



autores proponen su prolongación en mayores de 70 años si la esperanza de vida es razonable (C). Interrogaremos periódicamente sobre la presencia de sangrado ginecológico.

CRITERIOS DE DERIVACION

A ginecólogo

- Ciclos irregulares de más de 6 meses de duración.
- Sangrados que no se controlan con el tratamiento habitual.
- Metrorragia tras un año de amenorrea en mujeres que no reciben THS
- Menopausia precoz.
- Indicaciones de THS e imposibilidad de realizar adecuadamente los controles.
- Paciente con THS o raloxifeno con sangrado anómalo.
- Osteoporosis postmenopáusica con indicación de THS con contraindicaciones relativas.

A reumatólogo

Cuando se planteen problemas particulares en relación con el riesgo de osteoporosis, fracturas o situaciones patológicas: sospecha de baja masa ósea patológica secundaria no diagnosticada o no corregida, pérdida de masa ósea pese a tratamiento (objetivada con densitometría o por aparición de fractura osteoporótica o disminución de la altura vertebral) o para valorar cambio de tratamiento e imposibilidad de realizar densitometría ósea para el diagnóstico y/o seguimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Menopausal Synthoms List, Menopause Rating Scale (MRS). Versión internacional año 2003 en Health Quality Outcomes julio 30 1 (1).
2. Cuestionario MENCAV. Buendía j. et al. en Atención Primaria, 2, 2001.
3. Climaterio y calidad de vida. Estudio nacional sobre calidad de vida de la mujer climatérica española con sintomatología clínica. Masson Ed. 2001.
4. Boletín de Farmacovigilancia de la Comunidad Valenciana. Controversias del tratamiento hormonal sustitutivo. Número 59, año 2002-2º.
5. Terapia Hormonal Sustitutiva. Monografía. Boletín Terapéutico Andaluz. 2002, número 20.
6. Formación Médica Continuada (FMC). Protocolos 1/2003. Menopausia.
7. Programas Básicos de Salud. Programa de la mujer. Volumen II. Semfyc. Ediciones Doyma 2000.
8. Fitoestrógenos: conocimientos básicos y utilidad clínica Haya J et al Medicine 2002. Revisión.
9. Atención a la mujer climatérica en Guías de Actuación Clínica en Atención Primaria. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. 2002.
10. Osteoporosis en Guías de Actuación Clínica en Atención Primaria Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat 2002.

ANTICONCEPCION Y ATENCION PRIMARIA

Dra. Marisa Altarriba Cano
Dra. Carmen Cerdeño Gómez
Grupo de Trabajo de atención a la mujer de la SVMFIC
CAP Rocafort y CAP Babel (Alacant)

INTRODUCCION

La planificación familiar se debe considerar como actividad preventiva y a la que el médico de Atención primaria debe contribuir, facilitando información que permita al usuario elegir el método más adecuado en cada caso.

El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para dar consejo contraceptivo, por conocer tanto los antecedentes patológicos, situación familiar y factores socioculturales que rodean a sus pacientes. Así pues debemos dar una información clara, objetiva y suficiente para que la pareja pueda entender los riesgos y ventajas sin imponer nuestro criterio.

Hay que evaluar el riesgo de mal cumplimiento e intentar evitarlo asegurándonos que ha comprendido la correcta utilización así como ofrecernos para preguntas y dudas.

CONSEJO CONTRACEPTIVO

Es la información equilibrada y objetiva de cada uno de los métodos anticonceptivos que permita en función de las características individuales o de pareja la adopción del más idóneo para conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductivo.

No existe un método anticonceptivo ideal ya que cada uno presenta ventajas e inconvenientes y cada persona o pareja tiene su propia idiosincrasia en la que destaca la motivación; actitud positiva o negativa hacia el método anticonceptivo, condicionada por las relaciones sexuales y el objetivo de la contracepción, y el perfil de la persona; edad, nivel cultural, creencias, grado de información, estado de salud.

La adopción de un método anticonceptivo evitará embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, permitiendo separar sexualidad de procreación.

Cumplimiento o continuidad de uso de un anticonceptivo consiste en la correcta utilización de ese método, de forma regular y continuada, y conlleva a la eficacia real del mismo.



PERFIL DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Las principales características que definen un método anticonceptivo cuando se realiza un consejo contraceptivo son: La eficacia, la seguridad, la reversibilidad, la complejidad de uso, la relación con el coito y el precio.

