



PLANIFICACION FAMILIAR: INFOMACION GENERAL Y SEGUIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Pilar Valero Lance

Médico de familia. Consultorio Auxiliar Godelleta

David Rausell Vázquez

Medico Residente de Familia. C.S. Salvador Pau

Caridad Pacheco Rodríguez

Matrona C.S Turís/Godelleta

Joaquín García Cervera

Médico Centro Planificación Familiar y Sexualidad de L'Horta Nord





1. INTRODUCCIÓN.

El concepto de planificación familiar fue definido por un Comité de Expertos de la OMS en 1970: “ La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia”. Para estos fines se necesita educación y asesoramiento en sexualidad y medicina preventiva y servicios que proporcionen métodos anticonceptivos y realicen asistencia sanitaria en tratamiento de infecundidad, asesoramiento genético y detección precoz de patologías que puedan repercutir en la fecundidad.

En la actualidad la planificación familiar queda englobada en el concepto de salud reproductiva, que viene definida por la OMS como un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva se centra en desarrollar el potencial de cada persona en reducir riesgos, en potenciar la maternidad consciente y responsable tratando de evitar los embarazos no deseados o peligrosos.

Clasificación y perfil de los métodos anticonceptivos.

Se han realizado numerosas clasificaciones de los métodos anticonceptivos en base a diversos puntos de vista: su reversibilidad, eficacia, nivel de acción, etc. Por su aspecto práctico utilizaremos la basada en el nivel de acción, aunque cualquiera puede ser válida. (Tabla 1)

Las principales características que definen el perfil de un método anticonceptivo cuando se realiza el 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. Su valoración es difícil ya que debería contrastarse con la fertilidad

espontánea de una pareja o un grupo poblacional determinado. Suele expresarse mediante el Índice de Pearl que señala el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizan un método anticonceptivo durante un año. Debe considerarse la eficacia teórica (eficacia de un método utilizado en condiciones óptimas) y la eficacia real (condicionada por posibles fallos humanos en su utilización). Las tablas de vida constituyen el método más fiel para valorar la eficacia de los métodos anticonceptivos pero por su complejidad no se utiliza. Tabla 1.

Seguridad: capacidad de un método anticonceptivo para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o de amenazar su vida. Los procedimientos utilizados para estudiar la seguridad de los diferentes métodos anticonceptivos son los ensayos clínicos, estudios de cohorte, estudios caso-control, estudios transversales y el seguimiento de las estadísticas rutinarias del estado de salud de la población. Al analizar la seguridad de los métodos anticonceptivos se debe considerar que la morbimortalidad de los procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio son superiores a la del uso de cualquier método anticonceptivo.

Reversibilidad: valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras interrumpir el uso de un método determinado. Se analiza comparando las curvas acumulativas de embarazos en un colectivo que abandona el método con ese objetivo con las curvas que presentan las no usuarias de contracepción.

Complicación-complejidad de uso: el adecuado conocimiento del ciclo menstrual, la manipulación de los genitales o el establecimiento de una rutina pueden suponer la no correcta utilización de un método anticonceptivo, sobre todo en personas o grupos de especial vulnerabilidad en nuestro entorno, aspecto a considerar en el consejo contraceptivo.

Relación con el coito: los métodos anticonceptivos pueden tener relación inmediata, mediata o lejana con el coito, influyendo esta relación junto a la frecuencia de actividad coital en el consejo contraceptivo y en la elección que realiza la pareja.

Precio: aspecto considerado poco importante pero continúa siendo un factor que influye en la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos.

Consejo contraceptivo y cumplimiento (continuidad de uso).

El consejo contraceptivo es una práctica sanitaria en la que se facilita una información equilibrada y objetiva de cada uno de los métodos anticonceptivos que permita al usuario, en función de sus características individuales o de pareja, la adopción de un método anticonceptivo que le sirva para conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva. No existe un método anticonceptivo ideal de aplicación universal ya que cada uno presenta ventajas e inconvenientes y cada persona o pareja tiene su propia idiosincrasia. La adopción de un método anticonceptivo evitará embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, permitiendo separar sexualidad de procreación.

En el consejo contraceptivo se debe considerar además de las características de los diferentes métodos anticonceptivos, las del individuo o pareja, entre las que destacan 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, grado de información, creencias y estado de salud)

El cumplimiento o la 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. Está condicionado por las características del método anticonceptivo, las del individuo o pareja, factores del medio exterior (sociales y demográficos) y de los proveedores (personal sanitario, existencia de centros públicos asistenciales y la industria farmacéutica)

2. CLASIFICACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos naturales.

Los métodos naturales de regulación de la fertilidad son aquellos que se basan en las variaciones fisiológicas que se producen durante el ciclo menstrual de la mujer para evitar la unión del óvulo y el espermatozoide sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan. Dado que la ovulación en la mujer se produce habitualmente una sola vez por ciclo y el óvulo tiene escasa viabilidad si no es fecundado, se evita el coito con eyaculación intravaginal en los días que se presupone ocurrirá dicha ovulación y se permite en los días en los que la posibilidad de gestación se supone es muy baja.

Son métodos en los que no existe artificialidad, de bajo coste, con independencia del coito, sin necesidad de control médico, reversibles e inoocuos. La eficacia es muy variable en función de la pareja, estando descrita hasta una eficacia del 100% en parejas muy motivadas y del 60% en parejas poco motivadas.

La descripción de los diferentes métodos naturales se encuentra en el anexo 1.

Lactancia prolongada.

La amenorrea consecutiva a la lactancia natural ha servido desde la antigüedad para limitar el crecimiento de la población, procedimiento ampliamente utilizado en la actualidad en los países subdesarrollados. El aumento de los niveles de prolactina producido durante el embarazo y mantenido durante la lactancia actúa en el eje hipotálamo-hipofisario, produciendo amenorrea y anovulación.

En los casos de lactancia exclusiva, con frecuencia e intensidad adecuadas y buen estado nutricional de la madre, alrededor del 70% de mujeres permanecen amenorreicas en los seis primeros meses y un 37% el primer año. La eficacia anti-

conceptiva de la lactancia materna alcanza un 98% en los seis primeros meses post-parto cuando esta es exclusiva, con una protección total en las 10 primeras semanas, estando recomendado otro método anticonceptivo a partir de ese momento.

Cuando la lactancia es parcial debe utilizarse otro método anticonceptivo a partir de la tercera semana post-parto.

Coito interrumpido (CI).

Aunque no es considerado un método anticonceptivo por numerosos autores es el procedimiento anticonceptivo más antiguo conocido y puesto en práctica por el varón y utilizado ampliamente en la actualidad, con porcentajes de uso muy variables entre el 5 al 70% ya que muchas parejas combinan el coito interrumpido con el preservativo, que colocan en el momento previo a la eyaculación.

Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de producirse la eyaculación. Es un método sin coste alguno, que no necesita adiestramiento ni control médico y cuya eficacia anticonceptiva oscila entre el 10 al 20%, relacionado con la posible presencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio y un bajo autodomínio por parte del varón. Se ha asociado el uso del CI con frustración e impotencia en el varón y congestión pélvica y frigidez en la mujer.

Métodos barrera.

En el Anexo 2 se desarrollan los siguientes métodos barrera:

- Mecánicos:

Diafragma y capuchón cervical.

