

Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Esta Guía se aprobó en el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad el día 11 de Junio del 2018. El documento responde a los mandatos de la Ley 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, actualizando los criterios de ordenación de los servicios de planificación familiar y el acceso a los anticonceptivos. Ha sido elaborada con la colaboración de profesionales del SESPA, y las aportaciones de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) y de las sociedades científicas de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC), de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), de Matronas de Asturias (APROMAP), de Pediatría de Atención Primaria (AAPAP), de Enfermería de Atención Primaria (SEAPA) y de la Sociedad Española de Contracepción (SEC).

En este documento se definen los criterios organizativos y profesionales para facilitar el acceso y la atención a la anticoncepción a través del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Su alcance es principalmente asistencial y preventivo, sin perjuicio del desarrollo de otras actuaciones necesarias de promoción de la salud de la salud sexual y reproductiva.

Grupo de trabajo de la Guía:

Juan Ortiz Fuente, Julio Bruno Bárcena, María Rosario Hernández Alba, Beatriz López Ponga, Rocio Allande Diaz, Ana Isabel Rogada García, Francisco Javier Fidalgo, M^ª Dolores Martínez Andrade, Nieves Fontela Lorenzana, María Dolores García Polanco, Mónica Artime García, Esperanza Alvarez Martínez, M^ª Sol García García, Ana Isabel Artos Montes, Angeles Morales Martínez, Carmen Méndez Rodríguez, Salomé Alvarez Rodríguez, Ruth Suarez Pérez, Ángel Remedio López Vázquez, Paloma López Cañal, Carlos Julián Pérez Gómez, Jose García Adánez, Cristina Morales Martínez, Alejandro Gonzalez García, María González García, Carmen Maíllo Pedraz, Adela Martín Gonzalez, Ángel Manuel Martínez Martín, María Neri Iglesias Fernández.

Coordinación y redacción:

Julio Bruno Bárcena, María Rosario Hernández Alba, Juan Ortiz Fuente.

Revisores y colaboraciones:

Jose Ramón Quirós García, Carmen Natal Ramos, Mario Margolles Martins.

Agradecimiento a Sira Repollés Lasheras del Servicio Aragonés de Salud.

Promueve: Consejería de Sanidad.

Edita: Dirección General de Salud Pública.

Edición no venal.

Impresión: 500 ejemplares.

Imprime: Lupa Servicios Gráficos.

Depósito Legal: AS-3.112-2018.

Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018

Presentación

En el contexto español, desde el inicio del actual periodo democrático, Asturias ha sido una comunidad avanzada, proporcionando acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Así ocurrió en los primeros años 80, con la puesta en marcha de los centros de planificación familiar, posteriormente denominados centros de orientación familiar (COF), en Oviedo, Gijón, Avilés y las cuencas mineras, en colaboración con los ayuntamientos democráticos, cuando no existían otros recursos públicos que ofertasen esta prestación. Asturias lideró entonces la respuesta administrativa a la regulación del derecho al aborto, autorizando las primeras clínicas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), cuando la Ley Orgánica 9/1985 despenalizó el aborto inducido en tres supuestos. También fue diligente en 2006 la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, haciendo accesible y gratuita la píldora postcoital. Finalmente, Asturias ordenó con prontitud los servicios públicos regulados por la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva.

En el ámbito de la educación para la salud, el Principado es conocido por el desarrollo de programas educativos, de educación en salud e igualdad, entre los que destaca “Ni Ogros ni Princesas” por su calidad e impacto, junto a otras iniciativas en las tres últimas décadas.

Aquellos antecedentes nos ponen hoy en una especial disposición para enfrentar los nuevos retos planteados en el campo de la anticoncepción y de la prevención de los embarazos no deseados, que requieren la orientación de los servicios y de las prestaciones, compatibles con las actuales tecnologías, acordes a nuestro nivel organizativo y a las necesidades sociales. El derecho que pregona la Ley para el

acceso a métodos efectivos de anticoncepción de última generación, ha de hacerse efectivo para garantizar la elección informada de las ciudadanas a los métodos de prevención del embarazo más eficaces y más seguros.

Muchos dictámenes científicos actuales afirman la conveniencia de ofrecer a la población una gama de métodos modernos, más seguros y eficaces. Por ejemplo, entidades como, el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Academia Americana de Pediatría, señalan que los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), son seguros y apropiados para todas las mujeres, incluidas las jóvenes y las adolescentes cuando lo requieran. La Organización Mundial de la Salud establece la elegibilidad de todas las variedades de los dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes y manifiesta que las adolescentes y las jóvenes nulíparas pueden usar con seguridad los DIU e implantes hormonales. También el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, apoya la mejora del acceso a los anticonceptivos de sólo gestágeno y, particularmente, los LARC, que sin embargo tienen barreras de acceso administrativas y económicas aún.

La situación epidemiológica de Asturias, en un momento que nuestra Comunidad ha sido señalada entre las más accesibles a la interrupción voluntaria del embarazo, nos obliga a impulsar una ordenación más abierta de servicios de anticoncepción que facilite elecciones informadas y eficaces para prevenir el embarazo no deseado antes de que este se produzca. Además, el respeto a la privacidad y confidencialidad, señalados en la citada Ley también requiere cambios en el tratamiento de la información sanitaria que es necesario abordar. La elección de métodos más eficaces, que generan mayor cumplimiento de la adherencia, podría evitar el uso inadecuado de la interrupción del embarazo como método anticonceptivo, en poblaciones vulnerables, tal como nos recomiendan las resoluciones del Parlamento Europeo.

Los llamados centros de orientación familiar pasarán a llamarse Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSR), manteniendo la actual estructura de recursos. Resulta oportuno incorporar este cambio de denominación para designar unidades cuya función específica en el Área aúna su carácter asistencial, vinculado a la atención hospitalaria, con su actividad de promoción de la salud. Además de la estructura actual, prácticamente unitaria de enfermería con refuerzos de medicina especializados, ambas funciones simultáneas asistencial y de promoción de la salud son más acordes con esta denominación que emplearemos en adelante.

Aumentar el acceso a una información y elección anticonceptiva segura, además de mantener los centros específicos de orientación familiar, como dispositivos clave de referencia para jóvenes y adolescentes, supone reafirmar la función y la competencia de las y los profesionales de atención primaria y sus unidades de apoyo en la educación sexual y la atención anticonceptiva. Una función que forma parte de la cartera común de servicios del SNS desde 1996 y que debe revitalizarse. Mínimos objetivos de equidad también exigen que, allá donde no existe una USSR, los Servicios de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales oferten la atención anticonceptiva especializada que se demande en su Área, más allá de la Atención Primaria.

Finalmente, se debe disponer de un Sistema de Información de la anticoncepción, adecuado e integrado, para el seguimiento y la evaluación de los servicios que la red asistencial realiza en este importante campo de la salud sexual y reproductiva.

En suma, el propósito de este documento es actualizar el marco epidemiológico, asistencial y de servicios para garantizar mejores niveles de salud sexual, incluyendo una adecuada información anticonceptiva que favorezca elecciones informadas. Ha sido elaborado por un grupo de profesionales a quienes quiero agradecer su competencia, dedicación y generosidad, que refleja el compromiso con la salud de la población asturiana.

Antonio Molejón Iglesias
Director General de Salud Pública

Índice

1. Justificación.....	12
2. Objetivos	23
3. Desarrollo de la Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar	24
3.1 Cartera de servicios	27
3.1.1 Anticoncepción en población de adolescentes y jóvenes	
3.1.2 Planificación familiar post parto	
3.1.3 Anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo	
3.1.4 Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos	
3.1.5 Anticoncepción de urgencia	
3.2 Organización de la atención	35
3.3 El sistema de información sobre anticoncepción	41
4. Medidas en el ámbito educativo	42
5. Programa de formación	44
6. Evaluación.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS:	52
1. Circuito de Atención Primaria	
2. Criterios de derivación a Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSR)/ Ginecología	
3. Consulta USSR/Ginecología	
4. Directorio de Unidades de Salud Sexual y Reproductiva de Asturias	
5. Historia clínica básica en anticoncepción	
6. Guía de métodos anticonceptivos. Manual para Atención Primaria	
7. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS categoría 3 y 4	
8. Guías rápidas-resumen	
• Guía de prescripción anticonceptivos combinados	
• Guía de manejo de los métodos de gestágeno sólo	
• Guía rápida de información sobre los DIU	
• Guía resumen criterios de elegibilidad	
9. Anticonceptivos comercializados. Tablas con anticonceptivos combinados orales, combinados otras vías y métodos de gestágeno sólo	

Puntos Clave

1.	<p>Marco del documento</p> <p>Documento de planificación y ordenación de la atención anticonceptiva en Asturias, cuyo alcance es preventivo y de carácter asistencial para los servicios sanitarios. Los actuales centros de orientación familiar (COF) pasarán a denominarse como unidades de salud sexual y reproductiva (USSR)</p>
2.	<p>Objetivo</p> <p>Garantizar una atención anticonceptiva de calidad, accesible y equitativa a la población en edad fértil del Principado de Asturias.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una oferta de servicios homogénea en el territorio. 2. Garantizar el acceso a los anticonceptivos. 3. Definir las rutas de acceso, procedimientos y competencias asistenciales. 4. Promover la utilización de Guías y Protocolos comunes. 5. Promover la implantación de un Sistema de Información y Evaluación. 6. Establecer un Plan de Formación Continuada en materia de anticoncepción y consejo contraceptivo.
3.	<p>Cartera de Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria: indicación, prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos e implantes, y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo. Indicación y administración de la píldora postcoital. • Unidad de Salud Sexual y Reproductiva/consulta de Ginecología: información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos, realización de ligadura de trompas. En especial cuando se trata de valoración de las usuarias de riesgo, la resolución de las posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los métodos hormonales, así como la inserción de DIU y la realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica y la interrupción voluntaria del embarazo. • Servicios específicos en poblaciones vulnerables: <ul style="list-style-type: none"> Anticoncepción en jóvenes y adolescentes. Anticoncepción post parto Anticoncepción post aborto Anticoncepción de urgencia

3.	<p>• Acceso a los anticonceptivos:</p> <p>La guía de anticoncepción para Atención Primaria contemplará el acceso a los diferentes tipos de anticonceptivos, de acuerdo al régimen de ordenación farmacéutica y de productos sanitarios.</p> <p>El Servicio de salud (SESPA) definirá el aprovisionamiento de anticonceptivos reversibles de larga duración y de píldora postcoital en los centros de Atención Primaria, USSR y hospitales para garantizar el acceso de poblaciones vulnerables.</p>
4.	<p>Organización de la atención</p> <p>El SESPA designará un liderazgo para coordinar los procesos de atención en materia de salud sexual y anticoncepción, a nivel regional.</p> <p>La gerencia de cada Área deberá establecer y organizar la asistencia anticonceptiva en función de la demanda, de la distribución poblacional y la ordenación de los dispositivos, centros, unidades, servicios de cada territorio, para garantizar el acceso y la prescripción anticonceptiva adecuada, así como los procedimientos previstos en la Ley 2/2010 de 3 de marzo.</p> <p>En cada Área Sanitaria la asignación de profesionales a la atención contraceptiva deberá contemplar la selección y designación de personal especializado adecuado, y la formación del mismo, para ofertar una atención de calidad y reducir la variabilidad.</p> <p>La guía farmacoterapéutica básica para los profesionales en anticoncepción se desarrollará de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS y de la documentación basada en evidencias.</p>
5.	<p>Sistema de información</p> <p>Las aplicaciones informáticas y los formularios y registros de recogida de la actividad sanitaria sobre anticoncepción deben ser actualizadas. Es necesario integrar la información multinivel sobre salud sexual, incluyendo la anticoncepción, prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Los sistemas de información y registro deben garantizar las normas de confidencialidad previstas en la Ley 2/2010.</p>