Eficacia: es la capacidad que ofrece un método anticonceptivo para impedir la gestación, suele expresarse mediante el índice de Pearl.

Índice de Pearl: es el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año.

Debe considerarse dos parámetros, uno sería la eficacia teórica que sería la tasa de embarazos por 100 mujeres en un año en utilización de un método anticonceptivo en condiciones óptimas, y el otro sería la eficacia real que es la condicionada por posibles fallos humanos en su utilización.

Seguridad: capacidad de un método anticonceptivo para alterar positiva o negativamente el estado de salud de un usuario o de amenazar su vida.

Reversibilidad: valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras interrumpir el uso de un método anticonceptivo.

Complicación-complejidad de uso: el adecuado conocimiento del ciclo menstrual, la manipulación de los genitales, el establecimiento de una rutina, puede suponer la incorrecta utilización del método anticonceptivo.

Relación con el coito: es un factor que influye junto con la frecuencia de las relaciones sexuales según el método anticonceptivo tenga una relación inmediata, mediata o lejana con el coito.

Precio: es también un factor que influye.

METODOS NATURALES

La OMS define a los métodos naturales para regular la fertilidad como "las técnicas para evitar el embarazo o planificar su instauración a través de la observación de los síntomas y signos que se producen de forma natural en las fases fértil y estéril del ciclo menstrual. Implícito en la definición de planificación familiar natural, cuando se emplea para evitar el embarazo, va el hecho de que exista abstinencia sexual coital durante la fase fértil del ciclo menstrual"

La utilización de estos métodos obliga a un entrenamiento con un periodo de aprendizaje de 3 a 6 meses, un conocimiento de los cambios corporales y genitales que se producen durante el ciclo menstrual, una disciplina casi diaria por parte de la mujer y una

adecuada colaboración del varón.

- ▶ Método de la temperatura basal corporal
- ▶ Método basado en el moco cervical. (Método de Billings)
- ▶ Métodos sintotérmicos.
- ▶ Método del ritmo o calendario. (Método Ogino-Knaus)
- ▶ Detección de la ovulación mediante nuevas tecnologías. Hay comercializados distintos sistemas para detectar la ovulación entre los que destaca la detección de la LH o el glucorónido de estrona en orina mediante tiras reactivas. El Unipath calcula los días fértiles mediante la información biológica administrada. El aumento de LH se produce entre 24 y 56 horas antes de la ovulación y la supervivencia del óvulo tras su salida del ovario es de 12 a 24 horas. El inconveniente es su coste elevado, con un índice de Pearl de 2-9%
- ▶ Lactancia prolongada
- ▶ Coito interrumpido. Aunque no es considerado un método anticonceptivo es el procedimiento más antiguo y utilizado, con porcentajes de uso muy variables (5-70%) ya que muchas parejas combinan el coito interrumpido y el preservativo que colocan en el momento de la eyaculación.

METODOS BARRERA

Diafragma y capuchón cervical

Se necesita una exploración ginecológica previa para realizar la medición del tamaño del diafragma necesario para cada mujer y para descartar contraindicaciones; prolapso uterino, laxitud de la musculatura vaginal, rectocele o cistocele. Un adiestramiento para su correcta utilización y una visita de seguimiento para comprobar la correcta utilización del mismo.

No se recomienda utilizarlo durante la menstruación.

Fue un método muy utilizado durante los años 50-70 pero actualmente ha caído ya en desuso, en mujeres motivadas proporciona una elevada eficacia con tasas de fallos en el primer año de uso del 3,8 al 18%.

Protege frente a virus del papiloma humano, gonococia cervical, enfermedad inflamatoria pélvica. Si permanece colocado mucho tiempo puede producir cistitis de repetición, úlceras genitales, leucorrea y shock tóxico.

El capuchón cervical es muy parecido al diafragma pero de menor tamaño. No proporciona la misma protección frente a las enfermedades de transmisión sexual que las descritas para el diafragma.

Preservativo masculino

La eficacia anticonceptiva se asocia a la correcta utilización y continuidad de uso, con tasas de fallos descritos del 2 al 12%.

Proporciona una elevada protección frente a infecciones por virus del papiloma humano, herpes simple, hepatitis B, VIH, infecciones por gonococo, chlamydia, trichomonas, mycoplasma, etc.