Preservativo masculino.

Preservativo femenino.

- Químicos:

Espermicidas.

Dispositivo intrauterino (DIU).

El efecto anticonceptivo que produce la colocación de un cuerpo extraño dentro del útero ya fue observada por Hipócrates, aunque la comercialización de los dispositivos intrauterinos se realiza a partir de 1960, utilizando en los primeros dispositivos el polietileno recubierto con bario para poder detectarlo mediante rayos X. Posteriormente les añaden metales que eliminan iones (cobre o plata) y es más reciente la introducción de dispositivos medicados con gestágeno.

Los DIUs pueden clasificarse según su composición en:

Inertes (de polietileno)

Liberadores de iones (cobre, plata u oro)

Medicados (progesterona o levonorgestrel)

Los mecanismos de acción de los DIUs inertes y liberadores de iones no está del toda clara. Es probable que la principal acción anticonceptiva se deba a la respuesta inflamatoria en el interior del útero que dificulta la implantación del blastocisto junto a posibles acciones nocivas en el óvulo y los espermatozoides. Los dispositivos medicados añaden a este efecto anticonceptivo descrito la acción del gestágeno en el endometrio (atrofia o pseudoatrofia). La duración de la actividad anticonceptiva en los DIUs liberadores de iones está en función de la carga, habitualmente entre 3 a 5 años.

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. Como contraindicaciones relativas se describen: alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, dismenorrea, hipermenorreas, estenosis cervical, anemia ferropénica, coagulopatías, valvulopatías, inmunodepresión, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, puerperio inmediato (hasta la sexta semana). La eficacia de los DIUs es muy alta con un índice de Pearl de 0,6 al 2%, siendo muy superior la de los dispositivos medicados.

Previo a la inserción se informará a la futura usuaria de las características de este método, se realizará, además de la historia clínica, una exploración ginecológica para descartar infecciones genitales, toma de citología y verificar la posición uterina. La inserción suele realizarse durante el sangrado menstrual, aunque no siempre es necesario. Tras la primera menstruación post-inserción se realizará el primer control, preferiblemente mediante ecografía para comprobar la distancia entre el fundus uterino y el DIU. Los siguientes controles se realizarán una vez al año, con toma de citología según los protocolos, ecografía si se sospecha desplazamiento y hemograma si el sangrado es abundante. A la mujer se le informará sobre signos o síntomas que debe consultar caso de que aparezcan, especialmente aquellos relacionados con enfermedad inflamatoria pélvica.

Anticoncepción hormonal oral (AO)

Entre los años 1930 a 1940 se describe la inhibición de la ovulación mediante la administración de altas dosis de progesterona. Con posterioridad se le añade un estrógeno para evitar o reducir las metrorragias y a finales de 1959 se comercializa el primer AO combinado conteniendo 10 mg de noretinondrel y 150 microg de mestranol (Enovid 10).

Tras su utilización se publican efectos secundarios cardiovasculares importantes en relación a las altas dosis de estrógeno y gestágeno, por lo que se investiga la reducción de las dosis de ambos componentes y el desarrollo de nuevos gestágenos. En la actualidad están comercializados preparados con 15 microgramos de etinilestradiol (EE) y 60 microgramos de gestágeno.

Farmacología: Los esteroides de los actuales AO son sintéticos, obtenidos por modificación de la molécula natural, el estradiol en los estrógenos y la progesterona o la testosterona en el caso de los gestágenos (Tabla 2).

El estrógeno utilizado en los AO comercializados en nuestro país es el etinilestradiol (EE), que se obtiene mediante adición de un grupo etinil al estradiol, modificación que le permite su absorción oral en el intestino donde sufre un proceso de conjugación, pasa al hígado donde se metaboliza y reduce su biodisponibilidad en un 50-60%. Circula en sangre unido en un 97% a la albúmina, distribuyéndose en todos los tejidos que cuentan con receptores estrogénicos. Posteriormente se metaboliza e hidroxila de forma lenta en hígado y se excreta por la bilis, pudiendo eliminarse o entrar en la circulación enterohepática. La biodisponibilidad del EE es mucho mayor que la de los estrógenos naturales, por lo que a menores dosis ejerce la misma acción.

Los gestágenos de los actuales AO son el acetato de ciproterona (derivado de la progesterona natural), levonorgestrel, gestodeno y desogestrel (derivados del anillo del gonano de la testosterona). El acetato de ciproterona realiza además de su acción gestagénica una potente acción antiandrogénica por lo que su uso se recomienda en mujeres con manifestaciones de hiperandrogenicidad. El levonorgestrel posee una actividad androgénica no despreciable, con acciones negativas en el metabolismo lipoprotéico. El gestodeno y el desogestrel no poseen esta acción androgénica.

Mecanismo de acción: el efecto anticonceptivo de los AO viene determinado por una acción múltiple en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y en el aparato genital femenino:

- El principal efecto anticonceptivo de los AO es la supresión de la ovulación: el componente gestagénico suprime la secreción de la hormona luteinizante (LH) y el estrógeno inhibe la hormona folículoestimulante (FSH). Aunque se produzca desarrollo folicular no se produce pico endógeno de LH que desencadene la ovulación.

- Alteración del moco cervical (medio hostil para el ascenso espermático)

- Inactividad funcional del endometrio con cambios deciduales que dificultarían la implantación.

- Alteración de la mucosa tubárica (sólo comprobado en animales de experimentación)

- Desensibilización del ovario a las gonadotropinas.

Tipos de preparados: Según su composición distinguimos: (Tabla 3)

* Combinaciones de estrógeno con gestágeno:

— Secuenciales: formulaciones de 21 comprimidos donde los 10 primeros contienen sólo estrógeno y los 11 restantes estrógeno más gestágeno. No comercializados en nuestro país y relacionados con mayor tasa de fallos.

— Combinados: formulaciones con 21 o con 24 comprimidos, donde cada uno contiene estrógeno (EE) y gestágeno (acetato de ciproterona, levonorgestrel, gestodeno o desogestrel). Se han comercializado tabletas que añaden 7 o 4 comprimidos

para no realizar semana libre de toma. Las combinaciones pueden ser monofásicas (misma dosis todos los comprimidos) o trifásicas (distintas dosis)

* Gestágenos solo (minipíldora): para evitar los efectos secundarios del estrógeno se utilizan estos preparados que además permiten utilizarse en el puerperio inmediato. No bloquea la ovulación de forma constante (hasta un 40% de usuarias puede ovular) siendo las acciones anticonceptivas las referidas a los cambios en el moco y endometrio.

Eficacia: La eficacia teórica es muy alta, con un índice de Pearl entre 0,12 a 0,34, aunque la eficacia real (de uso) puede ser menor, con un índice de fallos del 3 al 8%, relacionados con olvidos, interacciones farmacológicas y alteraciones digestivas.