6.	<p>Educación Sexual</p> <p>La educación afectivo-sexual, debe formar parte del currículo educativo, en asignaturas que garanticen el acceso universal a estos contenidos, y con formación del profesorado, que asegure la calidad de la información impartida.</p> <p>El sistema sanitario contribuirá al apoyo informativo y al asesoramiento de los centros educativos en desarrollo de lo previsto en la Ley 11/84 de salud escolar y normativa de desarrollo.</p> <p>A nivel de las consultas de los centros de salud, unidades de salud sexual y reproductiva y las consultas de Ginecología, los profesionales sanitarios proporcionarán asesoramiento e información a las usuarias y realizarán programas de educación afectivo-sexual y de prevención de ITS para adolescentes, en consulta y a nivel comunitario, que mejoren la información, confianza y vivencia de una sexualidad responsable y saludable y el uso de métodos anticonceptivos acordes a ella.</p>
7.	<p>Formación de Profesionales</p> <p>La formación en anticoncepción y en salud sexual y reproductiva ha de estar incluida en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, así como la formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo y la investigación.</p> <p>El SESPA debe garantizar la formación continuada en salud sexual y anticoncepción, y en la interrupción voluntaria del embarazo de las y los profesionales según señala la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva.</p> <p>En anticoncepción se planificará un programa formativo para desplegar en dos fases:</p> <ul style="list-style-type: none">- Curso sobre orientación familiar, anticoncepción y prevención de embarazos no deseados en Atención Primaria, dirigido a medicina, pediatría, enfermería y matronas.- Sesiones clínicas impartidas en cada centro de salud sobre salud sexual, anticoncepción y prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

8.	<p>Difusión de la información sobre anticoncepción</p> <p>Se habilitará un servicio telefónico o de información y asesoramiento accesible para jóvenes integrado en otros servicios sobre sexualidad que incluya la anticoncepción.</p> <p>Se desarrollará una página web con información accesible sobre anticoncepción.</p> <p>Además de facilitar el acceso a la información para los jóvenes desde el Sistema Educativo, la colaboración de los profesionales de la farmacia y la de las propias organizaciones de jóvenes podría ayudar a una mayor difusión y acceso a la información anticonceptiva y al consejo preventivo.</p> <p>Es necesario desarrollar nuevos materiales de apoyo a la formación de los profesionales e informativos en soportes accesibles a la ciudadanía.</p>
9.	<p>Evaluación</p> <p>Los indicadores de evaluación periódica de actividad y calidad de las prestaciones de anticoncepción se incluirán dentro del Sistema de Información sobre salud sexual y reproductiva.</p>

1. Justificación

El acceso a la asistencia sanitaria para la anticoncepción es a la vez un derecho de las mujeres y una obligación para el Sistema Nacional de Salud regulado en la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria de embarazo y recogido en la Cartera de Servicios comunes del SNS y en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El fin último de la atención anticonceptiva es ayudar a las personas al disfrute de la propia sexualidad de modo libre y autónomo, con independencia de la reproducción. Es decir, que las mujeres en edad fértil que deseen evitar o distanciar un embarazo, puedan disponer del método anticonceptivo que más se ajuste a sus características y necesidades, de modo que la maternidad sea una elección autónoma y satisfactoria. El preservativo masculino, en la práctica único método anticonceptivo no esterilizante en varones, aunque resulta muy necesario en la prevención de infecciones de transmisión sexual, no puede cumplir este objetivo último de autonomía femenina y, tanto este preservativo como el femenino presentan pobre eficacia anticonceptiva comparados a otros métodos. En consecuencia los métodos barrera utilizados como anticonceptivos, carecen de la efectividad óptima para prevenir embarazos no deseados y su indicación como anticonceptivos debe complementarse con la de otros métodos. Por ello la Resolución¹ de 3 de julio de 2002 del Parlamento Europeo insta a los Gobiernos de los Estados miembros y de los países candidatos a que se esfuercen en proporcionar anticonceptivos, incluida la anticoncepción de urgencia, y servicios de salud sexual y reproductiva gratuitos, o a costes muy bajos, a los grupos más desfavorecidos, tales como los jóvenes, las minorías étnicas y los marginados sociales.

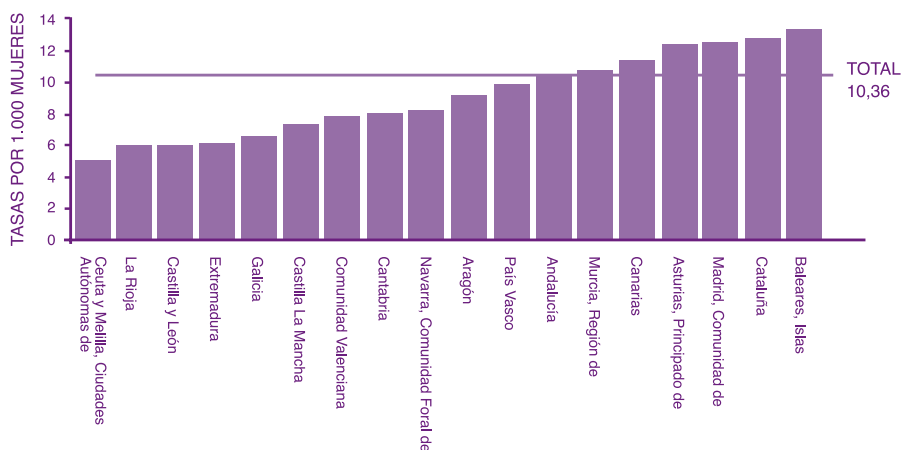
La Ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo-sexual y reproductiva adecuada, es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos

¹ Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI))

no deseados y los abortos. Paralelamente, es necesario disponer de un acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, efectivos y seguros. Estos deben tener una eficacia evidenciada y contemplarse en la cartera de servicios del Servicio de Salud, en el contexto de la oferta de programas y servicios de salud sexual y reproductiva.

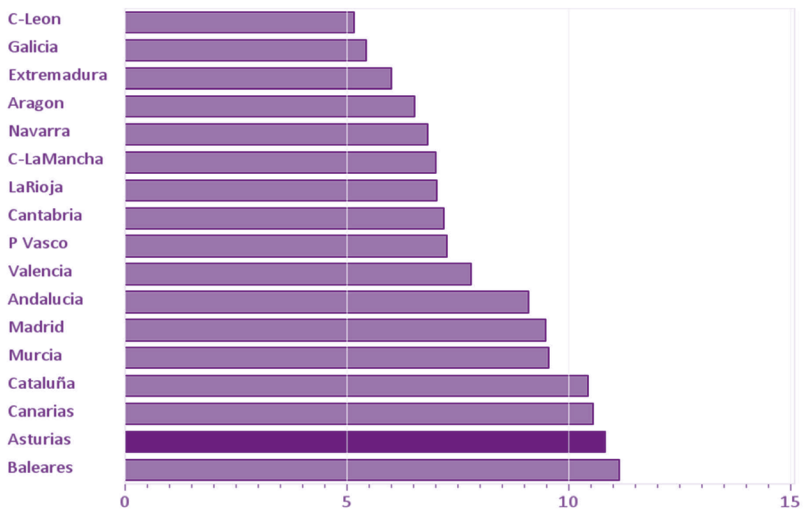
Los registros oficiales señalan que en Asturias la proporción de embarazos que no llegan a término es elevado, en relación al resto de Comunidades Autónomas. Según el informe del Ministerio de 2016 la tasa de IVE en Asturias (12,32^º/1000) es superior a la media nacional, situándose en los últimos años entre las cuatro Comunidades Autónomas con mayor tasa de abortos por cada 1000 mujeres de 15-44 años. Esta circunstancia incide de modo creciente en poblaciones jóvenes y en aquellas con prácticas de riesgo y conductas anticonceptivas inadecuadas.

Gráfico 1. Tasas de aborto por 1000 mujeres de 15-44 años por CCAA 2016



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Si bien la mayor proporción de abortos corresponde a mujeres mayores de 25 años, 72% en 2016, los datos registrados en los últimos años confirman el notable peso de las IVE en menores de 24 años, señalando una tendencia negativa en el control de los embarazos no deseados en las jóvenes, sobre todo cuando se contrastan con el resto del Estado. En este grupo de edad también resulta ilustrativa la Gráfica 2.

Gráfico 2. Tasas de IVE en mujeres de 15-19 años por CCAA (2016)

Fuente: Inforsan. Registro de IVE Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Para los fines de este documento, debe aclararse que la comparación de tasas por territorios puede ser equívoca, si no se realizan ajustes en función de la accesibilidad. Asturias es una comunidad muy accesible para IVE y, sin embargo, la tendencia del aborto a estas edades, que se puede observar también en el gráfico 3, anima a adoptar medidas de mejora, tal como recomienda el Parlamento Europeo.

Además, en los abortos de adolescentes debe tenerse en cuenta que más de la mitad de las que abortaron en 2016, refirieron usar el preservativo como método anticonceptivo. Esto indica un uso incorrecto y/o inconsistente (“no todas las veces”), a las que habría que añadir un tercio que afirmaron “no usar ningún método”. Estas mismas adolescentes indicaron que la información previa a la interrupción, la habían recibido mayoritariamente, 55 % de “amigos, familiares e Internet” y solo un 24 % de “servicios públicos”².

² Registro de Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 3. Ratio Interrupciones Voluntarias del embarazo en Asturias por cada 1000 nacidos en grupos de edad de mujeres de 15-19 y 20-24 años



Fuente: Inforsan. INE y Registro de Interrupciones Legales del Embarazo. Asturias.

En los últimos años, destaca también la tasa de abortos en población adolescente inmigrante en Asturias, mayor que la estatal. Un dato de necesario seguimiento, aunque no podemos establecer comparaciones rigurosas con otras comunidades y debemos invocar de nuevo la diferente accesibilidad a esta prestación en los distintos territorios. Considérese, al respecto, que algunos colectivos entre la población inmigrante recurren con frecuencia al aborto farmacológico realizado en el domicilio, y resulta, presumiblemente, más frecuente esta práctica cuando el acceso a métodos quirúrgicos es más limitado.

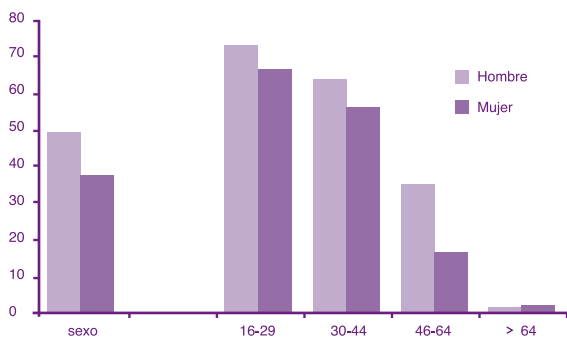
En Asturias predomina el aborto quirúrgico (91%), frente al farmacológico que solamente supone un 9% de las IVE. Este dato contrasta con el hecho de que el 74% de las IVE en 2016 eran de 8 semanas o menos, teóricamente susceptibles del método farmacológico.

En otros colectivos hay que reseñar especialmente, que más de la mitad de las IVE ocurren en mujeres con hijos a cargo, lo que revela la necesidad de mejorar la atención anticonceptiva post parto. Por otra parte, el 42 % de los IVE de 2016 procedían de mujeres con abortos previos, lo que también apunta la necesidad de mejorar la anticoncepción post aborto inmediata.

Las Encuestas de Salud para Asturias del 2012 y del 2017 (ESA) apuntan importantes oportunidades de mejora en las prácticas de prevención del embarazo no deseado. Por ejemplo, el 25% de las personas jóvenes (< 29 años) reconocen mantener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol en el último año frente a menos del 1% en personas mayores.