En adolescentes debemos dar instrucciones sobre su utilización:

1. Adquiere preservativos de calidad.
2. Comprueba siempre la fecha de caducidad.
3. Presévalos del calor, el sol y la humedad.
4. Abre el envoltorio con precaución, cuidado con uñas, dientes y anillos.
5. Coloca el preservativo sobre el pene en erección antes del contacto sexual, sujetándolo desde la punta y extendiéndolo hasta la base del pene, hay que dejar libre y sin aire la bolsita o receptáculo que se encuentra en la punta.
6. En caso de que no lleve depósito para la recogida del semen, deja un espacio libre de 2 cm en la punta.
7. Después de la eyaculación y antes de que el pene pierda su erección, retíralo sujetando el condón por la base para evitar que quede dentro.
8. No reutilices nunca el condón aunque no haya habido penetración ni eyaculación.
9. En caso de utilizar lubricantes han de ser de base agua, nunca grasos (la vaselina rompe el látex)
10. En caso de rotura, o quedarse dentro de la vagina debes acudir al médico antes de las 72 horas.

Preservativo femenino

Es una funda de poliuretano, prelubrificada con dimeticona, cerrada por un extremo y con un anillo flexible fijado en el extremo abierto y otro libre que sirve para introducir y fijar el extremo ciego en el fondo de la vagina cubriendo el cérvix, igual que el diafragma. El anillo externo impide que el extremo abierto se introduzca en el interior de la vagina durante el coito. Presenta una tasa de fallos del 2,6-12,4% y proporciona una elevada protección frente a enfermedades de transmisión sexual.

Por su elevado precio, necesidad de manipulación de genitales internos y adiestramiento para su correcta introducción en la vagina es un método anticonceptivo de escasa utilización en nuestro medio.

Espermicidas

La tasa de fallos cuando el espermicida es el

único método es del 5,8 al 21% por lo que se utiliza acompañando a otro método (preservativo, diafragma, capuchón o dispositivo intrauterino, olvidos de píldoras anticonceptivas) Los preservativos llevan todos espermicida.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

La comercialización de los DIU se produce en los años 60, utilizando en los primeros dispositivos el polietileno recubierto de bario para poder detectarlo mediante rayos X, posteriormente se añade iones (cobre o plata) y más recientemente se introduce gestágeno.

Los mecanismos de acción de los DIUs inertes o liberadores de iones no están del todo clara, es probable que la principal acción anticonceptiva se deba a la respuesta inflamatoria en el interior del útero que dificulta la implantación del blastocito junto a posibles acciones nocivas en el óvulo y los espermatozoides. Los DIUs medicados con gestágenos añaden a este efecto anticonceptivo la pseudo atrofia o atrofia del endometrio.

La duración de la actividad anticonceptiva en los DIUs liberadores de iones está en función de la carga, habitualmente entre 3 y 5 años.

La eficacia de los DIUs es muy alta con un índice de Pearl del 0,6-2%.

Las contraindicaciones absolutas para la utilización del DIU son; embarazo, sangrado uterino no filiado, anomalías de la cavidad uterina, infección genital aguda, enfermedad de Wilson y terapia anticoagulante.

Las contraindicaciones relativas son; alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, dismenorrea, hipermenorreas, estenosis cervical, anemia ferropénica, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, puerperio (hasta la sexta semana)

La inserción suele realizarse durante el sangrado menstrual, aunque no siempre es necesario. Tras la primera menstruación postinserción se realiza el primer control mediante ecografía para comprobar la distancia al fundus uterino, los siguientes controles se realizan al año con citología, ecografía si se sospecha desplazamiento y hemograma si el sangrado es abundante. A la mujer se le informará sobre signos y síntomas especialmente los relacionados con la enfermedad inflamatoria pélvica.

EFICACIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS

(Ver tabla 1 en página siguiente)



Tabla 1. Eficacia de los Anticonceptivos

		I.P. TEORICO	* I.P. REAL**
Métodos Naturales	Ogino-Knaus	10-14	20-40
	Temperatura	2-10	20
	Moco Cervical	0,06-2,8	20
	Sintotérmico	0,5	20
	Lactancia prolongada	2	4-10
	Coito interrumpido	5	18-40
Métodos barrera	Diafragma	2,6-3,8	18
	Presv. Masculino	2	12-14
	Presv. Femenino	2,6	13-18
	Espermicida	5	21
DIU	Inertes	0,6-2	0,6-2
	Iones	0,6-2	0,6-2
	Medicados	<0,1	0,8
Métodos Hormonales	AO: Combinados	0,12-0,34	3-8
	AO: Gestágeno	0,5	3
	Intramus.: Comb.	1	2-17
	Intramus.: Gestag.	0,3-1,2	1,5-16,2
	Implantes	0,05	0,05
	Anillos Parches		
Métodos quirúrgicos	Esteriliz. tubárica	0,4	0,4
	Vasectomía	<0,1	<0,1

* Índice de Pearl teórico: Tasa de embarazo por 100 mujeres en un año en utilización ideal del método anticonceptivo.
** Índice de Pearl real: Tasa de embarazo por 100 mujeres en un año al utilizar un método anticonceptivo.

ANTICONCEPCION HORMONAL ORAL (AHO)

En España se estima que un 14% (1.500.000) de las mujeres en edad fértil utilizan AHO, siendo el segundo método anticonceptivo después del preservativo y por delante del DIU.

Su mecanismo de acción se basa en interferir las comunicaciones normales que sincronizan la ovulación, el funcionalismo tubárico, la preparación del endometrio y las modificaciones del endometrio. Su principal indicación es la anticonceptiva pero tiene otras como el tratamiento del síndrome premenstrual y la dismenorrea, control de las hemorragias uterinas disfuncionales, tratamiento del acné e hirsutismo y disminuye la incidencia de quistes ováricos y el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.

Tabla 2. Anticoncepción Hormonal (AHO).

Nombre comercial	Etinilestradiol Microgr. X comp.	Gestágeno Microgr. X comp.
Neogynona Ovoplex #	50	Levonorgestrel 250
Microginon Ovoplex 30/150 #	30	Levonorgestrel 150
Diane 35 Diane 35 diario # *	35	Acetato de Ciproterona 2000
Triagynon** Triciclor #**	30,40,30	Levonorgestrel 50,75,125
Microdiol	30	Desogestrel 150
Gynovin Minulet	30	Gestodeno 75
Trigynovin ** Tri-minulet **	30,40,30	Gestodeno 50,70,100
Suavuret	20	Desogestrel 150
Meliane Meliane diario * Harmonet	20	Gestodeno 75
Melodene # *** Minesse # ***	15	Gestodeno 60
Loette	20	Levonogestrel 100
Yasmin	30	Drospirenona 300
Nuvaring	15	Etanogestrel 120
Ebra		
Cerazet		Desogestrel 75

Financiado por la SS.

* Preparado con 28 comprimidos 21 activos y 7 placebo.

** Preparado trifásico.

*** Preparado con 28 comprimidos 24 activos y 4 placebo.

¿Cuáles son los requisitos previos antes de la prescripción de AHO?

Para ello solo se necesita una correcta anamnesis, toma de la TA, recomendándose la exploración abdominal y mamaria y la determinación de triglicéridos, colesterol total y glucosa si no disponemos de analítica reciente.

En la historia clínica debemos registrar los hábitos tóxicos, historia de migrañas, riesgo de tromboembolismo venoso (TEV previo, TEV en familiar menor de 50 años, varices muy sintomáticas, gran obesidad, inmovilización), antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, dislipemias, diabetes,

enfermedad hepática, toma de otros fármacos o sangrado vaginal anormal.

La citología sólo se realizará si no se ha realizado según las indicaciones de cribado de cáncer de cérvix.

No está justificado realizar de rutina un cribado de los estados de hipercoagulabilidad: antitrombina III, resistencia a la proteína C reactiva, déficit de proteína C y S. Estas solo deberían reservarse para pacientes con historia familiar o episodio previo de tromboembolismo idiopático.

En casos especiales y en adolescentes, la exploración ginecológica y las determinaciones analíticas pueden solicitarse a los seis meses del inicio del tratamiento.

Interacciones medicamentosas

Los AHO pueden interactuar por diferentes mecanismos (tabla 4).