Cambios metabólicos inducidos por los AO: Con los actuales preparados de bajas dosis los cambios en el metabolismo no tienen repercusión clínica. En la coagulación, el EE crea un estado de hipercoagulabilidad pero también de fibrinólisis, que salvo en mujeres con déficits congénitos de factores de coagulación no incrementa el riesgo de tromboembolismo. La tolerancia a la glucosa y la respuesta a la insulina se modifican de forma tan discreta que permite la prescripción de AO con bajas dosis a mujeres con diabetes insulín-dependiente sin vasculopatía. En el metabolismo de los lípidos el EE produce efectos beneficiosos al incrementar el colesterol HDL y disminuir el colesterol LDL, efecto contrarrestado por los gestágenos androgénicos pero no por los nuevos gestágenos no androgénicos. A nivel hepático producen aumento de la síntesis de proteínas transportadoras de esteroides sexuales, cortisol, tiroxina y otras. A nivel de tensión arterial se describe un incremento prácticamente despreciable.

Efectos adversos de los AO: Los primeros preparados AO con dosis muy elevadas de esteroides se relacionaron con un incremento de enfermedad cardiovascular (trombosis venosa, cardiopatía coronaria isquémica y accidentes cerebrales vasculares). La disminución de las dosis, los nuevos gestágenos y la adecuada valoración de las mujeres con factores de riesgo (tabaco, edad, dislipemia, obesidad, hipertensas) minimizaron de forma considerable estos efectos secundarios. La introducción del gestodeno y el desogestrel se asoció en diversos estudios publicados en los años 1994 y 1995 con incremento de trombosis venosa, aspecto posteriormente no confirmado y pese a todo motivo de controversias.

La relación del consumo de AO y cáncer de mama continúa siendo confuso por la contradicción de los resultados publicados. Los últimos metaanálisis no encuentran un incremento de riesgo o muy pequeño (entre 1.3 a 2), asociando el riesgo a mujeres que inician la toma antes de los 20 años o en los primeros 5 años tras la menarquia, factores que no constituyen una contraindicación en la actualidad. En el cáncer de cérvix o las lesiones precancerosas son tan numerosos los factores de confusión que no puede señalarse una relación entre consumo de AO y estas neoplasias. En el carcinoma hepatocelular, los últimos estudios ecológicos no encuen-

tran incremento en la mortalidad por esta enfermedad desde que se inicia el consumo de los AO.

Con respecto a los efectos secundarios menores, por constituir en muchas ocasiones la causa de abandono de la toma de AO aparecen referidos de forma amplia en el anexo 3

Efectos beneficiosos no contraceptivos de los AO: Se ha señalado una disminución entre 50 a 80% del riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de endometrio, que se incrementa con la duración de uso y se mantiene hasta 10 ó 15 años tras el cese de uso. Disminuye el riesgo de quistes de ovario, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, patología benigna de la mama, produce un adecuado control del ciclo menstrual y mejora la dismenorrea. Se ha relacionado el consumo de AO con retraso del inicio de artritis reumatoide.

Contraindicaciones (tabla 4).

Interacciones farmacológicas (tabla 5)

Anticoncepción hormonal inyectable.

Se trata de una anticoncepción hormonal de depósito administrada cada mes o cada tres meses, que pretende incrementar la eficacia de la anticoncepción hormonal oral al mejorar el cumplimiento. Disponemos dos preparados comercializados en nuestro país:

Depoprogevera inyectable (150 mg de Acetato de medroxiprogesterona en suspensión acuosa de microcristales), cada 3 meses.

Topasel (150 mg de acetofénido de algestona y 10 mg de enantato de estradiol) en inyección mensual.

La inyección mensual estroprogestativa presenta las mismas características que los AO, produciendo ciclos de 24 a 30 días. Debe inyectarse el 8º día del ciclo menstrual (entre el 7º al 10º) en inyección intramuscular profunda y jeringa de 2 cc.

La inyección trimestral cuenta con una gran utilización a nivel mundial, principalmente en países subdesarrollados. Su mecanismo de acción es el descrito en los AO y su principal inconveniente son las alteraciones menstruales en forma de sangrado irregular y amenorrea que se presentan hasta en el 70% de usuarias, produciendo amenorrea en el 50% de usuarias en el primer año. Las consideraciones descritas para AO sirven para este método.

Implantes.

Se trata de cápsulas de material plástico impregnadas de un gestágeno, las cuales se insertan de forma subcutánea en la piel y liberan cantidades constantes del mismo que provocan una acción anticonceptiva por las alteraciones en el moco cervical y en el endometrio, con una supresión ovárica en el 50% de las mujeres. Se ha utilizado levonorgestrel en preparados con 6 y 2 cilindros y aparecerán no muy tarde otras presentaciones con desogestrel. Puede retirarse cuando produzca

problemas o se desee el retorno de la fertilidad a diferencia de la inyección intramuscular.

Vasectomía.

Método anticonceptivo quirúrgico considerado irreversible, que consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes por vía escrotal, realizada de forma ambulatoria con anestesia local. Su alta eficacia, sencillez, escasos efectos secundarios a corto y largo plazo y la no necesidad de anestesia general ha posibilitado un incremento y popularización de este método anticonceptivo en la actualidad. Al seccionar y ligar los conductos deferentes se bloquea el paso de los espermatozoides, por lo que en el eyaculado sólo aparecerá líquido seminal. La tasa de fallos es menor del 0,1%, siempre y cuando se haya realizado un espermiograma a los tres meses de la intervención en el que se observe azoospermia.

Pese a considerarse irreversible, pueden reanastomosarse los conductos deferentes mediante técnicas de microcirugía, aunque la fertilidad posterior nunca alcanza el 100%, dependiendo del tiempo transcurrido desde la intervención y de la cantidad de conducto deferente reseado.

Se relacionó la vasectomía a un mayor riesgo de cáncer de próstata, aspecto descartado con posterioridad, asociado a un sesgo de selección.

Ligadura u oclusión tubárica.

Se trata de otro método quirúrgico considerado irreversible que consiste en la oclusión o sección de las trompas de Falopio, bloqueando el paso del espermatozoide para fecundar al óvulo y el del óvulo para ser fecundado. Existen diferentes vías de abordaje (laparotómicas, laparoscópicas, transcervicales y colpotómicas) y se han descrito diversas técnicas quirúrgicas laparotómicas (Pomeroy, Irving, Uchida, Kroener). Para la oclusión se han descrito el uso de diversos dispositivos mecánicos (Hulka, Filshie, Yoon...), aunque la técnica más utilizada en la actualidad es la electrocoagulación bipolar mediante laparoscopia ya que posibilita su realización sin ingreso hospitalario.

La necesidad de anestesia general incrementa la morbimortalidad de este método al que se asocian una serie de secuelas tales como trastornos menstruales post-intervención, menopausia precoz, necesidad de cirugía posterior y problemas psicológicos y arrepentimiento.

La eficacia anticonceptiva es alta, con una tasa de fallos del 0,4% que es menor cuando mayor es la experiencia del cirujano y se realiza resección de las trompas. La repermeabilización tubárica puede realizarse mediante microcirugía pero se asocia a un incremento de embarazos ectópicos y a un mayor coste económico que el uso de técnicas de reproducción asistida.

Anticoncepción postcoital (intercepción, píldora del día siguiente).

No se trata de un método anticonceptivo pero tiene gran importancia como tratamiento de emergencia cuando se produce un coito no protegido (fallo de método, olvido, violación) en periodo fértil de la mujer. El mecanismo de acción posible sería interferir la fertilización y/o la implantación.