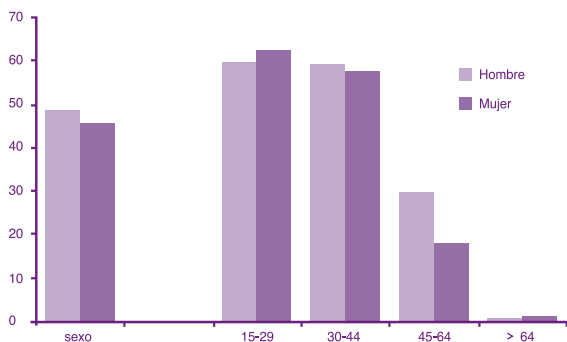
En cuanto al uso de métodos barrera “siempre”, por parte de quienes han mantenido relaciones sexuales con penetración en el último

Gráfico 4. Porcentaje de personas que han utilizado siempre en el último año métodos anticonceptivos según sexo y edad y sexo. Asturias 2012-2013.



Fuente: ESA 2012. Consejería de Sanidad

Gráfico 5. Porcentaje de personas que han utilizado preservativo cuando mantienen relaciones sexuales con parejas no estables, según sexo y edad y sexo. Asturias 2012-2013.



Fuente: ESA 2012. Consejería de Sanidad

año, alcanza el 35% de las mujeres y un 39% de los hombres (2017). El 48% de los encuestados de ambos sexos nunca utiliza preservativo en estos casos.

Hay una mayor concienciación del uso del preservativo en las personas jóvenes, aunque las oportunidades de mejora existen en todos los tramos etarios. Analizado por grupo de edad, el preservativo se usa siempre en relaciones con penetración por parte del 58% de las personas jóvenes y de sólo un 12% de las personas mayores.

Cuando se trata de parejas no estables y relaciones sexuales con penetración, sólo el 32% de las mujeres y un 43% de los hombres utilizan siempre el preservativo. Entre las personas jóvenes hay la misma proporción

de uso del preservativo (59%), tanto en relaciones estables como en relaciones no estables (2017). Usan siempre otro método anticonceptivo distinto al condón, un 53% de las personas jóvenes y solo un 4% de las personas mayores en las relaciones sexuales con penetración.

La tendencia de estos datos sobre los de 2012 reflejados en los gráficos, señala un amplio margen de mejora. Ambas encuestas reflejan la precaria situación de la corresponsabilidad en el uso de anticonceptivos. En 2012 el 18% de las menores de 25 años declaraba no utilizar anticonceptivos “porque su compañero no quiere”. En 2017 las motivaciones de las personas jóvenes para no utilizar otros métodos anticonceptivos son un 5% por infertilidad propia o de la pareja, un 20% porque quieren tener un embarazo, un 45% por su compañero/a no quiere utilizarlos, y un 7% por razones religiosas. Un 13% señalan que es porque es complicado utilizarlo.

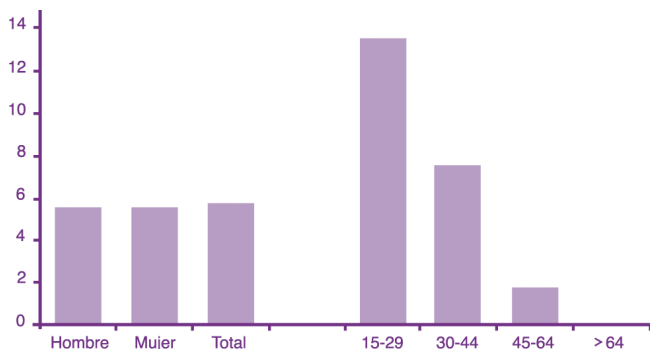
En 2012 un 16 % de las menores de 25 años usaban píldoras anticonceptivas y un 84% no las usaban. El 64% de estas jóvenes referían usar preservativo siempre que tenían relaciones con parejas no estables. El uso de la doble protección con parejas no estables fue cercano al 100% en jóvenes que tomaban la píldora anticonceptiva, mientras que, entre las jóvenes que no usan píldoras anticonceptivas, el 38% refieren tener relaciones coitales y de ellas un 7,5 % tampoco usa métodos barrera sistemáticamente.

Es claro también el papel de los determinantes socioeconómicos y de clase social en el uso de métodos anticonceptivos ya que, tanto la clase social, como el nivel educativo, se correlacionan con mayor protección. Según el nivel de estudios alcanzado, quienes poseen estudios universitarios utilizan con mayor frecuencia métodos anticonceptivos (57,3%) que por ejemplo quienes sólo los tienen primarios o de ESO (33,6%).

Atendiendo al hábitat de residencia de las personas que mantienen relaciones sexuales con penetración, las que viven en la zona rural declaran utilizar con menor frecuencia métodos anticonceptivos que aquellos que viven en las cuencas o la zona urbana (27,4% en la rural por 49,6% y 50,2% en las otras dos).

Factores como la deficitaria educación sexual de la juventud, el defecto en las conductas preventivas y los problemas de acceso a la anticoncepción de calidad, pueden explicar la variabilidad y pre-

Gráfico 6. Porcentaje de personas dentro de los que tuvieron relaciones sexuales en el último año, que han utilizado la píldora del día siguiente, según sexo y edad. Asturias 2012-2013.



Fuente: ESA 2012. Consejería de Sanidad

Las ventas alcanzaron en 2016, 7663 envases, aunque éste dato no sólo corresponde a adolescentes y jóvenes.

Los datos del 2012 sugieren una tendencia al alza del uso de este recurso ya que, en jóvenes de 15-29 años, un 13,6% la utilizaban entonces, cuando tuvieron relaciones con penetración. Hasta un 12,2% de las mujeres menores de 25 años refirieron, entonces, haberla utilizado varias veces en el último año y a estas mismas edades un 2,7% de los encuestados de ambos sexos señalan haberla utilizado siempre que tuvieron relaciones con penetración³.

En suma, el uso reiterado de métodos de anticoncepción de urgencia o de la interrupción voluntaria del embarazo, para finalizar embarazos no deseados, marca una tendencia de necesaria corrección, que avala la necesidad de facilitar el acceso a anticonceptivos efectivos y de promover intervenciones para una educación sexual saludable.

Además, la oferta anticonceptiva actual se ha incrementado de manera importante con la incorporación de nuevos productos con diferentes componentes y vías de administración. Esto permite evitar el embarazo no deseado y que las mujeres se beneficien de estas tecnologías, con menores efectos adversos para su salud. Es conocido, por ejemplo, que los anticonceptivos basados en gestágenos mo-

cariedad de algunos de estos datos. El déficit preventivo, también se verifica en el uso de la píldora postcoital cuya tendencia es creciente. En 2017 la usaban el 19% de las mujeres jóvenes de menos de 29 años y hasta el 5% varias veces al año. Las ventas

³ Encuesta de Salud para Asturias 2012. (ESAIII). www.astursalud.es Informes breves nº 12. y explotación de microdatos. Dirección General de Salud Pública https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/Breves/ESA%201B_12_%20vidasexual.pdf

ernos, también llamados de “última generación” y los anticonceptivos reversibles de larga duración, llamados LARC, por sus siglas en inglés, aportan ventajas y deben estar disponibles para todas las mujeres, especialmente en jóvenes, donde no lo han estado hasta la fecha, dadas las barreras administrativas y económicas que conlleva su adquisición e indicación de uso. Estas mismas barreras de acceso tienen mayor impacto en grupos de población vulnerables.

En Asturias, a pesar de la potente red de Atención Primaria de Salud y de la disponibilidad desde hace más de 30 años de centros específicos de orientación familiar, continúa evidenciándose una importante variabilidad en las actuaciones de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva. Las diferencias tanto en la agilidad de respuesta a la demanda, como en la implementación y provisión de algunos métodos anticonceptivos, son constatables, dando lugar a situaciones de inequidad, que aconsejan una actualización organizativa. El modelo actual debe mejorarse aprovechando el enorme potencial de la Atención Primaria, formada por el equipo de medicina y enfermería y por sus unidades de apoyo de trabajo social y matronas.

Las USSR o los servicios de Ginecología en su caso, como dispositivos especializados, deben ser centros de referencia y apoyo en los diferentes procesos, fundamentalmente para población de adolescentes y jóvenes, para situaciones poblacionales o sociales especiales o para aquellas que por su complejidad, la intensidad de los recursos necesarios o la singularidad, no puedan ser asumidas por el nivel primario de atención.

En el año 2013 se realizó, por parte de la Consejería de Sanidad y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, un estudio sobre los centros de orientación familiar (COF), actualizado recientemente, destinado a la identificación de los problemas de funcionamiento de estos servicios. El análisis de la situación actual confirma lo descrito entonces: la heterogeneidad de actuaciones en materia de promoción de la salud, la irregular información en materia de IVE, la variabilidad en la organización y adscripción de los recursos humanos y la debilidad en la utilización y explotación de los sistemas de información y en consecuencia la poca consistencia de los datos de actividad⁴.

⁴ Los centros de orientación familiar (COF) en Asturias. Marta González Sánchez, M^a Rosario Hernández Alba, Carmen Natal Ramos. Informe interno. Dirección General de Salud Pública. Mayo 2013

La corrección de estas debilidades en la promoción de una adecuada salud sexual es clave para prevenir o reducir los embarazos no deseados. Se señala con ellos la necesidad de abordar la mejora en la información y el acceso equitativo a los anticonceptivos en las mujeres jóvenes y en aquellas con mayor vulnerabilidad educativa o social.

Según la Federación de Planificación Familiar Estatal⁵, resultaría necesario a nivel de las comunidades autónomas el desarrollo de una normativa específica sobre anticoncepción. Esta normativa, de llevarse a cabo en Asturias, podría ayudar a normalizar el modelo de prestación y de acceso a los servicios. Para ello es esencial desarrollar guías o protocolos regionales que avancen en esa dirección normalizadora. En la práctica actual, los profesionales resuelven o derivan a otros niveles de asistencia según el perfil de servicios de cada territorio, sin que se haya definido un ámbito de competencia claro para dar acceso a la población.

El estudio de 2013 también revela una importante carencia en materia de ordenación del sistema de información sobre planificación familiar y anticoncepción, que requiere normalizar los diferentes registros, aplicaciones informáticas y formularios de Atención Primaria, consultas de Ginecología y USSR. La ordenación de los procedimientos y de la información deben establecerse en aplicaciones y formularios homogéneos en toda la Comunidad. Particular interés, como se ha citado más arriba, merece la disponibilidad en la oferta de los anticonceptivos de última generación, los reversibles de larga duración (LARC) y su indicación y financiación adecuadas, de modo que se facilite el acceso a este importante recurso a la población.

Llama la atención al respecto de lo comentado en el párrafo anterior, la proporción de IVE de repetición, que suponen una cuota notable del total de abortos en menores y que ha venido creciendo en los últimos años⁶. La necesidad de ayudar a las usuarias a prevenir nuevos abortos cuando ya se ha recurrido a la IVE en alguna ocasión se hace evidente, particularmente en los casos que tienden a entender el aborto como un método anticonceptivo más; una práctica que parece cada vez más frecuente y que refleja un hábito preventivo inadecuado. De igual modo, hay que afrontar la carencia de una política general de anticoncepción post parto o

⁵ El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las CCAA. Federación de Planificación Familiar Estatal. Noviembre 2016

⁶ Sección de Información Sanitaria. Registro de IVE. Dirección General de salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias

de identificación de grupos de mujeres con especiales necesidades sociosanitarias, con protocolos específicos que, con excepción de algunas experiencias singulares^{7, 8} no están sistematizados aún en los servicios públicos.

La actualización de conocimientos y la implantación de programas de formación continuada, para las diferentes categorías profesionales en materia de anticoncepción, son otras tantas necesidades perentorias, que deben afrontarse simultáneamente a la mayor accesibilidad a los servicios. Esto podría mejorar notablemente la calidad asistencial.