* Recomendaciones de la Conferencia de Consenso "Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales" de la Sociedad Española de Contracepción.
TEV: tromboembolismo venoso

Tabla 3. *Contraindicaciones de los Anticonceptivos Orales.*

Contraindicaciones absolutas*	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertrigliceridemia grave (>1000 mg/dl) - Diabetes mellitus con vasculopatía asociada (retinopatía o nefropatía) y neuropatía. - Antecedentes personales de TEV - Trombofilia familiar diagnosticada. - Ictus cerebral. - Episodio de TEV en familiar mientras se determina si tiene componente familiar. - Trombofilia, inmovilización prolongada, cirugía abdominal o traumatológica, etc. - Tabaquismo en mujeres mayores de 35 años. - Antecedente o presencia actual de cáncer de mama. - Embarazo. - Hemorragia genital no diagnosticada. - Hipertensión. - Hepatopatía activa
Contraindicaciones Relativas (situaciones que requieren una valoración Especial)	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de más de un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular: <ul style="list-style-type: none"> - Tabaquismo - Sobrepeso - Dislipemia leve - Valvulopatía. - Enfermedades que cursan con mala absorción intestinal. - Mal cumplimiento previo.

Tabla 2. *Anticoncepción*

Tabla 4. *Interacciones farmacológicas de los Anticonceptivos Orales.*

	Fármacos	Mecanismo de acción
Fármacos que reducen la eficacia de los AO	Penicilina y derivados Cotrimazol Griseofulvina Rifampicina Tetraciclina	Disminución de absorción Inhibición metabólica Inducción enzimática Inducción enzimática Inducción e incremento de SHBG
	Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital, primidona, butobarbital, carbamazepina, etosuximida, metilfenobarbital) Clorpromazina	Inducción enzimática Posible acción enzimática
Fármacos cuya eficacia varía con los AO	Acido aminocaproico Anticoagulantes Antidiabéticos Analgésicos (fenacetina, antipirina, aminopirina, paracetamol) Antihipertensivos (ciclopentiazida, guanetidina, metildopa, metoprolol, reserpina) Corticoides Folatos y Vitamina B12 Diacepam Benzodiacepinas	Probable sinergismo. Contraindicados Posible inducción enzimática. Inducción enzimática. Ajustar dosis Descenso acción analgésica Activación del sistema renina-angiotensina Potencian efecto: fijación competitiva en receptor Disminución de la absorción Inhibición enzimática Potencian su efecto

AO: anticonceptivos orales. SHBG: proteína transportadora de esteroides sexuales.
Guía de Anticoncepción. Guías de actuación clínica de la C. V. 2002



Indicaciones en diferentes situaciones

- 1- Adolescentes: ante jóvenes se hace necesario diferenciar entre riesgo de embarazo y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, debemos pues obtener información sobre la pareja, si existe una o más relaciones sexuales y hacer referencia al doble método (preservativo y píldora) asegurándonos de la percepción de la información.
- 2- Mujeres con manifestaciones hiperandrogénicas: se benefician con el tratamiento de AHO, tanto con el acetato de ciproterona como con los gestágenos más modernos.
- 3- Después del parto: si la mujer da lactancia artificial a las 4-6 semanas ya puede utilizar los AHO, si da lactancia natural solo podrá utilizar AH con progestágenos.
- 4- Post IVE ó post aborto espontáneo: si es en el primer trimestre se puede empezar los AHO el mismo día pero si es en el segundo trimestre deberá esperar 2 semanas para evitar el tromboembolismo o el camuflaje de hemorragias por retención de restos embrionarios.
- 5- Menopausia: se puede diagnosticar esta en mujeres con AHO por la determinación de FSH mayor de 40 mU/ml al final de la semana de descanso.

Pautas de actuación en situaciones concretas durante la toma de AHO

Cuando indiquemos la AHO debemos dar normas claras y concretas y advertir de posibles efectos secundarios como cefaleas, náuseas y tensión mamaria explicándoles que en la mayoría de los casos son intrascendentes y pasajeros.

Insistiremos que el 1 día de ciclo es el primer día de la toma del primer envase, que si se toma después será necesario el adoptar un método de refuerzo durante 7 días.

