 años, se elegirá entre los preparados combinados de 30mcg de EE. Dosis menores de estrógeno podrían afectar al desarrollo de un adecuado pico de masa ósea.</li><li>• Mayor de 20 años, elegirá entre los preparados de 30, 20 y 15mcg de EE. La evidencia científica disponible actualmente no muestra diferencias significativas entre estos preparados, pero con los preparados de 15mcg el control del ciclo es peor.</li><li>• Si existe acné, hipertricosis y/o hirsutismo podría usarse con preferencia un preparado combinado que incluya efecto antiandrógeno (ver <b>tabla de AH disponibles en España</b>).</li></ul>
<b>Si está tomando anticonceptivos orales combinados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si toma AOC de dosis &gt;30 mcg, cambiar a preparado según se expone en apartado anterior para &gt; de 20 años.</li><li>• Si toma AOC de dosis ≤30 mcg y hay buena tolerancia, continuar con mismo preparado.</li><li>• Si existe acné, hipertricosis y/o hirsutismo, AOC con efecto antiandrogénico.</li></ul>
<b>Si ha tomado anticonceptivos orales combinados anteriormente, que le producían efectos secundarios y desea este método</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se prescribirá un preparado de distinta composición al que tomó anteriormente. En todos estos casos si tras 4-5 meses de la toma de AOC aparecen efectos secundarios intratables, suspender AOC e indicar preparados con progestágeno sólo según el siguiente apartado.</li></ul>
<b>Se optará por AH sG</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si no existen contraindicaciones para su uso y la mujer acepta el patrón de sangrado que éstos provocan, en los casos de contraindicaciones o intolerancia al componente estrogénico de otros preparados.</li><li>• Son de elección también durante la lactancia materna.</li></ul>
<b>Se optará por la anticoncepción inyectable combinada</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si no existen contraindicaciones para su uso y la mujer prefiere esta vía de administración.</li><li>• También en caso de existir dificultades para el cumplimiento de la anticoncepción hormonal oral. Actualmente hay que tener en cuenta otras dos vías de administración en estos casos: el parche y el anillo.</li></ul>
<b>Si se realiza cambio de preparado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se recomienda comenzar con el nuevo el primer día de la menstruación.</li><li>• 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.</li><li>• Si se cambia a un preparado oral con progestágeno sólo, comenzar cualquier día sin descansar del preparado anterior.</li></ul>

## FÁRMACOS QUE PUEDEN DISMINUIR EFECTIVIDAD DE AH

<b>Anticonvulsivantes</b>	Hidantoína*, Barbitúricos*, Primidona*, Carbamazepina*, Topiramato*, Felbamato.
<b>Otros fármacos</b>	Rifampicina*, Rifabutin*, Troglitazona*, Griseofulvina*, Modafinil*, Penicilina y derivados**, Tetraciclinas**, Flunarizina, Ritonavir, Hypericum perforatum