Anticoncepción postcoital hormonal: Desde la descripción de Yuzpe en 1977 de la pauta para la intercepción (0,1 mg de etinilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel, con una segunda dosis a las 12 horas, que equivale a 2 comprimidos de Neogynona o de Ovoplex, iniciando en tratamiento antes de haber transcurrido 72 horas del coito supuestamente fecundante) se ha utilizado con una elevada eficacia y bajas tasas de fracasos cuando la instauración es precoz. Se ha utilizado esta pauta pero administrando la mismas dosis en 2, 3 ó 5 días. Produce con frecuencia náuseas y vómitos, por lo que se recomienda la prescripción de un antiemético.

Recientemente se ha comercializado un nuevo tratamiento de intercepción que consiste en administrar 1 comprimido con 0,75 mg de levonorgestrel seguido de una segunda dosis a las 12 horas. Se describe una eficacia de hasta un 99% y no produce náuseas.

Tras cualquiera de los dos tratamientos se produce un sangrado menstrual adelantado, aunque en ocasiones puede producirse en el momento que la mujer esperaba su menstruación o unos días más tarde. Está contraindicado dar estos tratamientos si existe embarazo y coitos anteriores no protegidos en el mismo ciclo. La nueva pauta sólo con gestágeno posibilita dar el tratamiento cuando están contraindicados los estrógenos.

Anticoncepción postcoital con DIU: la inserción de un DIU con alta carga de cobre se utiliza como intercepción con una elevada eficacia. Puede utilizarse hasta el 5º día del coito posiblemente fecundante, y si la mujer lo desea se deja como anticoncepción de ahí en adelante. El DIU postcoital está contraindicado si existe embarazo o sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica o infección genital grave.

3. SEGUIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES.

Previo a la prescripción.

La demanda de AO es realizada en general por mujeres sanas, siendo en la mayoría de ocasiones el único contacto de la mujer con el sistema sanitario por lo esta consulta es óptima para realizar un control de salud.

Es requisito fundamental la elaboración de una buena anamnesis, enfatizada a conocer el estado de salud, valorar posibles factores de riesgo y descartar contraindicaciones. En los antecedentes familiares interesan diabetes, trombofilia fami-

liar conocida, accidente coronario en padre o madre antes de los 50 años, antecedentes de cáncer de mama en familiar de primer grado y dislipemia. En antecedentes personales hay que descartar patología cardiovascular previa (cardiopatías, hipertensión arterial, toxemia en embarazo, varices, tromboflebitis y accidentes cerebrovasculares), diabetes, hepatopatías, patología digestiva, patología neurológica (epilepsia), hábito tabáquico y consumo de tóxicos.

Si la mujer no tiene un control de salud reciente las exploraciones a realizar incluirán toma de tensión arterial, peso e índice de masa corporal, exploración genital y mamaria con toma de citología cérvicovaginal y analítica que incluya la determinación de triglicéridos como prueba fundamental aunque puede incluirse hemograma, glucemia, colesterol y función hepática aprovechando la extracción. El estudio de trombofilia sólo se realizará si existe sospecha de déficits congénitos de factores de coagulación detectada en la anamnesis, no estando recomendado realizar screening. En casos especiales y adolescentes la exploración ginecológica y la analítica puede postponerse al primer control.

Instauración (Prescripción).

En fundamental informar detalladamente sobre correcto el uso de los AO, sus efectos secundarios menores, riesgos y beneficios y las situaciones en las que debe consultar. Conviene insistir en la necesidad de establecer una rutina en la hora de la toma y minimizar los efectos secundarios menores que pueden aparecer en los primeros meses de consumo de AO (sangrado intermenstrual, turgencia mamaria y náuseas), dar información escrita de apoyo y facilitar el acceso telefónico o personal rápido y sencillo con el servicio, para orientar y solucionar los problemas o dudas que puedan surgir coincidente con la toma de AO, aspecto que permitirá mejorar el cumplimiento y evitar el abandono de la píldora.

Se recomienda prescribir de entrada preparados con baja dosis de estrógeno. El inicio es el primer día del ciclo menstrual, tomando cada día un comprimido hasta finalizar los 21, tras los que se establece una semana de descanso en la que aparece la hemorragia por privación. Al octavo día de la toma del último comprimido se inicia un nuevo envase y así sucesivamente. Existen actualmente preparados con 28 comprimidos de los que 21 llevan los principios activos y 7 de placebo para no establecer semana de descanso y evitar con ello el olvido del reinicio. Las formulaciones con dosis de 15 microg de EE y 60 de gestodeno llevan 24 comprimidos con principio activo y 4 de placebo.

Controles.

Se establecen en función si la mujer tiene menos de 35 años o más de 35 años. Para todas las mujeres el primer control se realizará a los 3-6 meses (control de cumplimiento). Sirve para comprobar la toma correcta, valorar los efectos secundarios, aclarar dudas y resolver problemas. Se proporcionará información sanitaria fomentando autocuidados y se mide la tensión arterial. Se realizará la exploración

ginecológica y la analítica en aquellas mujeres que no se realizó previo a la prescripción.

En las mujeres menores de 35 años se realizará de forma anual anamnesis personal y familiar de factores de riesgo, medida de tensión arterial y peso y valoración de hábitos sexuales. Cada 3 ó 5 años se realizará control analítico (colesterol total y fracciones, triglicéridos y glucemia), palpación abdominal y exploración pélvica con citología cérvico-vaginal.

En mujeres mayores de 35 años anualmente se realizará anamnesis personal y familiar de factores de riesgo, medida de tensión arterial y peso, valoración de hábitos sexuales y control analítico (colesterol total y fracciones, triglicéridos y glucemia). Se suspenderá el tratamiento si existe tabaquismo. Cada 3 años se debe realizar palpación abdominal y exploración pélvica con citología cérvico-vaginal. A partir de los 40 años se recomienda solicitar mamografía. La aparición de patología médica en las mujeres usuarias de AO obliga a reevaluar la cadencia de los controles.

No existe justificación para recomendar descansos durante el tratamiento con AO. La finalización del tratamiento puede hacerse si aparecen signos de menopausia en la semana de descanso de la toma, comprobando mediante analítica hormonal o estableciendo un mes sin toma para verificar la sintomatología y la ausencia de menstruación.

Actuación frente a eventualidades durante el uso de AO.

Las principales eventualidades que pueden disminuir la eficacia de los AO son los olvidos, la interacción farmacológica y los vómitos de algún comprimido.

La actuación ante los olvidos se establecerá en función de las horas transcurridas desde la omisión, el número de comprimidos no tomados y la existencia de coito. Si el olvido es menor de 12 horas, se tomará el comprimido en el momento de percatarse y se continuará la tableta sin necesidad de medidas adicionales. Si han transcurrido más de 12 horas, se continúa con la tableta y se adopta otro método anticonceptivo (p.e. barrera) durante al menos 7 días. Si el olvido es mayor de 12 horas y se ha producido coito no reforzado, si es durante la toma de los primeros 7 comprimidos procede dar intercepción. Si se produce entre las píldoras 8ª a 14ª, se continuará la tableta y se continuará con otra nueva sin hacer semana de descanso. Si se olvida uno de los 7 últimos comprimidos se realizará en ese momento la semana de descanso y se seguirá con una nueva tableta el octavo día de la toma del último comprimido.