Como señalan los expertos, en España el acceso a la anticoncepción tiene limitaciones, que dependen en gran medida del lugar de residencia de las mujeres, ya que los recursos y servicios en materia anticonceptiva están a cargo de las comunidades autónomas, quienes establecen las pautas de acceso de acuerdo a sus políticas en materia de salud sexual y reproductiva.

Si bien todas las Comunidades Autónomas ofertan anticonceptivos de acuerdo a las normas establecidas en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, existe una gran variabilidad autonómica en cuanto a la calidad, cantidad y diversidad de métodos comprendidos en la cartera de cada una, por lo tanto, la accesibilidad a los métodos anticonceptivos varía en función del anticonceptivo que se trate y de la Comunidad Autónoma en la que se resida⁹.

Las experiencias de otras comunidades autónomas han mostrado que las medidas de mejora del acceso a la anticoncepción, incluyendo los implantes y otros LARC, junto a la formación y definición de competencias en el sistema, mejoran la equidad y logran situar la atención anticonceptiva en un 80% en Atención Primaria de Salud, en algunos territorios¹⁰. En otras Comunidades se accede prioritariamente desde centros de salud sexual y reproductiva/COF, con diferentes denominaciones, que facilitan la elección y la indicación

⁷ Cristina Morales Martínez, M. Luz Lamelas Suárez-Pola, Sonia Tejuca Somoano e Isabel Álvarez Miranda. Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social. Prog. Obstet. Ginecol. 2011;54(1):16–20

⁸ Cristina Morales Martínez, M. Luz Lamelas Suárez-Pola, Sonia Tejuca Somoano. Anticoncepción posparto en grupos vulnerables. Cada mujer cuenta Prog Obstet Ginecol. 2016;59(1):13-16

⁹ Federación de Planificación Familiar Estatal y Sexual Rights Initiative. Informe presentado para el Examen Periódico Universal (EPU) de la ONU sobre la situación de derechos humanos sobre España. Enero Febrero 2015. http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/UPR21_SRI-and-FPFE_stakeholder-submission_Spain.pdf

¹⁰ Sira Repollés Lasheras. Programa de Anticoncepción en Aragón. Jornada best practices en Salud Sexual y reproductiva. Madrid 2017.

más adecuada de los anticonceptivos y procuran un impacto muy positivo en la reducción de interrupciones del embarazo.

En Asturias, la presión asistencial en atención primaria y la movilidad profesional son barreras que deben afrontarse ordenando y gestionando los servicios que recibe la población usuaria, de acuerdo a la diversidad y multiplicidad de recursos con que cuenta la región, tanto sean estos los que proporciona la Atención Primaria de Salud, como los específicos de los servicios de orientación familiar, que pasaremos a llamar unidades de salud sexual y reproductiva o los propios de las consultas de Ginecología.

A tales dificultades también se añade la actitud de inhibición de algunos profesionales respecto a la anticoncepción, un asunto derivado de la escasa formación existente a nivel de Atención Primaria y la ausencia en la práctica, de esta prestación en la cartera que ofrece la Atención Hospitalaria. Todo ello genera inacción y falta de motivación e implicación profesional con repercusiones en los servicios que recibe la ciudadanía.

La necesidad de identificar un liderazgo claro en materia de servicios de anticoncepción y establecer un método ordenado para trabajar con homogeneidad ha sido reiteradamente planteado por los profesionales, que señalan la falta de coordinación de los distintos niveles asistenciales y los centros de orientación familiar. Es clave, al respecto de todo lo anterior, la implicación de los equipos directivos para garantizar accesibilidad y eficiencia.

Esta Guía pretende actualizar la política de planificación familiar y de atención anticonceptiva, de acuerdo al mandato legal y contribuir a ordenar los recursos autonómicos, de manera que todas personas residentes en el Principado de Asturias reciban una atención anticonceptiva accesible, efectiva y equitativa, con independencia de su lugar de residencia.

2. Objetivos

Objetivo general: Garantizar una atención anticonceptiva de calidad, accesible y equitativa a la población en edad fértil del Principado de Asturias.

Objetivos específicos:

1. Establecer una oferta de servicios común desde los dispositivos sanitarios, basada en la promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.
2. Identificar las competencias y responsabilidades del personal sanitario implicado en la asistencia anticonceptiva.
3. Homogenizar la ruta de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva, potenciando la Atención Primaria, de acuerdo a sus características de proximidad, continuidad en la atención y orientación a la promoción y prevención de la salud.
4. Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / consultas de Ginecología/USSR).
5. Promover la utilización de guías y protocolos comunes.
6. Identificar las pautas de captación y atención a jóvenes y colectivos vulnerables o de difícil acceso a los servicios.
7. Establecer un Programa de Formación Continuada en materia de anticoncepción y consejo contraceptivo.

3. Desarrollo de la guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar.

En la atención anticonceptiva se establecen diferentes niveles de actuación en función del motivo de la demanda, del tipo de prestación que se vaya a realizar y del nivel de competencia y habilidades atribuidas a los diferentes perfiles profesionales que intervienen. Por ello, la garantía de acceso a la anticoncepción requiere impulsar la labor del personal de Atención Primaria implicado en la asistencia: matronas, profesionales de enfermería y medicina, pediatría y trabajadores sociales, además de mantener la oferta de los recursos especializados ubicados en los centros de orientación familiar, y consultas de los hospitales. Todos ellos dependen organizativa y funcionalmente del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Tal y como establece la Cartera de Servicios de Atención Primaria, es responsabilidad de este nivel de atención la **“indicación y seguimiento sobre métodos anticonceptivos no quirúrgicos y el asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo. Indicación y administración de la píldora postcoital”**.

La Atención Primaria de Salud se basa en una perspectiva integral de las personas, en la promoción y prevención de la salud. Por ello, los profesionales de la medicina de familia y enfermería comunitaria, incluyendo las unidades de Pediatría, realizan un abordaje global de la persona en todas las etapas de su vida, del que forma parte la promoción de la salud sexual y reproductiva tanto individual como comunitaria, sin distinción de edad ni sexo.

Son actividades propias del personal sanitario de los centros de salud el asesoramiento sobre medidas anticonceptivas, la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, la información sobre IVE y las intervenciones comunitarias y de apoyo al ámbito educativo. La enfermería comunitaria debe ser referente en todas estas actividades, debiendo potenciarse su labor en el abordaje preventivo y de promoción de la salud sexual y reproductiva.

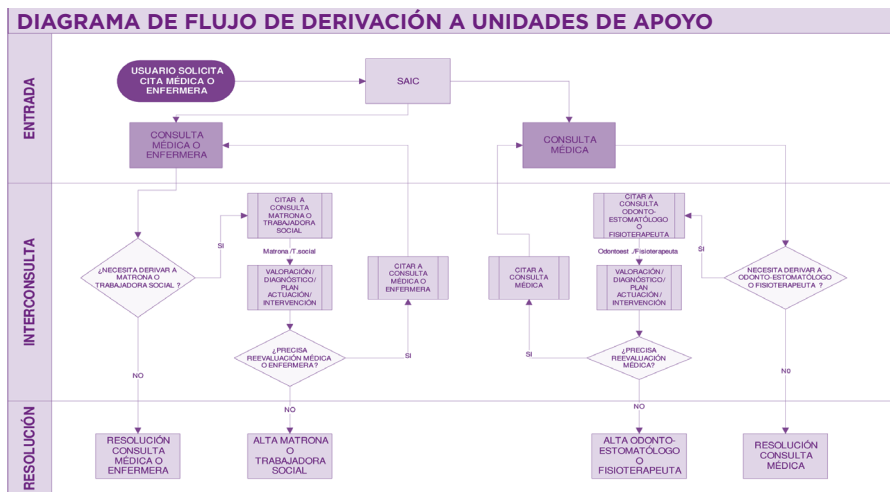
Las matronas y las unidades de trabajo social, como unidades de apoyo técnico, contribuyen activamente a la prestación anticonceptiva mediante la detección y atención de la población vulnerable, que accede a sus consultas o les es derivada.

Procesos como el seguimiento del embarazo, la preparación al parto y la atención al puerperio, incluyendo el asesoramiento y la prestación anticonceptiva, la identificación de condicionantes sociales que inciden en la salud, la información y orientación sobre la utilización de recursos sociales existentes y la relación con los servicios sociales, forman parte de las funciones que desarrollan las unidades de apoyo de Atención Primaria, matronas y trabajadoras sociales.

En el transcurso de un episodio de atención que se realiza en el centro de salud (medicina o enfermería), se puede necesitar la derivación a alguna de las Unidades de Apoyo, para completar la valoración o la aplicación de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos, según se recoge en la organización de procesos asistenciales del SESPA.

Para desarrollar adecuadamente este proceso, es necesario que se establezca de forma sistemática el circuito de transferencia o derivación de usuarias entre el personal médico y de enfermería y las unidades de apoyo, matronas y trabajadoras sociales en su caso¹¹.

Gráfico 7. Gestión y organización del proceso asistencial en Atención Primaria. Derivación a unidades de apoyo técnico. Proyecto GOPA 2011.



Fuente: Dirección de Servicios Sanitarios. SESPA. www.astursalud.es

¹¹ SESPA. Dirección de Servicios Sanitarios. Gestión y Organización del Proceso Asistencial en Atención Primaria (Proyecto GOPA). En www.astursalud.es Inicio. Profesionales. Gestión clínica y Calidad. Gestión Clínica. Proyecto GOPA

Las unidades de Pediatría de Atención Primaria también son un buen recurso en el asesoramiento de las familias y de los menores en materia preventiva, en el periodo de acceso a la pubertad. La transferencia y la derivación al médico de primaria o a la USSR, para el seguimiento de salud sexual y anticoncepción, ha de preverse también, junto a otras esferas de la salud o de forma específica en la transición a la adolescencia, cuando se produce la toma a cargo de medicina de familia de los y las usuarias de 14 años en tránsito desde la consulta de Pediatría.

Desde las consultas de Atención Primaria de medicina y enfermería de familia, con la colaboración de las matronas, cuando sea necesario, se debe llevar a cabo el asesoramiento anticonceptivo y la prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos no invasivos de las mujeres sanas y sin factores de riesgo asociados.

La colocación de implantes subdérmicos puede realizarse por profesionales de atención primaria, formados y entrenados adecuadamente o, cuando lo precise, derivarse a las unidades de apoyo técnico o a las USSR. En el caso de las matronas la indicación anticonceptiva y la implantación de la misma puede incorporarse en la atención a la población de puérperas en el post parto inmediato y aquellas otras usuarias que se les deriven para una técnica específica¹² (Anexo 1. Circuito de Atención Primaria).

El segundo nivel se refiere a la atención especializada u hospitalaria, que recoge en su Cartera de Servicios las prestaciones en “información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos, realización de ligadura de trompas y vasectomías.” Por tanto, entra plenamente dentro de las competencias de la atención especializada la asistencia anticonceptiva, que debe estar contemplada en los Servicios de Ginecología a través de las USSR de su dependencia, o bien de las consultas especializadas en caso de ausencia de USSR, en especial cuando se trata de valoración de las usuarias de riesgo, la resolución de las

¹² OMS. Planificación familiar. Ver nota descriptiva. Diciembre 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras están capacitadas para facilitar (en los lugares en que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.

Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico.

posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los métodos hormonales, así como la inserción de DIU y la realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica y la vasectomía.

Los centros de orientación familiar (COF), que pasaremos a llamar unidades de salud sexual y reproductiva, dependen de los servicios de Ginecología y Obstetricia como unidades o consultas específicas. Fueron creados, en el año 1986 en virtud de un acuerdo entre la Consejería de Sanidad del Gobierno de Asturias, el antiguo INSALUD y los Ayuntamientos correspondientes.