\* Por inducción del citocromo P450

\*\*Por alteración enterohepática

## ANTICONCEPCIÓN COMBINADA: ¿QUÉ HACER EN CASO DE ...?<sup>43</sup>

Situaciones	Actuación
<b>AOC*</b>	
Olvido de 1 píldora activa	Tomarla en el momento y continuar envase. No método adicional.
Inicio nuevo envase 2 ó más días tarde	Empezar y continuar normalmente. Método adicional 7 días. AE si coito desprotegido.
Olvido 2 ó más píldoras	Continuar forma habitual y método adicional 7 días. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si olvidos en 1ª semana + coito desprotegido: AE.</li> <li>• Si olvidos en 3ª semana: iniciar nuevo envase sin descanso.</li> </ul>
Olvido de píldora/s inactiva/s (días 22**-28)	Continuar de manera habitual.
Vómitos en las 2 horas tras la toma	Tomar otra píldora de un envase nuevo
Vómitos severos de más de 24 horas	Suspender la AOC hasta que ceda y utilizar otro método.
Diarrea severa de más de 24 horas	Suspender la AOC hasta que ceda y utilizar otro método.
Aumento de peso	Dieta y ejercicio (sólo 5% por respuesta anabólica a esteroides)
Cirugía programada de alto riesgo ETV	Suspender la AOC 6 semanas antes hasta 2 semanas después.
Posponer menstruación	Omitir descanso e iniciar nuevo envase
Spotting (sangrado < 1 compresa/día)	Dar AOC con dosis de estrógeno mayor si persiste tras 3 ciclos.
Metrorragia (sangrado > 1 compresa/día)	Si persiste tras 3 ciclos, descartar patología orgánica.
Ausencia de hemorragia en descanso	En 1 ocasión: descartar embarazo y continuar toma. Persistente: descartar embarazo y estudio complementario.
<b>PARCHE TRANSDÉRMICO*</b>	
Se despega ≤ 24 horas	Se pega el actual o se cambia por otro.
Se despega durante más de 24 horas	Se pone uno nuevo y hay que usar un método adicional 7 días.
Se retrasa el cambio ≤ 48 horas	Colocar uno nuevo
Se retrasa el cambio > 48 horas	Colocar uno nuevo y hay que usar un método adicional 7 días.
Retraso en el inicio del ciclo	Colocar uno nuevo y hay que usar un método adicional 7 días.
Retraso en retirar el último parche	Quitarlo y respetar el día de inicio del ciclo.
<b>ANILLO VAGINAL*</b>	
Retraso de inicio del ciclo	Poner anillo y usar un método adicional 7 días.
Más de 3 horas sin anillo	Poner anillo nuevo y usar un método adicional 7 días.
Retraso > 2 días en retirarlo	Retirarlo y respetar el día de inicio del ciclo.
<b>INYECTABLE COMBINADO*</b>	
Retraso de reinyección > 3 días	Poner la inyección y usar un método adicional 7 días.
<b>CAMBIO A OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL</b>	
Cualquier AH combinada	Como inicio de nuevo ciclo o en cualquier momento si hay cumplimiento correcto del método que está utilizando

\* Si interacción con la toma de medicamentos, usar método barrera hasta 7 días tras tratamiento.

\*\*23 en caso de Gracial®

Normas de uso	AOC	Parche transdérmico	Anillo vaginal	AHP
Inicio	1 <sup>er</sup> día de menstruación			7 <sup>o</sup> - 8 <sup>o</sup> día ciclo
Momento del día de administración	Mañana, mediodía o noche			Indiferente
Pauta	Diaria	Semanal	Mensual	
Descanso	7 días* o ninguno	7 días		No
Hemorragia por privación	En descanso o comprimidos placebo	En descanso		Si
Inicio de envases sucesivos	Ininterrumpido o al 8 <sup>o</sup> día*	Al 8 <sup>o</sup> día (siempre igual día de la semana)		día 28+/-3
Presentación por ciclo	21-28 comprimidos/mes	3 parches/mes	1 anillo/mes	1 ampolla/mes

\* Gracial® tiene 22 comprimidos activos, lo que implica un descanso de sólo 6 días y el inicio del nuevo envase el 7<sup>o</sup> día

ANTICONCEPCIÓN SÓLO GESTÁGENO: ¿QUÉ HACER EN CASO DE...?	
Situaciones	Actuación
<b>MINIPÍLDORA DE SÓLO GESTÁGENO</b>	
Olvido > 12 horas	Tomarla y usar otro método adicional 7 días.
Vómito < 2 horas	Tomar otra píldora.
Vómitos severos de más de 12 horas	Suspender hasta que cese y usar otro método.
Diarrea severa de más de 12 horas	Suspender hasta que cese y usar otro método.
Toma de medicamentos	Si interacción, usar método barrera hasta 7 días tras tratamiento.
Cambio a otro AH	Como inicio de nuevo ciclo o en cualquier momento si hay cumplimiento correcto del método que está utilizando
<b>INYECTABLE DE SÓLO GESTÁGENO</b>	
Retraso > 15 días en inyección	Ponerla y usar otro método adicional 7 días.
Se desconoce tiempo desde previa	Descartar embarazo, ponerla y usar otro método 7 días.
Cambio a otro AH	En la fecha de la inyección
<b>IMPLANTE SUBDÉRMICO</b>	
Toma de medicamentos	Si interacción, usar método barrera hasta 7 días tras tratamiento.
Cambio a otro AH	El día de la extracción.

Si ocurre alguna circunstancia de las citadas anteriormente y no ha utilizado otro método, hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso.