La interacción farmacológica de los AO puede producirse por disminución de la eficacia de los mismos o por potenciar el efecto de otros fármacos. Los anticonvulsivantes (hidantoínas, barbitúricos, primidona y carbamacepina) y la rifampicina disminuyen la eficacia por inducción enzimática del citocromo P-450. Antibióticos como la penicilina y sus derivados y las tetraciclinas producen una menor absorción de los componentes de los AO por lo que reducen también su eficacia.

Los procesos que cursan con vómitos o despeños diarreicos pueden ocasionar la no absorción del comprimido tomado, siempre que se produzcan antes de 4 horas tras la ingesta. En estos casos debe recomendarse la toma de otro comprimido, a ser preferible de una tableta de reserva que es deseable se tenga para este tipo de situaciones.

4. BIBLIOGRAFIA.

1. Conferencia de consenso “prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales” de la Sociedad Española de Contracepción. Aula Médica editores. Madrid, 2000.
2. Calf Alsina J. Manual básico de contracepción, 2ª edición. Masson. Barcelona 1997.
3. Dexeus S, Forroll E, Tur R y Buxaderas C. La contracepción hoy. Salvat editores S.A. Barcelona 1986.
4. Pérez E y García-Cervera J. Anticonceptivos orales. En Palacios S. Salud y medicina de la mujer. Ediciones Hartcourt S.A. Madrid 2000. 97-112.
5. Sánchez L, Avecilla A, Ramírez A y Doménech P. Protocolo de planificación familiar. Formación médica continuada en atención primaria. 1995; 2 (2): 5-28

Tabla 1. Clasificación y eficacia (real y teórica) de los métodos anti-conceptivos

		I.P teórico*	I.P. Real**
Métodos no instrumentales	Naturales: Ogino-Knaus	10-14	20-40
	Temperatura basal	2-10	20
	Moco cervical	0,06-2,8	20
	Sintotérmico	0,5	20
	Lactancia prolongada	2	4-10
	Coitus interruptus	5	18-40
Métodos barrera	Diafragma y capuchón cervical	2,6-3,8	18
	Preservativo:Masculino	2	12-14
	Femenino	2,6	13-18
	Espermicidas	5	21
Métodos intrauterinos (DIU)	Inertes	0,6-2	0,6-2
	Liberadores de iones	0,6-2	0,6-2
	Medicados	<0,1	0,8
Métodos hormonales	Orales: Combinados	0,12-0,34	3-8
	Sólo gestágeno.	0,5	3
	Intramusculares: Combinados	1	2-17
	Sólo gestágeno.	0,3-1,2	1,5-16,2
	Implantes	0,05	0,05
Métodos quirúrgicos	Esterilización tubárica	0,4	0,4
	Vasectomía	< 0,1	< 0,1

*IP teórico: tasa de embarazos por 100 mujeres en un año en utilización ideal del método anticonceptivo.

**IP real: tasa de embarazos por 100 mujeres en un año al utilizar un método anticonceptivo.

Tabla 2. Esteroides utilizados en contracepción oral.

Estrógenos	Etinilestradiol (EE) Mestranol Quinestrol Valerianato de estradiol Enantato de estradiol
Gestágenos	
Derivados de la progesterona natural	Acetato de medroxiprogesterona Megestrol Acetato de clormadiona Acetato de ciproterona
Derivados de la testosterona (19-norderivados)	
* Derivados del anillo del estrano	Noretinodrel Noretisterona (Noretindrona) Linestrol Acetato de etinodiol
* Derivados del anillo del gonano	Norgestrel (Levonorgestrel) Gestodeno Desogestrel Norgestimato

Tabla 3. Anticonceptivos hormonales orales comercializados en nuestro país

<i>Nombre comercial</i>	<i>Contenido EE</i>	<i>Tipo de gestágeno y contenido (microgr. X comp.)</i>	<i>Laboratorio</i>
Neogynona	50	Levonorgestrel (250)	Schering
Ovoplex	50	Levonorgestrel (250)	Wyeth-Lederle
Microgynon	30	Levonorgestrel (150)	Schering
Ovoplex 30/150	30	Levonorgestrel (150)	Wyeth-Lederle
Diane 35 Diane 35 diario*	35	Acetato de ciproterona (2000)	Schering
Triagynon**	30, 40, 30	Levonorgestrel (50, 75, 125)	Schering
Triciclor**	30, 40, 30	Levonorgestrel (50, 75, 125)	Wyeth-Lederle
Microdiol	30	Desogestrel (150)	Organón
Gynovin	30	Gestodeno (75)	Schering
Minulet	30	Gestodeno (75)	Wyeth-Lederle
Trigynovin**	30, 40, 30	Gestodeno (50, 70, 100)	Schering
Tri-Minulet**	30, 40, 30	Gestodeno (50, 70, 100)	Wyeth-Lederle
Suavuret	20	Desogestrel (150)	Organón
Meliane	20	Gestodeno (75)	Schering
Harmonet	20	Gestodeno (75)	Wyeth-Lederle
Melodene***	15	Gestodeno (60)	Schering
Minesse***	15	Gestodeno (60)	Wyeth-Lederle
Cerazet		Desogestrel (75)	Organon

* Preparado con 28 comps: 21 activos y 7 sin fármaco. ** Preparados trifásicos

*** Preparados con 24 comps activos más 4 sin fármaco

Tabla 4. Contraindicaciones de los Anticonceptivos Orales

Contraindicaciones absolutas*

- 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)

- Presencia de más de un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular:
 - Tabaquismo
 - Sobrepeso
 - Dislipemia leve
- Valvulopatía.
- Enfermedades que cursan con mala absorción intestinal
- Mal cumplimiento previo

* Recomendaciones de la Conferencia de Consenso “Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales” de la Sociedad Española de Contracepción.

TEV: tromboembolismo venoso

Tabla 5. Interacciones farmacológicas de los Anticonceptivos Orales.

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

AO: anticonceptivos orales. SHBG: proteína transportadora de esteroides sexuales

ANEXO 1. METODOS NATURALES.

Son aquellos métodos contraceptivos que no requieren el uso de artificios que impidan directamente el embarazo, basados en la práctica del coito en los días no fértiles del ciclo. 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”.

Para la utilización de estos métodos obliga a un entrenamiento dirigido, un periodo de aprendizaje de 3 a 6 ciclos, un conocimiento de los cambios corporales y genitales que se producen durante el ciclo menstrual y una disciplina casi diaria por parte de la mujer y una adecuada colaboración del varón. Situaciones como enfermedades generales o infecciones genitales deben considerarse por su influencia en estos métodos. Los cambios fisiológicos del ciclo femenino normal que se deben conocer son:

Ascenso térmico de medio grado en la temperatura corporal que aparece tras la ovulación por acción de la progesterona.

Cambios en la cantidad y consistencia de las secreciones del cérvix uterino.

Implica por tanto la toma diaria de la temperatura corporal y su registros y/o la obtención de moco cervical del cuello uterino.

1.- Método de la temperatura basal corporal.

Consiste en la toma diaria de la temperatura basal corporal, que debe realizarse más o menos a la misma hora, por la mañana y antes de levantarse de la cama y tras un sueño o descanso continuado de 6 a 8 horas. Se necesitan como mínimo tres ciclos enteros para calcular el momento de la ovulación, no siendo necesario después realizar la toma todos los días aunque sí en al menos 7 días en cada ciclo.