Olvidos

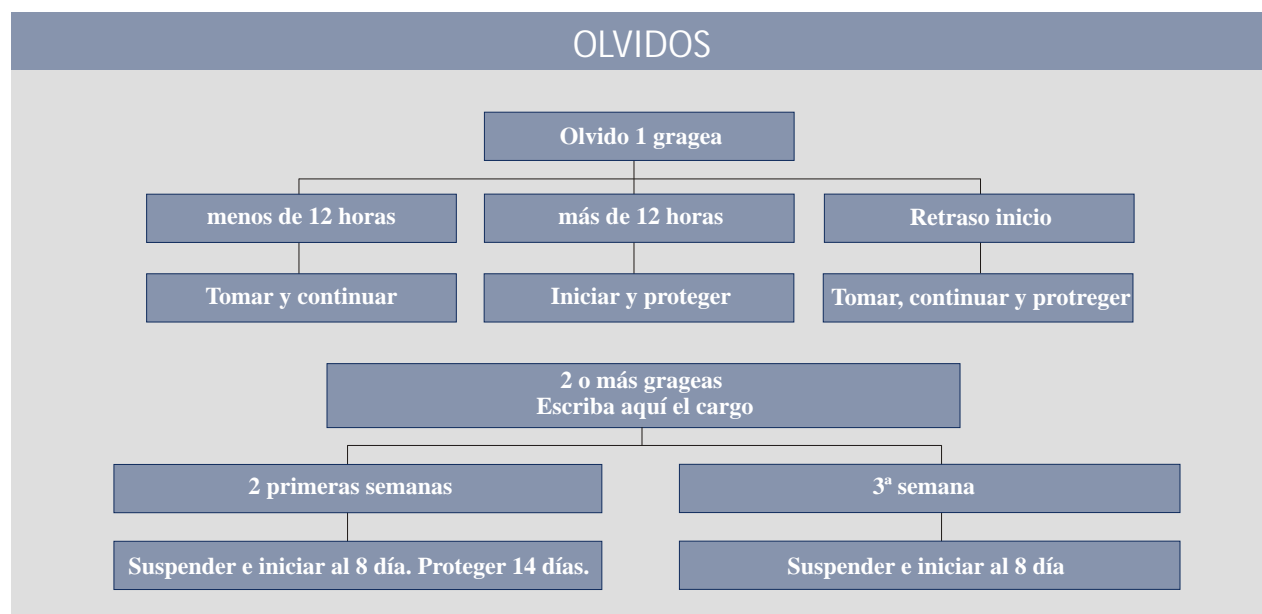
Si el olvido es menor de 12 horas se recomienda continuar con la toma del comprimido olvidado sin utilizar ningún método adicional.

Si el olvido es mayor de 12 horas hay que continuar y proteger con otro método de 8-10 días, pero si se ha producido coito no protegido en los primeros comprimidos (hasta el 7) y el olvido es de estos primeros 7 comprimidos hay que dar intercepción. Si el olvido es de los comprimidos entre el 8 y el 14, se continuará con el envase y se comenzará con otro nuevo sin semana de descanso y protegiendo con otro método de 8-10 días.

Es importante que el inicio de un nuevo envase se realice a la misma hora del 8 día en el que finalizó el envase anterior pues puede provocar pérdida de eficacia, si no se realiza así, puede producirse un escape ovulatorio, siendo esta la causa más frecuente de fallo de AHO. En caso de confusión es preferible adelantar un día la toma del nuevo envase.

Si el olvido es de dos o más grageas en las primeras semanas se suspende el envase y se comienza con uno nuevo al octavo día, protegiendo 14 días. Si es en la última semana se cancela ese envase y se empieza el siguiente al 8 día.

Si la mujer está tomando la "minipíldora" cuando se retrase más de tres horas deberá tomar la píldora que olvidó tan pronto como sea posible y utilizar un método barrera.





Sangrado intermenstrual

El manchado a mitad de ciclo es muy frecuente en los primeros usos de AHO y tienden a disminuir con el tiempo de uso. Si persiste se puede pasar a un preparado trifásico o de mayor dosis estrogénica. Ante un sangrado abundante debemos investigar sobre olvidos en la toma, ingesta de otros fármacos, patología orgánica como neoplasias genitales, infección de cérvix o de endometrio y embarazo. Tranquilizar a la paciente.

Menstruación silente

Se debe descartar embarazo y seguir con la toma habitual. Se recomienda una nueva prueba de embarazo a una semana de la primera pero ya debe de haber iniciado el nuevo envase. Si persiste hay que interrumpir los AHO y estudiar.

Vómitos y diarreas

Si aparece antes de las 4 horas de haberse tomado la píldora se debe tomar otra de un envase de repuesto. En estas situaciones la absorción está alterada y disminuida su eficacia. En caso de persistencia del cuadro se debe suspender la toma y reiniciar tras la curación.