Actualmente su gestión y funcionamiento se enmarca en el Servicio de Salud. Su función está centrada en la asistencia y la orientación en salud sexual y la prevención de embarazos no deseados, dirigida fundamentalmente, a sectores de población vulnerable y en especial a la población joven que lo demande¹³.

Reciben las derivaciones de Atención Primaria, y realizan la prescripción, implantación y el control médico del uso de métodos anticonceptivos y proporcionan información sobre interrupción voluntaria del embarazo. Las USSR deben establecer un alto grado de accesibilidad para los adolescentes y jóvenes. En todo caso, las jóvenes podrán acceder a estos dispositivos específicos directamente, con una adecuada organización, como puede ser el establecimiento de franjas abiertas a la atención no programada, de manera que no se impida el acceso simultáneo cuando la derivación se realiza desde Atención Primaria. En Asturias hay 5 centros de orientación familiar (USSR) en las áreas sanitarias con mayor volumen de población: 3, 4, 5, 7 y 8. Las Áreas 1, 2 y 6, donde no existen centros de este tipo, deben dar cobertura como referencia para las prestaciones de atención anticonceptiva especializada, mediante la oferta de consultas específicas desde los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital.

3.1. Cartera de servicios

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, define como servicios básicos y comunes, que deben ofertarse desde Atención Primaria. la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades

¹³ Garantizan el cumplimiento de la recomendación establecida por la OMS, sobre la creación de un centro específico para atención a sexualidad y anticoncepción por cada 100000 jóvenes entre 13 y 24 años consistente en servicios amigables y accesibles, que deben asegurar una atención integral y confidencial por parte de profesionales capacitadas para la atención a jóvenes. Ver Recomendaciones de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE)

de transmisión sexual. Incluye además entre los servicios que ha de prestar este primer nivel de atención: la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo.

Por otra parte son propios de la cartera de servicios de Atención Hospitalaria la valoración inicial de los pacientes, la indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos así como la indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente.

En el desarrollo de esta Guía nos referiremos a la atención anticonceptiva que se presta a la población de adolescentes y jóvenes, a la planificación familiar post-parto y a la anticoncepción e interrupción del embarazo, así como al acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, tal como pregona el artículo 7 de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria de embarazo.

3.1.1. Anticoncepción en población de adolescentes y jóvenes

Para asegurar la atención equitativa en materia anticonceptiva a toda la población, deben establecerse medidas específicas para aquellos colectivos que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad económica, social o cultural. La prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual debe ser objeto de una atención especial en los y las jóvenes. Los requerimientos básicos de la prestación anticonceptiva en este caso, deberían contemplar una gran accesibilidad a la información, al consejo en salud sexual y a la propia prescripción o administración de anticoncepción, incluida la anticoncepción de urgencia. Esta población requiere servicios amigables, gratuitos, abiertos a un funcionamiento en horario amplio, incluyendo los fines de semana y que ofrezcan una atención integral, con el objetivo de favorecer decisiones informadas y autónomas.

El colectivo que ha sufrido ya una interrupción voluntaria del embarazo debería ser objeto de una atención especial.

Tratándose de un sector de población al que se atribuye una mayor actividad sexual e importantes necesidades de información en com-

paración a la población de más edad, la prestación que ofrece el equipo de atención primaria (EAP) puede ser ampliada a las condiciones específicas que se han señalado para este grupo de población. Hay que tener en cuenta, además, la singular demanda de privacidad, de estas personas para que la prestación sea accesible desde un centro de orientación familiar o unidad de salud sexual y reproductiva, donde la confidencialidad esté preservada.

Confluyen aquí componentes educativos y preventivos en la atención sanitaria que debe incidir, desde el punto de vista de la información, en el concepto de corresponsabilidad entre ambos sexos en la planificación del embarazo y la prevención de las ITS. La mayoría de métodos anticonceptivos previenen el embarazo pero no protegen frente a las ITS, por lo que será necesario recomendar la utilización de doble protección en las relaciones coitales cuando exista la posibilidad de que algún miembro de la pareja tenga relaciones con otras persona.

Los “anticonceptivos modernos”, término con el que nos referimos a todos aquellos métodos anticonceptivos reversibles que no sean de urgencia y que permitan a adolescentes y jóvenes prevenir embarazos no planificados, deben estar disponibles a la elección informada. Entre otros, se incluyen los métodos barrera, los anticonceptivos orales, los parches anticonceptivos, las inyecciones de depósito y los métodos de sólo gestágeno, así como la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC por sus siglas en inglés), como por ejemplo los dispositivos intrauterinos (DIU) o los implantes subcutáneos.

Las USSR como servicios de referencia abiertos a la juventud y adolescencia, que deberían de poner en primer plano el acceso de este sector de población, eliminando barreras de espera mediante una franja del horario de atención abierto, no programado. Esta oferta de servicios debe comunicarse también a través de las instituciones de política de juventud y de la red educativa.

La necesidad de una atención continua en horario amplio a lo largo del día, que no han podido satisfacer los centros de orientación familiar hasta ahora, hace recomendable también la disponibilidad de uno o varios centros informativos de referencia para la población joven a través de redes de comunicación, asesoría electrónica telefónico u on-line entre esta población. Este tipo de referentes de información sexual y anticonceptiva pueden ser muy eficaces como muestran las experiencias compartidas con

las organizaciones juveniles, en sintonía con las políticas de salud que estas realizan.

Simultáneamente, resulta imprescindible en materia informativa la utilización de los nuevos canales de información, así como elaborar y actualizar los materiales de información sobre anticoncepción.

Las oficinas de farmacia también pueden contribuir a la difusión del consejo contraceptivo de calidad, facilitando la información adecuada, la derivación a los centros de orientación familiar o el suministro de materiales de apoyo para la anticoncepción. Particularmente oportuno resulta el momento de la dispensación de anticoncepción de urgencia u otros productos anticonceptivos en adolescentes y jóvenes, para aportar orientación y consejo.

Finalmente la oferta anticonceptiva de calidad en la población juvenil ha de inscribirse en un marco de educación para la salud, donde la educación sexual y afectiva integral se incorpore de modo generalizado en el sistema educativo.

El consejo del personal sanitario, como herramienta de la atención anticonceptiva hace preciso abordar y mantener la formación continuada específica del personal sanitario, como se plantea más adelante.

3.1.2. Planificación familiar post parto (PFPP)

La PFPP es un componente esencial de los servicios de atención de la salud que se proporcionan en el período prenatal, inmediatamente después del parto y durante el año siguiente a un parto (OMS 2009). La planificación familiar posparto se define como la prevención de embarazos no planificados en intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

Aprovechar el postparto inmediato para un consejo anticonceptivo ha sido suficientemente justificado como método de reducción de la mortalidad materna, del embarazo no deseado y consecuentemente de la IVE en mujeres en los 24 meses siguientes a un parto, ya que en este período se ha documentado que el 95% de las mujeres no desean otro embarazo¹⁴.

¹⁴ OMS. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Organización Mundial de la Salud, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf

Aunque Asturias se caracteriza por una baja natalidad y, en la población general, no presenta un riesgo elevado de mortalidad materna, los protocolos de atención anticonceptiva en el post parto cobran especial significado en las poblaciones de mujeres en situación de precariedad social y bajo nivel educativo. Por ello, tales prestaciones, deben ser ofertadas en todos los servicios de atención al embarazo, en la etapa prenatal, durante el parto y el puerperio y en los momentos de implantación y seguimiento de la lactancia materna.

A este respecto, los servicios de atención al embarazo y el parto, los equipos de atención primaria y, particularmente, los obstetras y matronas son profesionales clave para intervenir en la prevención de nuevos embarazos no deseados en todas aquellas etapas, por lo que se deberá incluir esta previsión en los protocolos de estos servicios asistenciales.

3.1.3. Anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo

En general, cualquier método anticonceptivo se puede utilizar inmediatamente tras el manejo médico o quirúrgico del aborto, sin restricción. No se incluye la esterilización histeroscópica.

Hay suficiente evidencia para afirmar que los LARC (DIU, Implante, inyectable) son el métodos de elección para evitar nuevos embarazos no deseados, en mujeres con aborto previo.

La anticoncepción debe iniciarse inmediatamente después del aborto, una vez que el aborto ha sido confirmado, ya que la ovulación se puede producir en 15 días. Tanto el DIU de cobre, como el de Levonorgestrel® o los otros LARC son una excelente elección en mujeres tras IVE, ya que disminuye la tasa de repetición de aborto.

Se debe aconsejar el uso del doble protección para evitar ITS.

En protocolos que incluyan Mifepristona® se puede comenzar una vez que el aborto ha sido confirmado.

El momento de inserción del DIU puede ser 5-9 días después de la Mifepristona® vs 3-4 semanas. La tasa de expulsión de DIU es la misma pero hay un menor seguimiento en el grupo de mujeres de inserción tardía.

Los métodos anticonceptivos basados en el control de la fertilidad no son recomendables hasta recuperar la menstruación y tienen alta tasa de fallos. No usar diafragma o capuchón cervical hasta al menos dos semanas después del aborto.

Utilizando el sistema de categorías de la OMS, los anticonceptivos hormonales y LARC son categoría 1, salvo el DIU que es categoría 2 en el aborto del segundo trimestre. La única categoría 4 (contraindicación absoluta) es el aborto séptico.

Una adecuada prevención de nuevos embarazos no deseados, y en consecuencia de abortos de repetición, indica la necesidad de que los centros públicos y privados concertados donde se realicen abortos deban proveer protocolos específicos y disponibilidad de LARC, para ofertar su colocación inmediata después de la interrupción.

En el caso de los hospitales públicos, el Servicio de Farmacia establecerá el procedimiento para facilitar la disponibilidad de implantes o DIU, que permita ofrecer su implantación inmediatamente después del procedimiento médico o quirúrgico de un aborto.

En el caso de los centros concertados, el SESPA a través de los contratos de servicios, establecerá el mecanismo más efectivo para facilitar a las usuarias el acceso a estos métodos inmediatamente al procedimiento médico o quirúrgico de IVE.

3.1.4. Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

La Ley de salud sexual y reproductiva de 2010 señala que los Servicios de Salud deben garantizar el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

En anexos a este documento se incorporan las guías para el consejo anticonceptivo desde Atención Primaria, que se basan en los criterios de elegibilidad de la OMS, también referenciados aquí.

¹⁵ OPS/Univ. Buenos Aires. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes : una mirada integral / Hugo Antonio Arroyo ... [et.al.] ; compilado por Diana Pasqualini y Alfredo Llorens. - 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010. ISBN 978-950-710-123-6

En cuanto a los métodos anticonceptivos hay que recordar, particularmente en mujeres jóvenes y adolescentes con contactos ocasionales, que la doble protección combina en forma más efectiva los beneficios de la prevención de las ITS/VIH y del embarazo no deseado (OMS). Siempre uno de los dos métodos debe ser el preservativo. La doble protección está relacionada con la reducción del riesgo asociado a la edad de inicio de relaciones sexuales para el embarazo no deseado y las ITS/VIH.

El uso de doble protección además, es una práctica que promueve la corresponsabilidad para que ambos integrantes de la pareja compartan la conducta preventiva¹⁵, ya que, como hemos dicho más arriba, el uso exclusivo de condón masculino no facilita la toma de decisiones autónoma para la mujer, ni garantiza la anticoncepción dada su escasa eficacia. Concepto que debe incorporarse a la sistemática de consejo contraceptivo en jóvenes.

Desde la publicación en 2010 de los primeros resultados del Proyecto Choice de la Universidad de St. Louis, corroborados con los estudios de Trussell sobre la efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos, los llamados métodos reversibles de larga duración, que incluyen DIUs inertes u hormonados e implantes de progesterona, se han demostrado como los que presentan mejores resultados para evitar el embarazo.