Requiere una gran disciplina y constancia, por lo que se utiliza poco. Existen diferentes circunstancias que pueden modificar o alterar este método: cuadros febriles y síndrome del folículo luteinizado no roto. Las tasas de embarazos por 100 mujeres año descritas oscilan entre 0,7 a 19,5.

2.- Métodos basados en el moco cervical (método Billings)

La aparición de secreción en el cérvix uterino, su cantidad y filancia son cambios que aparecen antes de la ovulación y se mantienen unos días después (desde el día 9 al 17 del ciclo en mujeres con ciclos regulares). Si no se mantienen coitos durante esos días se puede evitar el embarazo. Requiere de adiestramiento a la mujer y regularidad, con unas tasas de fallos que pueden llegar a 20 embarazos por 100 mujeres/año, pero en mujeres motivadas y combinado con la temperatura corporal disminuye a 0,06-2,8.

3.- Métodos sintotérmicos.

Combinan varios parámetros de detección de la ovulación: cambios corporales y de moco cervical y el ascenso térmico.

4.- Método del ritmo o calendario (Ogino-Knaus).

Ogino y Kanus desarrollaron formular para el cálculo teórico de los periodos del ciclo de máxima fertilidad. Se registran y cuantifican 12 ciclos consecutivos y se aplica:

Primer día fértil: a los días de duración del ciclo más corto se resta 19.

Último día fértil: a los días de duración del ciclo más largo se resta 10.

Entre el primer y el último día fértil se evitan los coitos.

En el caso de una mujer con ciclos que oscilan entre 24 a 31 días, los días fértiles según esta fórmula serían entre los días 5 a 21 de cada ciclo.

Es un método muy popularizado pero con alta tasa de fracasos, principalmente en mujeres con ciclos no muy regulares.

5.- Detección de la ovulación mediante nuevas tecnologías.

En la actualidad están comercializados diversos sistemas y aparatos que permiten detectar la ovulación de forma más fidedigna, entre los que destaca la detección del ascenso de LH o de glucorónido de estrona en orina mediante tiras reactivas. El Unipath calcula los días fértiles mediante la información biológica administrada. Mediante estos procedimientos puede detectarse mejor la ovulación y acortar los días libres de coitos (el aumento de LH se produce entre 24 a 56 horas antes de la ovulación y la supervivencia del óvulo tras su salida del ovario es entre 12 a 24 horas).

El inconveniente es su coste económico, con un Índice de Pearl de 2 a 9%.

ANEXO 2. METODOS BARRERA

Diafragma y capuchón cervical.

El diafragma es una semiesfera de látex con un aro metálico flexible y elástico en su borde, que se coloca en el fondo de la vagina cubriendo el cérvix uterino por lo que impide que los espermatozoides asciendan a través de él. Se utiliza asociado a crema espermicida, colocándose antes de la penetración y debe permanecer dentro de la vagina un mínimo de seis horas tras la eyaculación, siendo necesaria una nueva aplicación de crema espermicida caso de realizar un nuevo coito. La necesidad de manipular los genitales internos hace que sea un método usado por pocas mujeres.

Se necesita una exploración ginecológica previa para realizar la medición del tamaño de diafragma necesario para cada mujer y para descartar contraindicaciones físicas (prolapso uterino severo, laxitud de musculatura vaginal, cistocele o rectocele marcados), un adiestramiento para su correcta utilización junto a instrucciones de uso por escrito y una visita de seguimiento para comprobar la correcta colocación del mismo. El aumento de peso mayor de 5 kg por parte de la usuaria, un parto o aborto mayor de 8 semanas y la cirugía vaginal o del cuello uterino condicionan una nueva valoración del tamaño del diafragma. No debe ser usado por mujeres con alergia al látex ni a los espermicidas, en antecedentes de shock tóxico, en el puerperio inmediato ni cuando exista una infección genital no tratada. No se recomienda utilizarlo durante la menstruación.

En mujeres motivadas proporciona una elevada eficacia anticonceptiva, con tasa de fallos en el primer año de uso del 3,8 al 18%. Protege frente a infección por virus del papiloma humano, gonococia cervical y enfermedad inflamatoria pélvica. Si permanece colocado mucho tiempo puede producir cistitis de repetición (ya que comprime la uretra y dificulta el correcto vaciado de la vejiga urinaria), úlceras genitales, leucorrea y síndrome de shock tóxico.

El capuchón cervical es muy parecido al diafragma pero de menor tamaño, cubriendo únicamente el cérvix uterino siendo las consideraciones similares a las descritas previamente. No proporciona la misma protección frente a las enfermedades de transmisión sexual descritas para el diafragma.

Preservativo masculino.

Método anticonceptivo con una larga historia que tras la aparición del SIDA ha cobrado una importante relevancia en su prevención reflejado en un mayor uso. Es una funda de látex con un reservorio en el extremo ciego que se adapta al pene en erección, sirviendo este reservorio para recoger la mayor parte del eyaculado.

La eficacia anticonceptiva se asocia a la corrección y continuidad de uso, con tasas de fallos descritas del 2% para una adecuada utilización y un 12% si ésta es incorrecta. Proporciona una elevada protección frente a infecciones por virus del papiloma humano, virus del herpes simple, infecciones por Gonococo, Chlamydia, virus de Hepatitis B, virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Trichomonas, Mycoplasma, etc. La posibilidad de filtración de pequeñas partículas a través del látex (sobre todo el VIH) y las alergias han condicionado la introducción de variantes en los materiales utilizados: poliuretano, elastómero termoplástico y Tactylon.

En adolescentes no debe presuponerse un adecuado conocimiento sobre su utilización por lo que es recomendable el adiestramiento y proporcionar instrucciones escritas.

Preservativo femenino.

Es una funda de poliuretano, prelubricada 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 al 12,4% y proporciona, al igual que el preservativo masculino, una elevada protección frente a enfermedades de transmisión sexual, permitiendo a la mujer realizar su propio control en la prevención del embarazo no deseado y las infecciones genitales.

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.

Comercializados en forma de cremas y minióvulos de hexacloruro de benzalco-nio y óvulos de nonoxinol-9, son sustancias químicas con acción lesiva en los espermatozoides, que se colocan dentro de la vagina unos 10 minutos antes del coito, pudiendo servir también como barrera al paso de los espermatozoides hacia el cuello uterino. La mujer no debe lavarse la vagina tras la relación y se colocará nueva dosis si realiza otro coito antes de 2 horas.

La sustancia más conocida es el nonoxinol, que además de actuar sobre la men-brana del espermatozoide se ha evidenciado in vitro posee acción bactericida y virucida, especialmente sobre el VIH, aunque los resultados in vivo no son conclu-yentes. También se ha asociado a disminución de neoplasia cervical intraepitelial.

La utilización de espermicidas se recomienda asociado a otros métodos anti-conceptivos (preservativo, diafragma, capuchón o dispositivo intrauterino) y de forma exclusiva únicamente en la perimenopausia. La tasa de fallos cuando el espermicida es el único método usado es del 5,8 al 21%.

ANEXO 3. EFECTOS SECUNDARIOS PERJUDICIALES MENORES DE LOS AO Y EVENTUALIDADES.