Normas de uso	Minipíldora	Inyectable sG	Implante
Inicio	1 <sup>er</sup> día de regla	5 <sup>o</sup> día de regla	1 <sup>er</sup> -5 <sup>o</sup> día de regla
Momento del día de administración	Mañana, mediodía o noche	Indiferente	
Pauta	Diaria	Trimestral	Cada 3 ó 5 años
Descanso	No		
Patrón de sangrado	Sangrado irregular, impredecible o prolongado. Tendencia a la amenorrea		
Envases sucesivos	Toma continua	Cada 3 meses	Cada 3 ó 5 años
Presentación	28 comprimidos/ mes	1 ampolla / 3 meses	1 implante /3-5 años

## AE: Pautas de tratamiento\*<sup>63</sup>

SITUACIONES	TRATAMIENTO
< 72 horas desde coito de riesgo (sin interacción)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LNG, 2 comprimidos en dosis única o separadas 12 horas.</li> <li>• Pauta de Yuzpe (2 comp/12h, 1 día), si problemas económicos para LNG.</li> </ul>
< 72 horas desde coito de riesgo (con interacción medicamentosa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LNG, 2 comprimidos juntos en 1ª dosis y otro a las 12 horas.</li> <li>• Pauta de Yuzpe (3 comp/12h, 1 día), si problemas económicos para LNG.</li> <li>• Inserción de DIU.</li> </ul>
>72 horas desde coito de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserción de DIU.</li> <li>• Puede administrarse LNG informando de la pérdida de eficacia.</li> </ul>

\* Si no hay menstruación tras 21 días AE se debe solicitar test de embarazo.

## AE en usuarias de AH

MÉTODOS	SITUACIONES	ACTUACIÓN	
AOC	> 2 días sin AOC	1ª semana del ciclo	AE y continuar ciclo
Parche transdérmico	> 1 día sin parche	2ª semana del ciclo	No indicada AE
Anillo vaginal	> 3 horas sin anillo	3ª semana del ciclo	No AE, suspender envase, iniciar nuevo ciclo 1º día de regla
Minipíldora	>12 horas sin método	cualquier semana	AE y continuar ciclo
Minipíldora+lactancia materna	>12 horas sin método	cualquier semana	No indicada AE hasta 6º mes posparto
AHP combinada	>3 días reinyección	final ciclo	AE y continuar ciclo
AHP sG	> 15 días reinyección	final ciclo	AE y continuar ciclo

## DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

### INDICACIONES

- Anticoncepción eficaz (sobre todo en mujeres adultas, sin contraindicaciones, sin riesgo de ETS, sin antecedentes de embarazo ectópico, con hijos y sin deseo de nuevas gestaciones)
- Intercepción poscoital (hasta 5 días después del coito de riesgo)
- Tratamiento y prevención del Síndrome de Asherman

### VENTAJAS

- Muy seguro si está bien colocado (también como AE)
- No requiere participación de la pareja
- No altera la fertilidad tras su retirada

### INCONVENIENTES

- No protege frente a ETS
- Aumenta el riesgo de EPI las primeras 3 semanas posinserción
- Requiere entrenamiento adecuado del profesional para su inserción
- Riesgo de expulsión inadvertida (no conviene utilizar tampones)

### EFFECTOS SECUNDARIOS

- Posinserción inmediata: Dolor, manchado vaginal y expulsión
- A largo plazo: Sangrado intermenstrual, Hipermenorrea o menorragia, amenorrea

## RESUMEN DE LAS PRINCIPALES EVIDENCIAS DE MÉTODOS INTRAUTERINOS

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

DIU: Dispositivo Intrauterino;

MA: Método Anticonceptivo;

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria;

ETS: Enfermedades de transmisión Sexual;

LNG: Levonorgestrel

## MÉTODOS QUIRÚRGICOS

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

EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria;

LTB: Ligadura de trompas bilateral

## INDICACIONES DEL CRIBADO DE ETS<sup>1</sup>

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

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

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

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral;

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual;

PCR: Reacción en cadena de la Polimerasa;

HBsAg: Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B;