La efectividad de los llamados LARC reside, precisamente, en que no dependen de la programación de la usuaria. Su eficacia es similar a la de los métodos hormonales convencionales, sin embargo su efectividad aumenta debido a que su implantación permanente elimina la necesidad de que la usuaria deba aplicar ningún fármaco o dispositivo de modo regular u episódico.

Los métodos reversibles de larga duración resultan ser los más adecuados en los casos en los que el mal cumplimiento y la mala adherencia al tratamiento aumentan el riesgo de embarazos no deseados. Desde los servicios sanitarios estos casos pueden detectarse en algunas jóvenes mal cumplidoras, en solicitantes de IVE, mujeres con problemas psíquicos, mujeres en situación de exclusión social o vulnerabilidad económica, y en mujeres con barreras de acceso a los servicios públicos.

Las barreras burocráticas y la necesidad de visado para acceder a estos anticonceptivos, y sobre todo el coste asumido por las usua-

rias, limitan el uso de estos métodos de larga duración. Ello, a pesar de que estas tecnologías mejoran el coste global y la eficiencia de la píldora clásica. Por otra parte, es fundamental la formación de los profesionales. En la actualidad, solamente un 7% del total de mujeres que utilizan un método anticonceptivo usan métodos de larga duración reversibles, a pesar de su eficacia y seguridad.

Dentro del consejo contraceptivo que proporcionan los servicios públicos, resulta muy pertinente y acorde con la Ley en nuestro contexto epidemiológico, incluir la anticoncepción reversible de larga duración entre las opciones a ofertar que se incluyen en anexos, así como facilitar la financiación de la misma. El Servicio de Farmacia deberá establecer el procedimiento de acopio u aprovisionamiento de dispositivos LARC en los centros sanitarios y hospitales que realizan anticoncepción.

Con independencia del acceso libre a la elección de este tipo de anticoncepción con una información adecuada, la atención preventiva hace aconsejable también que los servicios dispongan, y puedan ofertar estos productos de anticoncepción reversible de larga duración, tras consentimiento informado, desde los hospitales y centros de orientación familiar o unidades de salud sexual y reproductiva. Del mismo modo en los centros de salud deberían incorporarse anticonceptivos de solo gestágeno, incluidos los implantes subdérmicos, lo que facilitaría el acceso a métodos eficientes de anticoncepción con alta efectividad y seguridad.

A salvo la premisa de que son las usuarias informadas quienes deben elegir siempre el anticonceptivo adecuado, la captación oportunista de ciertos colectivos de riesgo puede ser indicativa, a efectos de garantizar el acceso a métodos reversibles de larga duración, para las siguientes situaciones:

- a) Menores 25 años de edad en situación de vulnerabilidad. Todos los jóvenes económica o socioculturalmente desfavorecidos pueden considerarse población diana¹⁶.
- b) Planificación familiar post parto
- c) Mujeres con antecedente de aborto
- d) Mal cumplimiento, mal uso o escasa adhesión a un método clásico.
- e) Utilización frecuente de anticoncepción postcoital
- f) Déficit intelectual o social o problemas de salud mental
- g) Fracasos en uso de métodos prescritos anteriormente
- h) Mujeres en situación de prostitución
- i) Situaciones de violencia y trata

¹⁶ Ganar salud con la juventud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - 2002

3.1.5. Anticoncepción de urgencia

La información básica sobre anticonceptivos debe incluir la anticoncepción de urgencia, en qué consiste, qué efectos ocasiona, cuándo se debe solicitar, quién la debe prescribir y dónde hay que acudir. El objetivo es conseguir una mayor previsión y que la anticoncepción de urgencia sólo se utilice cuando ha fallado el preservativo.

La llamada píldora del día después puesta a disposición gratuita desde los centros de salud en Asturias en 2006, fue liberalizada en 2010 para facilitar el acceso libre a la misma en las farmacias sin necesidad de prescripción médica.

No obstante, resulta recomendable mantener el acceso a estos fármacos en las USSR, Servicios de Atención Continuada y Urgencias de Atención Primaria y en los Servicios de Urgencia del Hospital, para evitar situaciones socioeconómicas de desprotección.

3.2. Organización de la atención

La Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar, que incluye la promoción de la salud sexual y la prevención de embarazos no deseados, es parte sustancial de las intervenciones de salud pública en el desarrollo de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva¹⁷.

A nivel regional deberá contar con el liderazgo profesional y asistencial necesario para su permanente actualización, que será designado desde el Servicio de Salud del Principado, a quien corresponde establecer los circuitos asistenciales necesarios para la prestación y gestión de dichos servicios. A su vez, la Guía deberá responder a las competencias de formulación general de las políticas de salud y de implantación y seguimiento de los programas de prevención y promoción de la salud en las áreas sanitarias, que corresponden a la Dirección General de Salud Pública, y están definidas con carácter normativo¹⁸.

Cada Área deberá establecer y organizar el número de consultas en función de la demanda y de la distribución poblacional y la or-

¹⁷ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid 2011. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

¹⁸ Decreto 67/2015, de 13 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Sanidad (BOPA 14/08/2015), modificado por el Decreto 8/2016, de 24 de febrero (BOPA /03/2016).

denación de los dispositivos, centros, unidades y servicios de cada territorio, para garantizar la prestación de orientación familiar y prescripción anticonceptiva adecuada, así como los procedimientos previstos en la Ley 2/2010 de 3 de marzo.

En cada Área Sanitaria la asignación de profesionales a la atención contraceptiva deberá contemplar la selección y asignación de personal especializado adecuado, y la formación del mismo, para ofertar una atención de calidad y reducir la variabilidad.

A. Atención Primaria

A.1. Consulta de medicina

En la consulta de medicina de atención primaria se realizará la captación, el asesoramiento y la prescripción del método anticonceptivo indicado en mujeres de bajo riesgo o la remisión a la consulta de segundo nivel en mujeres de alto riesgo. (Anexo 2. Criterios de derivación a USSR y consultas de Ginecología). Son, por tanto, contenidos de la consulta de medicina los siguientes:

- Captación activa en consulta de las mujeres con riesgo potencial de embarazos no deseados, particularmente jóvenes y mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Consejo reproductivo y, en su caso, anticonceptivo.
- Prescripción y seguimiento de anticoncepción hormonal. (Anexo 8. Guías rápidas de prescripción de anticoncepción hormonal para atención primaria).
- Derivación a la unidad de salud sexual y reproductiva (USSR) o a la consulta de ginecología para prescripción de método anticonceptivo en mujeres de alto riesgo o realización de técnicas de anticoncepción específicas (Anexo 2).
- Anticoncepción de larga duración: inserción y retirada de implantes y retirada de DIU, según prescripción facultativa, y previa la formación adecuada.
- Información y asesoramiento sobre la anticoncepción de urgencia, a demanda.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Información sobre la interrupción voluntaria del embarazo en los términos previstos en la Ley 2/2010.
- Registro de la actividad sanitaria sobre anticoncepción.

A.2. Consulta de enfermería

Son contenidos de la consulta de enfermería los siguientes:

- Evaluación y registro sistemático de métodos anticonceptivos utilizados.
- Captación activa de las mujeres con riesgo potencial de embarazos no deseados, particularmente jóvenes y mujeres en situación de vulnerabilidad.
- En el caso de la enfermería de Pediatría, es fundamental la valoración y el consejo sobre salud sexual responsable por parte de estas profesionales, de acuerdo con la tutoría legal.
- Educación sanitaria en materia sexual y reproductiva. Incluirá la atención comunitaria a colectivos, programas escolares, personas vulnerables que se definan.
- Información sobre métodos anticonceptivos. Resolución de dudas más frecuentes en el uso de métodos anticonceptivos, previa a su instauración, y en su control (Anexo 6. Guía de métodos anticonceptivos. Manual para Atención Primaria).
- Información y asesoramiento sobre la anticoncepción de urgencia a demanda.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual.

Información sobre la interrupción voluntaria del embarazo en los términos previstos en la Ley 2/2010.

- Derivación a consulta de medicina, unidad de apoyo técnico de la matrona o a la USSR/Ginecología siguiendo circuitos de derivación establecidos y de acuerdo a los contenidos de las consultas definidos en los correspondientes apartados.
- Anticoncepción de larga duración: inserción y retirada de implantes y retirada de DIU, según prescripción facultativa, y previa la formación adecuada.
- Registro de la actividad sanitaria sobre anticoncepción.

A.3. Consulta de matrona

Las matronas realizarán la información, el asesoramiento y la atención sobre los métodos anticonceptivos a las mujeres embarazadas o en el puerperio que precisen consejo sobre anticoncepción, o bien en el transcurso de cualquier otra demanda derivada, tal como prevé el proceso asistencial diseñado por el SESPAs para Unidades de Apoyo de Atención Primaria.

Si fuera preciso, se remitirá para su posterior valoración a la consulta de medicina de atención primaria ó, en su caso, a la USSR correspondiente o consulta de ginecología. Para ello se seguirán los circuitos de derivación descritos en el (Anexo 1. Circuito Atención Primaria y Anexo 2. Criterios de derivación a USSR y consultas de Ginecología).

Son, por tanto, contenidos de la consulta de las matronas los siguientes:

- Captación activa en consulta de las mujeres, particularmente embarazadas y en el post parto, con riesgo potencial de embarazos no deseados, sobre todo en las jóvenes y aquellas en situación de precariedad social.
- Educación sanitaria en consulta en materia sexual y reproductiva.
- Participará además en la educación y promoción de la salud sexual y reproductiva en el ámbito comunitario y en la formación continuada del personal de atención primaria.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Información y consejo anticonceptivo (Anexo 6. Guía de métodos anticonceptivos. Manual para Atención Primaria).
- Resolución de dudas más frecuentes en el uso de métodos anticonceptivos previa a su instauración y en su control.
- Anamnesis dirigida y exploración. (Anexo 5. Historia clínica básica en anticoncepción).
- Derivación a consulta de medicina de atención primaria para prescripción de método anticonceptivo en mujeres de bajo riesgo.
- Derivación a la USSR o a la consulta de Ginecología para prescripción del método anticonceptivo en mujeres de alto riesgo o realización de técnicas de anticoncepción específicas. (Anexo 2. Criterios de derivación a USSR y consultas de Ginecología).
- Anticoncepción de larga duración, según prescripción médica: inserción y retirada de implantes y retirada de DIU.
- Seguimiento de las mujeres a las que se ha instaurado anticonceptivos orales, implantes y DIU.
- Atención y consejo anticonceptivo posterior a la interrupción legal de embarazo.

- Información sobre la interrupción voluntaria del embarazo en los términos previstos en la Ley 2/2010.
- Registro de la actividad sanitaria sobre anticoncepción.

A.4 Atención en consulta de Trabajo Social.

El objetivo principal de las Unidades de Trabajo Social en el ámbito sanitario es prevenir, detectar y tratar los problemas sociosanitarios que puedan presentarse asociados a las variables sociofamiliares de las mujeres en edad fértil, incluidos los vinculados al acceso a la prevención de embarazos no deseados, al embarazo, parto, puerperio y/o a la interrupción legal del embarazo, en mujeres especialmente vulnerables.

Son contenidos de la consulta de Trabajo Social los siguientes:

- Identificar y captar precozmente a mujeres en edad fértil en situación de vulnerabilidad social.
- Captación a nivel comunitario: Servicios Sociales Municipales, Servicios Sociales Especializados, Centros Educativos, Asociaciones de Mujeres, ONG.
- Información y, en su caso, derivación para asistencia a la interrupción legal del embarazo conforme a la normativa vigente en dicha materia.
- Evaluación social de la mujer y valoración sociofamiliar y de su entorno próximo.
- Ofrecer apoyo psicosocial y acompañamiento.
- Facilitar el acceso a los recursos sociales y sanitarios, así como a las redes de apoyo social y comunitario.
- Participar activamente en las actividades de educación para la salud sexual y reproductiva conjuntamente con el personal sanitario.
- Facilitar información, orientación y derivación hacia los recursos existentes según la problemática detectada.
- Coordinación con Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, Matrona y USSR y derivación según corresponda.