Al iniciar el consumo de los AO pueden aparecer una serie de efectos secunda-rios que no afectan a la salud de la mujer pero que pueden ser causa de abandono de este método de control de la fertilidad. Es recomendable que se proporcione información al respecto, minimizando estas molestias que en la mayoría de ocasio-nes desaparecen manteniendo su utilización.

Náuseas y vómitos. Pueden aparecer en los primeros ciclos, tendiendo a des-aparecer con el uso continuado. Se relaciona con el estrógeno del preparado y actualmente, con las bajas dosis de EE de las formulaciones son menos frecuentes, sobre todo si la toma se realiza coincidente con la ingesta alimentaria.

Sangrado intermenstrual. Es un efecto secundario que puede aparecer en un 15-20% de usuarias en los primeros meses de uso, sobre todo si el preparado es

de baja dosis estrogénica, aspecto del cual se debe informar ya que carece de importancia pero puede ser un motivo de consulta o abandono. Con el tiempo de uso disminuye, siendo muy raro a partir de los 6 meses. Si persiste o aparece pasados tres meses, debe investigarse la constancia de la toma, interacción farmacológica, stress o procesos patológicos. Descartado algún problema hay que tranquilizar a la usuaria y en función de la intensidad o la vivencia de la usuaria pasar a un preparado de mayor dosis estrogénica o trifásico. La causa de este sangrado es la decidualización del endometrio inducida por el gestágeno.

Amenorrea en el descanso. También llamada hemorragia silente, puede aparecer en el 1-2% de usuarias con un consumo prolongado, producido como consecuencia de la atrofia endometrial causada por la toma del AO. Tras constatar toma correcta y ausencia de problemas, se descartara embarazo mediante test el día que corresponde iniciar la nueva placa y tras tranquilizar a la mujer se continuará con el preparado. Caso de persistir y preocupar a la mujer puede cambiarse el preparado a uno de mayor dosis estrogénica o a un trifásico.

Aumento de peso. Se trata de uno de los principales temores previo a la toma de los AO relacionado con la retención hídrica en algunos casos se produce al inicio de la toma. Tras el proceso de adaptación no se ha demostrado un aumento significativo de peso. En algunos casos se produce una respuesta anabólica a los esteroides que responde a la restricción alimentaria.

Cefalea. Es un efecto indeseable referido por el 5% de las usuarias, aunque el uso de AO no muestra una sustancial relación con la prevalencia del dolor de cabeza. Diversos autores no encuentran asociación entre migrañas y cefaleas tensionales con el consumo de AO. En mujeres migrañosas el uso de AO puede incrementar las cefaleas en el 15-50%, coincidiendo con el descanso de la medicación, probablemente relacionado con el descenso rápido de los niveles estrogénicos.

Ante la aparición de una cefalea durante la toma de AO hay que realizar un correcto estudio de la misma, aclarando los posibles orígenes de la misma antes de atribuirlo a los AO. La disminución de la dosis hormonal puede disminuir su aparición. Ante la aparición de síntomas focales asociados a la migraña, es recomendable suspender la medicación por la probable asociación con prolapso valvular y el riesgo consiguiente de accidente vascular cerebral.

Mastalgia. Puede aparecer en periodo premenstrual como consecuencia del efecto estrogénico o en el periodo de descanso por la retención hídrica secundaria a la interrupción brusca de los gestágenos.

Vaginitis y cervicitis. Se considera a los AO responsables de cambios en la flora vaginal que favorecerían el desarrollo de la candida, aunque esta relación no está bien establecida. Sí se ha descrito un mayor riesgo de cervicitis inespecíficas relacionadas con la dosis del gestágeno.

Infección urinaria. Se describe un incremento hasta de un 20% relacionadas con el uso de los AO. No existen trabajos publicados que corroboren este efecto, relacionado posiblemente con factores mecánicos de la actividad sexual.

Acné e hirsutismo. Los gestágenos androgénicos se han asociado a piel grasa, acné, hirsutismo y alopecia androide, efectos que se reducen con los gestágenos de tercera generación que son menos androgénicos. En mujeres con manifestaciones de hiperandrogenicidad, los AO producen mejoría de las mismas al reducir el nivel de andrógenos circulantes mediante la supresión gonadotropa, aumento del transporte de andrógenos consecuencia del aumento de la SHBG, inhibición de la 5-alfa-reductasa y una mayor fijación al receptor androgénico. Si el gestágeno del AO es el acetato de ciproterona, los efectos beneficiosos en las manifestaciones hiperandrogénicas son más notorias.

Cloasma y melanoma. El cloasma puede aparecer hasta en un 5% de usuarias, sin conocerse con exactitud su mecanismo de producción. Se ha relacionado con el estrógeno y en la actualidad aparece en menor frecuencia por la menor dosis estrogénica en los AO.

En los años 70 se señaló una relación entre consumo de AO y melanoma, estando en la actualidad descartada esta asociación en diversas publicaciones, pudiendo prescribirse sin temor en mujeres con antecedente de esta patología.

Colelitiasis y colostasis. La toma de preparados AO con altas dosis esteroideas se asoció en un pasado a mayor aparición de colelitiasis, sobre todo a mayor tiempo de uso, producido por alteración en la capacidad de sulfatación, el aumento de colesterol en el líquido biliar y la menor motilidad vesicular. Trabajos posteriores no encuentran esta relación. Algunas mujeres pueden desarrollar ictericia colostática cuando toman AO, principalmente en los seis primeros meses de uso, probablemente producida por alteración en el transporte de la sulfurobromoftaleína. El 50% de las mujeres con historia de colostasis en el embarazo desarrollan esta enfermedad.

Enfermedad inflamatoria intestinal. Diversos autores han señalado la asociación de los AO con la aparición o recidiva de Enfermedad de Crohn, que aumenta a mayor duración de uso y disminuye al cesar el mismo. Esta asociación está incrementada con el consumo de tabaco. Existe una menor asociación entre AO y colitis ulcerosa, únicamente relacionada con preparados de altas dosis y consumo de tabaco.

Depresión. Se admite que entre un 10 a 15% de usuarias de AO pueden presentar sintomatología depresiva, principalmente si existen antecedentes de depresión. No está demostrada la relación directa entre consumo de AO y depresión, encontrándose únicamente una relación entre altas dosis de gestágenos y cambios en el estado de ánimo. En su etiopatogenia se ha involucrado a posibles alteraciones en el metabolismo cerebral, tanto del triptófano como de la noradrenalina.

Cambios en la libido. En un 5-30% de mujeres usuarias de AO de han descrito alteraciones en la libido, tanto en la excitabilidad como en el comportamiento sexual. Estas alteraciones se han relacionado con la disminución del nivel de andrógenos circulantes por aumento de la SHBG. Es probable que estos cambios dependan más de la mujer que de los AO, ya que en la libido intervienen múltiples factores: culturales, sociales, interpersonales, psicológicos, de relación de pareja, etc, los cuales hay que analizar antes de achacar esta disminución de la libido a los AO.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR: INFORMACIÓN GENERAL Y SEGUIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

RECOMENDACIONES

Informar sobre los distintos métodos anticonceptivos (para prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual e infección por VIH), su eficacia y efectos adversos a todas las mujeres en edad fértil, y a los varones aprovechando cualquier motivo de consulta. Informar de la posibilidad de contracepción post-coital ante una relación sin protección o un fallo del método anticonceptivo.