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

## RESUMEN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE LA OMS PARA EL USO DE MA (1)<sup>14</sup>

Características del usuario	AOC		AHO5G		AHISG		Implantes	esteril.♀	esteril.♂	Condón	DIU	Espermicida	Diafragma	Met Nat	MELA	
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
<b>Embarazo</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		diferir	-	1	4	1	1	-	-	
<b>Edad</b>																
Menores de 18 (<20 para Dispositivo Intrauterino)	1	1	2	1	1	1		precaución	-	1	2	1	1	1	1	
18-39 años	1	1	1	1	1	1		aceptable	-	1	1	1	1	1	1	
40-45 años	2	1	1	1	1	1		aceptable	-	1	1	1	1	1	1	
>45 años	2	1	2	1	1	1		aceptable	-	1	1	1	1	1	1	
<b>Hábito tabáquico</b>																
Fumadora <35 años	2	1	1	1	1	1		aceptable	-	1	1	1	1	1	1	
Fumadora ≥35 años y <15 cigarrillos/día	3	1	1	1	1	1		aceptable	-	1	1	1	1	1	1	
Fumadora ≥35 años y >15 cigarrillos/día	4	1	1	1	1	1		aceptable	-	1	1	1	1	1	1	
<b>Obesidad (Índice de masa Corporal &gt;30)</b>	2	1	2	2	2	2		precaución	-	1	1	1	1	1	1	
<b>Pairidad</b>																
Nullíparas	1	1	1	1	1	1		aceptable	aceptable	1	2	1	1	1	1	
Parto Previo	1	1	1	1	1	1		aceptable	aceptable	1	1	1	2	1	1	
<b>Lactancia</b>																
Menos de 6 semanas posparto	4	3	3	3	3	3		aceptable	-	1	-	1	-	1	1	
Entre 6 semanas y 6 meses (lactancia completa o casi)	3	1	1	1	1	1		aceptable	-	1	-	1	1	1	1	
6 meses o más después del parto	2	1	1	1	1	1		aceptable	-	1	-	1	1	1	-	
<b>Posparto sin lactancia materna</b>																
Menos de 21 días después del parto	3	1	1	1	1	1		*	*	1	+	1	-	1	-	
21 días o más después del parto	1	1	1	1	1	1		*	*	1	+	1	-	1	-	
<b>Posaborto</b>																
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1		-	-	1	1	1	1	1	-	
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1		-	-	1	2	1	1	1	-	
Después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	1		-	-	1	4	1	1	1	-	
<b>Antecedente de embarazo ectópico</b>	1	2	1	1	1	1		aceptable	-	1	1	1	1	1	1	

**RESUMEN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE LA OMS PARA EL USO DE MA (CONTINUACIÓN 2)<sup>44</sup>**

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

**RESUMEN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE LA OMS PARA EL USO DE MA (CONTINUACIÓN 3)<sup>14</sup>**

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

**RESUMEN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE LA OMS PARA EL USO DE MA (CONTINUACIÓN 4)<sup>44</sup>**

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

**RESUMEN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE LA OMS PARA EL USO DE MA (CONTINUACIÓN 5)<sup>44</sup>**

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

**RESUMEN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE LA OMS PARA EL USO DE MA (CONTINUACIÓN 6)<sup>144</sup>**

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

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

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

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

3: Categoría 3 (no usar sin valoración médica)

4: Categoría 4 de la OMS (no usar)

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

\*: Condiciones adicionales para esterilización femenina

\*\* : Condiciones adicionales para vasectomía

**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DISPONIBLES EN ESPAÑA<sup>2</sup>**

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

\*Financiable por la SS en España;

\*\*Bifásicos;

\*\*\*Trifásico;

AH: Anticoncepción Hormonal;

mcg: microgramos;

EE: Etinilestradiol;

LNG: Levonorgestrel;

AE: Anticoncepción de emergencia; SIL: Sistema Intrauterino de Liberación; DH: Diagnóstico Hospitalario; DHV: DH + Visado

La mayoría de los anticonceptivos orales comercializados incluyen 21 pastillas activas únicamente, pero existe uno que precisa 22 (Gracial®) y también hay presentaciones de algunos que complementan las 21 pastillas activas con 7 de placebo para no necesitar descanso de la toma (Melodene 15®, Diane 35 diario® y Cerazet®)



## RECURSOS DE INFORMACIÓN SOBRE: ANTICONCEPCIÓN, SEXUALIDAD Y ITS

### TELEFONOS DE INFORMACIÓN SEXUAL AUTONÓMICOS

901 51 51 51 - 902 10 33 01

### CORREO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN SEXUAL:

[informaciónsexual@juventudcanaria.com](mailto:informaciónsexual@juventudcanaria.com)

### Información de ITS/SIDA:

902 11 44 44

[www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/sida.htm](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/sida.htm)

Centros de Atención Primaria del SCS

Centros de Orientación Familiar (SCS o Municipales)

Unidades de Atención a la sexualidad de los Cabildos

Consulta o Espacio Joven

Asociaciones de Mujeres

Recursos en Internet



**Gobierno de Canarias**  
Consejería de Sanidad



**Servicio  
Canario de la Salud**

► DIRECCIÓN GENERAL DE  
PROGRAMAS ASISTENCIALES