Atención directa a las mujeres derivadas desde Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, Matrona.

- Coordinación con las Unidades de Trabajo Social Hospitalario y

con Unidades de Trabajo Social de otros Centros de Salud, cuando sea necesario.

- Coordinación con las Unidades de Trabajo Social de Salud Mental, cuando sea necesario.
- Registro de la valoración social, diagnóstico social sanitario y plan personal de intervención en la Historia Social Sanitaria.

B. Atención Especializada USSR/ Consulta de Ginecología

En la consulta del USSR/ Ginecología se realizará el asesoramiento y la prescripción del método anticonceptivo indicado, especialmente en mujeres de alto riesgo y colectivos vulnerables, la resolución de las posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, así como la inserción de DIU, realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica (Anexo 3. Consulta de anticoncepción USSR/ Ginecología y Anexo 4. Directorio de centros y unidades de salud sexual y reproductiva (USSR)).

Son, por tanto, contenidos de las USSR / Consulta de ginecología los siguientes:

- Información sobre los métodos anticonceptivos existentes.
- Consejo anticonceptivo, particularmente en jóvenes o mujeres derivadas de Atención Primaria, cuando se demande.
- Prescripción y manejo de todos los métodos anticonceptivos disponibles. (Anexo 7. Criterios de elegibilidad de la OMS).
- Información y, en su caso, derivación para asistencia a la interrupción legal del embarazo en los términos previstos en la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Atención a las usuarias de alto riesgo y colectivos vulnerables (Anexo 2).
- Atención de los efectos secundarios / complicaciones que surjan con el uso de cualquier método anticonceptivo o de interrupción del embarazo y que no puedan resolverse desde Atención Primaria.
- Atención a la interrupción legal de embarazo y consejo anticonceptivo posterior.
- Anticoncepción de larga duración, inserción y retirada de DIU e implante.

- Realización de ligadura/oclusión tubárica (derivación al Hospital).
- Registro de la actividad sanitaria sobre anticoncepción.

Al finalizar la consulta en el USSR/Ginecología se entregará a la paciente/usuario un informe para posterior control por Atención Primaria y sus unidades de apoyo. El funcionamiento de estas consultas entra en el concepto de “Alta resolución”, siendo la mayoría de las mujeres dadas de alta en el momento de establecer su método anticonceptivo.

El personal de enfermería de los USSR participará además en la educación y promoción de la salud sexual y reproductiva en el ámbito comunitario y en la formación continuada del personal de atención primaria.

3.3. El sistema de información sobre anticoncepción

La información sanitaria sobre la asistencia anticonceptiva y de planificación familiar es demandada con regularidad por representantes de las instituciones asociaciones ciudadanas, los propios profesionales, proveedores externos, gestores que deben garantizar la prestación, investigadores y evaluadores de los servicios, epidemiólogos y medios de comunicación social, además de la propia Administración Sanitaria responsable.

En consecuencia, deben revisarse las aplicaciones informáticas y los formularios y registros de recogida de la actividad sanitaria sobre anticoncepción. También los mecanismos de integración de la información sanitaria de la actividad de los servicios de atención primaria, matronas, centros de orientación familiar, así como de las consultas especializadas en materia de asistencia anticonceptiva, prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.

El Servicio de Salud abordará las modificaciones necesarias en OMI-AP, SELENE y MILLENIUM para facilitar la existencia de un programa de recogida de la información asistencial, multinivel, único e integrado, capaz de aportar la información clínica y de gestión de estas prestaciones.

La prescripción de anticoncepción después de una interrupción voluntaria de embarazo, se realizará de acuerdo a las normas de confidencialidad previstas en la Ley 2/2010.

4. Medidas en el ámbito educativo.

Ya se ha resaltado en apartados anteriores la incidencia de interrupciones voluntarias de embarazo y el uso de anticoncepción de urgencia en la población por debajo de 25 años.

Son conocidas también las dificultades para la captación de la población joven por parte del Sistema Sanitario, a efecto de la prevención de embarazos no deseados. Estas dificultades, en gran parte vienen derivadas del carácter de población sana que constituye estas franjas de edad y de la inexistencia de procedimientos de captación activa en los servicios sanitarios en los límites de la edad pediátrica, al pasar de la infancia a la adolescencia.

En encuestas repetidas de hábitos de uso de contraceptivos se constata que las fuentes de información de la población joven son generalmente el medio en que se desempeñan sus actividades de ocio, los amigos etc. además de las redes sociales. En consecuencia el medio escolar y educativo en general son ámbitos clave para la difusión, entre otros, de hábitos saludables en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

Además, el marco legal establecido a nivel del estado (Ley 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo) y del propio del Principado de Asturias (Ley 11/1984 de Salud Escolar) debe incorporarse al Sistema Educativo, teniendo en cuenta de forma especial la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables y el de las personas con discapacidad.

Por ello, la Educación para la Salud, y muy especialmente la educación sexual, debe incluirse de forma clara en el currículo educativo, en asignaturas que garanticen el acceso universal a estos contenidos y con la formación del profesorado, que asegure la calidad de la información impartida. Estas acciones permitirán, tal y como recoge la literatura científica, aumentar conocimientos y conductas saludables, con una mejor prevención de embarazos no deseados en el marco de una sexualidad responsable y placentera.

Por parte del sistema sanitario se establecerán los mecanismos de coordinación y cooperación en la formación del personal docente,

así como en las actividades en que se considere necesaria la presencia y el apoyo técnico del personal sanitario, en sus programas de salud comunitaria.

La educación sexual no sólo incluye la educación para la salud en los centros educativos. A nivel de las consultas de los centros de salud, de Medicina y Pediatría, como de las USSR y consultas especializadas de matronas o de Ginecología, los profesionales sanitarios deben cultivar un correcto asesoramiento e información a las usuarias. Los programas de educación afectivo-sexual y de prevención de ITS para adolescentes, a nivel comunitario y en consulta, también son recursos para la que mejora de la información, confianza y vivencia de una sexualidad responsable y saludable y el uso de métodos anticonceptivos acordes a ella.

5. Programa de formación.

Según establece la Ley 2/2010, debería garantizarse por las autoridades académicas la incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias tiene la competencia para proporcionar la formación adecuada a los profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo; así como para desarrollar los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional. En consecuencia, el desarrollo operativo de nuevas acciones formativas debe ser avalado por el SESPA, responsable de la organización de la asistencia sanitaria.

En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, tanto como el de las personas con discapacidad.

Por ello, la reorganización de los circuitos asistenciales para la prestación asistencial en materia anticonceptiva hace necesario el diseño de un programa de formación dirigido a adquirir conocimientos y habilidades que permitan al personal de atención primaria realizar un consejo anticonceptivo adecuado, así como el manejo de los anticonceptivos hormonales en la población femenina de bajo riesgo.

Son objetivos específicos de este Programa:

- Adquirir los conocimientos para realizar un correcto consejo anticonceptivo.
- Conocer los contenidos de la historia clínica básica en primera consulta de anticoncepción.
- Conocer los criterios de indicación, prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos.
- Manejar la anticoncepción hormonal combinada y de solo gestágenos en mujeres sin factores de riesgo asociado.

- Conocer los mecanismos de actualización en cuanto a la epidemiología y prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Conocer y manejar la información documental aprobada por la autoridad sanitaria sobre interrupción legal del embarazo en la Comunidad Autónoma.
- Conocer los criterios de derivación al USSR/consulta de Ginecología.
- Implantar el procedimiento adecuado para preparar el consejo en derechos sexuales y anticoncepción en la toma a cargo de las y los adolescentes.
- Adiestrar en la colocación y retirada de implantes anticonceptivos.

Este Programa formativo se desplegará en dos fases:

- Curso sobre orientación familiar, anticoncepción y prevención de embarazos no deseados en Atención Primaria, dirigido a medicina, pediatría, enfermería y matronas.
- Sesiones clínicas impartidas en cada centro de salud sobre orientación familiar, anticoncepción y prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

6. Evaluación.

Para la monitorización del grado de implantación de la Guía se proponen los siguientes indicadores de evaluación por edad:

- Número de usuarias atendidas en consulta de anticoncepción en Atención Primaria por el médico/a, enfermera/o, matrona.
- Consejo anticonceptivo
- Prescripción anticonceptiva:
 - Píldora anticonceptiva
 - Píldora de urgencia
 - Implante subdérmico
 - Revisión de DIU
 - Otros
- Número de usuarias derivadas desde consulta de anticoncepción en atención primaria a consulta de Ginecología/USSR.
- Tiempo medio de demora en consulta de anticoncepción en la consulta de Ginecología/USSR.
- Número de implantes retirados antes del 1º año tras su inserción si el motivo es patrón de sangrado irregular.
- Número de pacientes remitidas desde consulta de anticoncepción de ginecología a consulta de seguimiento de método anticonceptivo por atención primaria.
- Evolución del número de IVE de < 14 semanas de gestación en la comunidad.
- Evolución de los IVE de repetición en la Comunidad autónoma
- Evolución de ventas de anticonceptivos hormonales de “urgencia”.
- Número de usuarias que solicitan anticoncepción de urgencia en unidades USSR, Médico de Atención Primaria, Servicios de Urgencias.

Bibliografía

1. Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE» núm. 55, de 4 de marzo de 2010, páginas 21001 a 21014 (14 págs.). Referencia: BOE-A-2010-3514
2. Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. www.boe.es
3. Salud y derechos en materia de sexualidad y de reproducción Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI)). Diario Oficial de la Unión Europea. Miércoles 3 de Julio de 2002.
4. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Madrid 2011.
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Prevenir los embarazos tempranos y los malos resultados de salud reproductiva entre los adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?ua=1
6. Declaración de consenso global para ampliar la elección de anticonceptivos para los adolescentes y los jóvenes a fin de incluir los anticonceptivos reversibles de acción prolongada. http://www.familyplanning2020.org/files/Global_Consensus_Statement-Expanding_Contraceptive_Choice_for_Adolescents_and_Youth_to_include_LARCs_-_Spanish.pdf
7. OMS. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Organización Mundial de la Salud, 2014
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf
8. OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/en/
9. OMS. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.
11. OMS. Oficina Regional para Europa y BZgA. Estándares de educación sexual en Europa. Marco para las personas encargadas de formular políticas educativas, responsables y especialistas de salud. Centro Federal de Educación para la Salud, BZgA Colonia 2010. Traducción al español realizada por Madrid Salud. Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental. Alfonso Antona y M^a Dolores Hernández.
12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ganar salud con la juventud. 2002.
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/recomendacionesEspecificas.htm>