En adolescentes sexualmente activos es adecuado recomendar la utilización de anticonceptivos orales junto con el preservativo

CLASIFICACION Y EFICACIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

		I.P teórico*	I.P. Real**
Métodos no instrumentales	Naturales: Ogino-Knaus	10-14	20-40
	Temperatura basal	2-10	20
	Moco cervical	0,06-2,8	20
	Sintotérmico	0,5	20
	Lactancia prolongada	2	4-10
	Coitus interruptus	5	18-40
Métodos barrera	Diafragma y capuchón cervical	2,6-3,8	18
	Preservativo Masculino	2	12-14
	Preservativo Femenino	2,6	13-18
	Espermicidas	5	21

Métodos intrauterinos			
(DIU)	Inertes	0,6-2	0,6-2
	Liberadores de iones	0,6-2	0,6-2
	Medicados	0,6-2	0,8
Métodos hormonales			
	Orales: Combinados	0,12-0,34	3-8
	Sólo gestágeno.	0,5	3
	Intramusculares: Combinados	1	2-17
	Sólo gestágeno.	0,3-1,2	1,5-16,2
	Implantes	0,05	0,05
Métodos quirúrgicos			
	Esterilización tubárica	0,4	0,4
	Vasectomía	< 0,1	< 0,1

(*) IP teórico: tasa de embarazos por 100 mujeres en un año en utilización ideal del método anticonceptivo.

(**) IP real: tasa de embarazos por 100 mujeres en un año al utilizar un método anticonceptivo.

MÉTODOS NATURALES

Requieren una fase previa de aprendizaje y elevada motivación, se debe realizar un seguimiento de uso correcto en los primeros meses, no tienen efectos secundarios y en general se consideran poco eficaces.

MÉTODOS BARRERA

Preservativo: Es un método accesible, aunque es necesario conocer las recomendaciones para su correcto uso, proporciona una elevada protección frente a infecciones por virus del papiloma humano, virus del herpes simple, infecciones por Gonococo, Chlamydia, virus de Hepatitis B, virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Trichomonas, Mycoplasma, etc. La posibilidad de filtración de pequeñas partículas a través del látex (sobre todo el VIH) y las alergias han condicionado la introducción de variantes en los materiales utilizados: poliuretano, elastómero termoplástico y Tactylon.

Diafragma y preservativo femenino son de mayor coste y requieren mayor adiestramiento para su correcta utilización.

Espermicidas: Se recomienda su utilización asociada a otros métodos anticonceptivos (barrera o dispositivo intrauterino)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

La indicación y seguimiento de este método es responsabilidad de atención primaria y atención especializada.

Contraindicaciones absolutas: Embarazo, sangrado uterino no filiado, anomalías de la cavidad uterina, infección genital aguda, enfermedad de Wilson y terapia anticoagulante. Como contraindicaciones relativas se describen alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, dismenorrea, hipermenorreas, estenosis cervical, anemia ferropénica, coagulopatías, valvulopatías, inmunodepresión, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, puerperio inmediato (hasta la sexta semana).

Criterios de derivación a los Centros de Orientación Planificación Familiar (COF) el hallazgo en una mujer portadora del DIU de: Embarazo, hipermenorrea, sangrado intermenstrual, dismenorrea, infección genital y expulsión o descenso del DIU.

ANTICONCEPCION HORMONAL ORAL (AHO)

Contraindicaciones absolutas: Hipertrigliceridemia severa (>1000 mg/dl), Diabetes mellitus con vasculopatía asociada (retinopatía o nefropatía) y neuropatía, antecedentes personales de tromboembolismo venoso (TEV), Trombofilia familiar diagnosticada, Ictus cerebral, episodio de TEV en familiar (mientras se determina si tiene componente familiar), Trombofilia adquirida (periodos de inmovilización prolongada, cirugía abdominal o traumatológica) mientras exista esta situación, tabaquismo en mujeres mayores de 35 años, antecedente o presencia actual de cáncer de mama, embarazo, hemorragia genital no diagnosticada, hipertensión arterial o hepatopatía activa.

Evaluación previa a la indicación de AHO: Valorar factores de riesgo y descartar contraindicaciones. Si la mujer no tiene un control de salud reciente las exploraciones a realizar incluirán toma de tensión arterial, peso e índice de masa corporal, exploración genital y mamaria con toma de citología cérvicovaginal y analítica que incluya la determinación de triglicéridos como prueba fundamental aunque puede incluirse hemograma glucemia, colesterol y función hepática aprovechando la extracción. El estudio de trombofilia sólo se realizará si existe sospecha de déficits congénitos de factores de coagulación detectada en la anamnesis, no estando recomendado realizar screening. En casos especiales y adolescentes la exploración ginecológica y la analítica pueden postponerse al primer control.

Seguimiento de la AHO: Para todas las mujeres se realiza el primer control a los 3-6 meses. En mujeres < de 35 años anualmente investigar factores de riesgo, medida de tensión arterial y peso y valoración de hábitos sexuales, cada 3 años realizar control analítico (colesterol total y fracciones, triglicéridos y glucemia), palpación abdominal y exploración pélvica con citología cervicovaginal. En mujeres > de 35 años el control analítico será anual y se suspenderá el tratamiento si existe tabaquismo

Pautas de uso y actuación frente a eventualidades: Ver Guía.

Efectos de los AHO

Tromboembolismo venoso	Evidencia de discreto aumento de incidencia
Infarto agudo de miocardio en fumadoras de 35 años	Hay evidencia de su aumento en la incidencia
Accidente cerebrovascular en > de 35 años	Hay incremento menos por tabaco y más por otros factores
Hipertensión arterial	Elevación discreta de las cifras de tensión arterial
Interacción con penicilinas y tetraciclinas	Es posible que puedan disminuir la eficacia de los AHO
Rifampicina y anticonvulsivantes (excepto el valproato)	Hay evidencia de que disminuyen la eficacia de los AHO
Cáncer de ovario de endometrio	Evidencia de disminución del riesgo del 50%
Mastopatía fibroquística, fibroadenomas mamarios y enfermedad inflamatoria pélvica	Evidencia probable de disminución del riesgo
Dismenorrea	Hay evidencia de su desaparición
Acné, seborrea e hirsutismo	Evidencia de mejoría en la clínica hiperandrogénica
Nauseas, vómitos y mastalgia	Hay evidencia de aparición en 2-3 primeros meses y su posterior desaparición

ESTERILIZACION QUIRURGICA

Vasectomía y ligadura de trompas: Información y remisión al nivel especializado

CONTRACEPCION POSTCOITAL DE EMERGENCIA

La pauta de Yuzpe consiste en la administración de 100 microcentigramos de etinilestadiol más 500 microgramos de levonorgestrel (la primera dosis dentro de las 72 horas postcoito, seguida de una segunda dosis 12 horas después), con una



eficacia del 96% pero con efectos gastrointestinales (nauseas y/o vomitos) que pueden ser importantes, recomendando administrar previamente un antiemético

Otra pauta consiste en la administración de una dosis de 0,75 mgrs de levonorgestrel seguida de una segunda dosis a las 12 horas. Presenta mayor eficacia con tasas de embarazo de 0,2-3% y con menores efectos secundarios.

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible (siempre antes de las 72 horas), ya que la eficacia de ambos métodos decrece según se incrementa el intervalo entre el coito y el tratamiento