Cambio de preparado

Cuando es a uno de mayor dosis basta con dejar el descanso de 7 días e iniciar con el nuevo envase, pero si es a uno de menor dosis hay que advertir de la posibilidad de spotting a mitad de ciclo e iniciarlo el primer día de la hemorragia.

Control y seguimiento

Se recomienda establecer una visita entre el 3-6 mes después de iniciar la toma para valorar el buen uso, aclarar dudas y preguntar sobre posibles efectos secundarios y realizar una toma de la TA.

El siguiente control es al año y se realizan según la edad, así en menores de 35 años se actualiza la anamnesis personal y familiar de factores de riesgo, se mide la TA y el peso, y se valora los hábitos sexuales. En los mayores de 35 años se actualiza la anamnesis personal y familiar, se mide la TA y se pide una analítica de CT, HDL, TG y glucosa, se valoran los hábitos sexuales y si hay tabaquismo se suspende los AHO.

De 3-5 años se realiza la palpación abdominal, la exploración pélvica y la citología y en las menores de 35 años se pide la analítica. A los 40 años se pide la

mamografía si hay antecedentes de neo de mama en familiar de primer grado o se ha iniciado la toma antes de los 20 años.

Otras presentaciones de anticoncepción hormonal:

Anillo vaginal (Nuvaring)

Es un anillo flexible, transparente de 54 mm de diámetro y 4 mm de grosor que lleva 11,7 mg de etonogestrel y 2,7 mg de EE que liberan a diario 120 mcg de etonogestrel y 15 mcg de EE durante 3 semanas consecutivas a partir de la cual se retira el anillo y se produce la semana de descanso con la hemorragia de privación.

Si el anillo se sale de la vagina se lava con agua fría o tibia (no caliente) y se vuelve a introducir, pero si pasan más de 3 horas hay que proteger 7 días con preservativo igualmente que cuando se retrasa el ponerse el siguiente anillo.

Parches (Evra)

Es lo último que ha aparecido en el mercado, los parches también se llevan durante tres semanas y se quitan para producir la semana de descanso. También llevan EE y un gestágeno : norelgestromina.

Inyectables

En general no se recomiendan porque producen alteraciones menstruales, sangrados irregulares y amenorreas. Se reserva para mujeres con mal cumplimiento terapéutico, pero está muy extendido su uso sobre todo en países sudamericanos. En nuestro país hay comercializados dos tipos:

Depoprogevera que lleva 150 mg de acetato de medroxiprogesterona y se administra una inyección en los primeros 5 días del ciclo y posteriormente cada 3 meses.

Topasel que lleva 150 mg de acetofénido de algestona y 10 mg de enantato de estradiol se administra al 8 día de cada ciclo.

Implantes

Solo llevan gestágeno. Consiste en unas varillas recargadas de levonogestrel (Norplant) o de desogestrel (Implanon) que liberan de forma constante cantidades de gestágeno provocando la inhibición de la ovulación, alteraciones del moco cervical y del endometrio.



Se inserta con anestesia tópica en la cara interna del brazo no dominante subdérmicamente mediante un aplicador estéril precargado.

Su duración es de tres años, y para la extracción se necesita 0.5-1 ml de lidocaína por debajo del extremo distal del implante y realizar una incisión lineal de 2 mm siguiendo la dirección longitudinal del brazo empujando suavemente el implante hasta visualizar su punta que extraemos.

La tasa de fallos es del 0.05 %, pero sus inconvenientes son las irregularidades menstruales y el alto precio.

ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA O POSTCOITAL

Es la utilización de un fármaco o dispositivo con la finalidad de prevenir un embarazo no deseado después de una relación coital no protegida.

Indicaciones

- ▶ Coito sin ningún método anticonceptivo.
- ▶ Mal cálculo de los días fértiles.
- ▶ Eyaculación antes de lo previsto.
- ▶ Rotura o retención del preservativo.
- ▶ Olvidos en la toma de la píldora.
- ▶ Expulsión de un DIU.
- ▶ Violación.
- ▶ Fármacos teratogénos y posibilidad de embarazo.
- ▶ Relaciones bajo los efectos de drogas o alcohol.

Principales métodos de anticoncepción de emergencia

MÉTODO DE YUZPE

- 0.2 mg de etinilestradiol (EE) + 1 mg de levonorgestrel (LNG), administrados en dos tomas con un intervalo de 12h., y dentro de las 72h. siguientes al coito desprotegido

- Ningún preparado comercial con la indicación de AE en España, pero se pueden adaptar los AHO que disponemos; Neogynona u Ovoplex 2 comprimidos cada 12 horas.
- Tasa de fallos: 2-3%.
- Reducción del riesgo de embarazo del 75%.
- Efectividad del 98%.
- Efectos 2º: náuseas (hasta 50%), vómitos (hasta 20%).

DIU DE COBRE

- Puede utilizarse hasta 120 horas tras el coito desprotegido o el 5º día postovulación.
- Mecanismo de acción antiimplantatorio.
- Tasa de fallos < 1% (cerca del 0%).

Poco utilizado:

- Dificultad para su aplicación.
- Riesgo de ETS.
- Selección de la población.

LEVONORGESTREL

- 2 dosis de 0.75 mg de LNG tomadas con un intervalo de 12 horas entre ambas y dentro de las 72 horas siguientes al coito desprotegido.
- Único fármaco comercializado con indicación de AE (Norlevo y Postinor)
- Tasa de fallos: 1%.
- Reducción del riesgo de embarazo del 85%.
- Efectos 2º menos frecuentes: náuseas(23%), vómitos(5.6%).

DE ELECCIÓN actualmente (mayor eficacia y mejor tolerancia).

DANAZOL

- 2 dosis de 400-600 mg con un intervalo de 12 horas entre ambas y dentro de las 72 horas del coito desprotegido.
- A nivel ovárico interfiere con el desarrollo del folículo dominante e induce una atrofia en endometrio.
- Tasa de fallos: 0.9-3.6%.

RU 486 (MIFEPRISTONA)

- Actividad antiprogestacional.
- Tasa de fallos 1%.
- Única indicación reconocida en España es la interrupción voluntaria del embarazo.

MECANISMOS DE ACCION DE AE HORMONAL

- Retraso en la maduración del endometrio.
- Inhibición o retraso de la ovulación.
- Alteración del transporte tubárico del óvulo fecundado.
- Acortamiento de la fase lútea.



No son eficaces una vez se ha iniciado la implantación por lo que no son abortivas. Su eficacia disminuye conforme aumenta el tiempo entre la relación sexual y la primera toma:

Tabla 5. Eficacia de la Anticoncepción de Emergencia Hormonal

Tiempo transcurrido en horas	Porcentaje de embarazos (IC 95%)	
	YUZPE	LEVONOGESTREL
Menos de 24 horas	2.0 (0.9- 3.7)	0.4 (0.1 1.6)
De 25 a 48 horas	4.1 (2.3 6.6)	1.2 (0. 3.0)
De 49 a 72 horas	4.7 (1.9 9.4)	2.7 (0.9 6.1)

En conjunto son menos eficaces que los métodos regulares de contracepción pues la tasa de fracasos durante un año es mayor para la AE y los efectos secundarios son más frecuentes.

ACTITUD ANTE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

Náuseas: tomarlas en las comidas o al acostarse. Administrar Domperidona 30' antes.

Vómitos : si aparecen en las 2 horas siguientes repetir la toma, si son profusos administrar por vía vaginal.

Hemorragia uterina irregular: puede aparecer manchado intermenstrual, la menstruación suele producirse en la fecha prevista o algo adelantada, si existe un retraso de más de 5 días de la fecha prevista hay que realizar un test de embarazo.

Sensibilidad mamaria, cefalea suele durar menos de 24 horas y se puede tratar con paracetamol u otro analgésico.

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS DE LNG

Pueden reducir su eficacia:

- ▶ Fenitoína
- ▶ Carbamacepina
- ▶ Hierba de San Juan (Hiperion).
- ▶ Rifampicina
- ▶ Rifabutina
- ▶ Ritonavir
- ▶ Griseofulvina

LNG puede aumentar los niveles plasmáticos de:

- ▶ Ciclosporina
- ▶ Warfarina

CONTRAINDICACIONES DE LNG

- ▶ Embarazo.
- ▶ Hipersensibilidad a alguno de sus componentes.
- ▶ Insuficiencia hepática grave.
- ▶ No recomendado en niñas.