13. Federación de Planificación Familiar de España. Carta de derechos sexuales y reproductivos..
<http://www.fpfe.org/carta-de-los-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/>
14. Federación de Planificación Familiar Estatal. El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las Comunidades Autónomas. Madrid 2016.
15. Registro de Interrupciones Voluntarias del embarazo. Información Sanitaria (Infor-san). Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Oviedo. Consultado en 2016.
16. Encuesta de Salud para Asturias 2012 (ESAIII). www.astursalud.es Informes breves nº 12 y explotación de microdatos. Dirección General de Salud Pública. <https://goo.gl/ttdzYe>
17. La interrupción voluntaria del embarazo en el Principado de Asturias. Condiciones, métodos, centros y trámites. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Oviedo 2016.
18. SESPA. Dirección de Servicios Sanitarios. Gestión y Organización del Proceso Asistencial en Atención Primaria (Proyecto GOPA). En www.astursalud.es Inicio. Profesionales. Gestión clínica y Calidad. Gestión Clínica. Proyecto GOPA. Oviedo 2011.
19. Marta González Sánchez, M^º Rosario Hernández Alba. Los centros de orientación familiar (COF) en Asturias. Carmen Natal Ramos. Informe. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Documento interno. Oviedo. Mayo 2013.
20. James Trussell, PhD. Contraceptive failure in the United States. Office of Population Research, Princeton University, Princeton, NJ 08540, USA, The Hull York Medical School, University of Hull, Hull HU6 7RX, England. *Contraception*. 2011 May; 83(5): 397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021.
21. Cristina Morales Martínez, M. Luz Lamelas Suárez-Pola, Sonia Tejuca Somoano e Isabel Álvarez Miranda. Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54(1):16-20.
22. Cristina Morales Martínez, Sonia Tejuca Somoano y María Luz Lamelas Suárez-Pola. Anticoncepción posparto en grupos vulnerables. Cada mujer cuenta. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. *Prog Obstet Ginecol*. 2016;59(1):13-16.
23. Sandra Guerra, Flor Sánchez, Aida Encinas, Lorea Ugarte, Nagore Barbadillo e Inaki Lete. Costes de la anticoncepción hormonal combinada en España: hay algún método más coste-efectivo? *Prog Obstet Ginecol* 2015;58:221-6 - DOI: 10.1016/j.pog.2015.01.001.
24. Terrón Alvaro C., Puig Lecha A., Díaz Martín C., Almenar Agustí L., Nogueira García J., Moya Artuñedo. Características sociodemográficas y seguimiento de la interrupción voluntaria del embarazo desde Julio de 2010 hasta febrero de 2017. Hospital La Plana, Castellón (Villarreal), España. Comunicación oral elevada a ponencia presentada al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Oviedo 2017.

25. Diedrich JT, Zhao Q, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Three-year continuation of reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Nov; 213(5):662.e1-8.
26. Washington University School of Medicine in St. Louis. The Choice project. <http://www.choiceproject.wustl.edu/>
27. OPS/Univ. Buenos Aires. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes : una mirada integral / Hugo Antonio Arroyo [et.al.] ; compilado por Diana Pasqualini y Alfredo Llorens. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010. ISBN 978-950-710-123-6.
28. Agencia Española del Medicamento y los Productos Sanitarios (AEMPS). Informe sobre la actualización de la información de los anticonceptivos de emergencia que contienen Levonogestrel 1500 mcg. 20 de febrero de 2012.
29. Bergendal A, Odland V, Persson I, et al. Limited knowledge on progestogen-only contraception and risk of venous thromboembolism. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2009; 88: 261-6.
30. IPPF. European Network. Barometer of women's access to modern contraceptive. Choice in 16 EU countries. Extended. January 2015. http://www.fpf.org/wp-content/uploads/2015/09/Barometer_Web-version_20Jan2015.pdf . Págs. 56 y ss. Marzo 2018.
31. Heinemann LA, Dinger J, Assman A, Minh TD. Use of oral contraceptives containing gestodene and risk of venous thromboembolism: outlook 10 years after the third generation "pill scare". *Contraception* 2010. Doi: 10.1016/j.contraception.2009.12.014.017, Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339: b2890.
32. VanHylckamaVliegA, HelmerhorstFM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339: b2921.
33. WHO. Improving access to quality care in family planning-medical eligibility criteria of contraceptive use; 2009.
34. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Green-top guideline. No 40. July 2010. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception.
35. Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Tanis BC, Helmerhorst FM. Estrogens, progestogens and thrombosis. *J Thromb Haemost* 2003; 1: 1371-80.

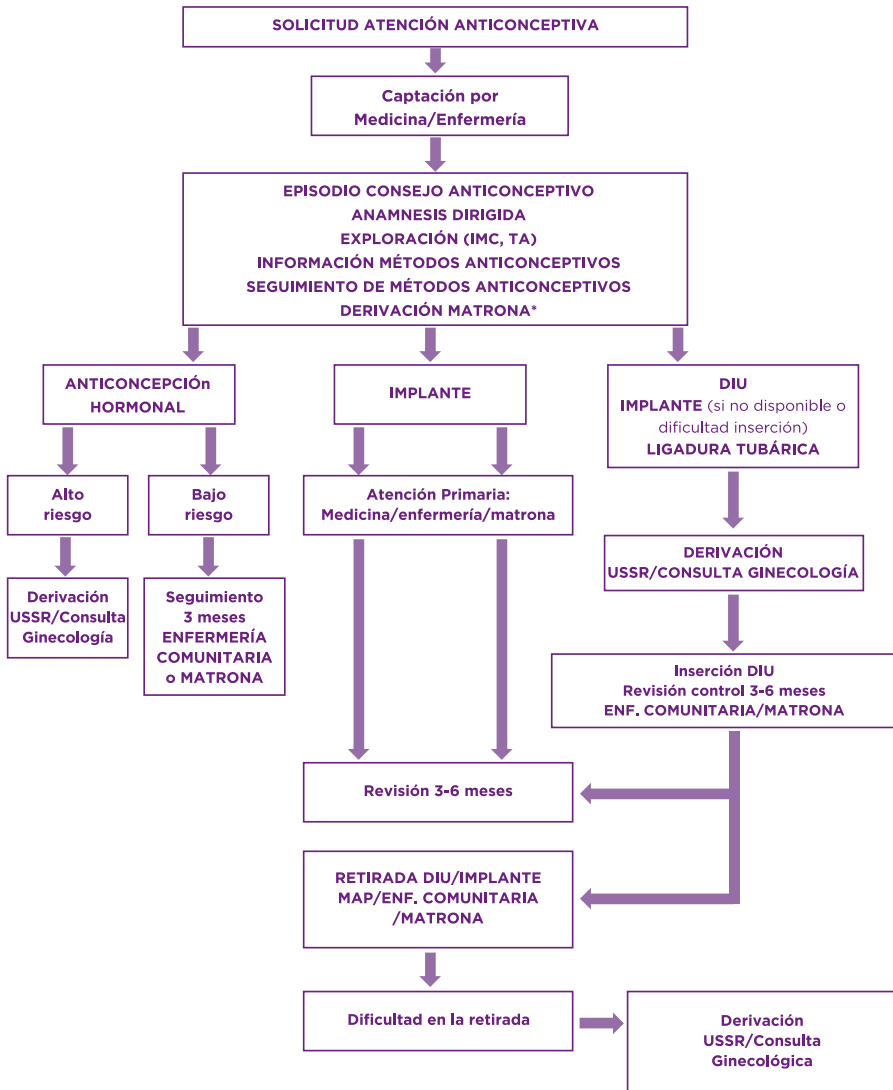


Anexos

ANEXOS

Anexo 1. Circuito de Atención Primaria	53
Anexo 2. Criterios de derivación a Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSR)/Consulta de Ginecología.....	54
Anexo 3. Consulta USSR/Ginecología.....	55
Anexo 4. Directorio de los Centros y Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSR) de Asturias	56
Anexo 5. Historia clínica básica en anticoncepción	57
Anexo 6. Guía de métodos anticonceptivos. Manual para Atención Primaria.....	58
Anexo 7. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS categoría 3 y 4	82
Anexo 8. Guías rápidas-resumen	86
Guía de prescripción anticonceptivos combinados	
Guía de manejo de los métodos de gestágeno solo	
Guía rápida de información sobre los DIU	
Guía resumen criterios de elegibilidad	
Anexo 9. Anticonceptivos comercializados	91
Tablas de anticonceptivos combinados orales.	
Anticonceptivos combinados por otras vías y métodos de gestágeno solo.	

ANEXO 1. Circuito de Atención Primaria



*Las matronas intervendrán en la atención anticonceptiva de su población demandante y en las técnicas que le soliciten por derivación desde el EAP. Proceso GOPA derivación

ANEXO 2. Criterios de Derivación a USSR/Consulta de Ginecología

1. Consejo Anticonceptivo:

Podría ser necesario contar con la valoración del nivel especializado USSR/Ginecología en algunas casos relacionados con:

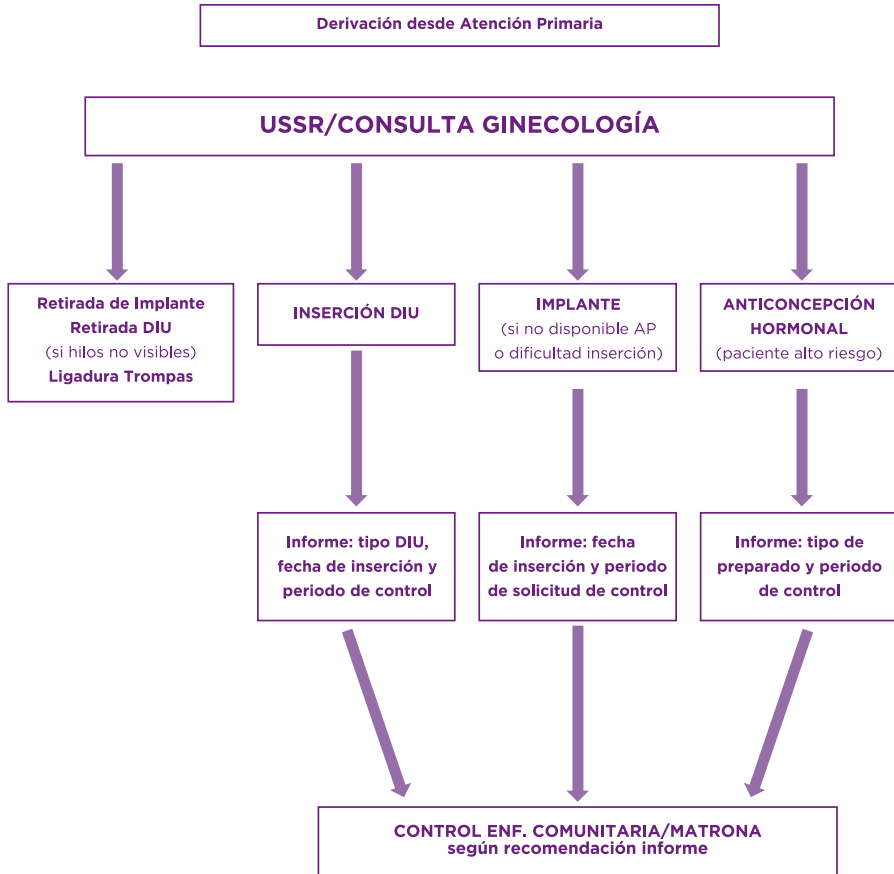
- Adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad
- Patología médica o psiquiátrica grave
- Situaciones especiales (deficiencias, discapacidades, tratamientos crónicos, pacientes oncológicas...)
- Otras situaciones de vulnerabilidad: riesgo elevado de infecciones de transmisión sexual, inmigración, colectivos en riesgo de exclusión social...

2. Inserción de métodos invasivos:

- DIU
- Implante si precisan
- Ligadura/oclusión de trompas

3. Problemas con el método anticonceptivo no resueltos en Atención Primaria

ANEXO 3. USSR/Consulta Ginecología



ANEXO 4. Directorio de los Centros y Unidades de Salud Sexual y Reproductiva de Asturias

AVILÉS:	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Área Sanitaria 3 Centro de salud del Quirinal. C/ Fuero, 18 Horario: 8,30 - 14,30 Tf. 985 128 508 Email para dudas: dudascof.aviles@sespa.es
OVIEDO:	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Área Sanitaria 4 Horario: 8,30 - 14,30 Tf. 985 966 541 Email para citas: citascof.oviedo@sespa.princast.es Email para dudas: dudascof.oviedo@sespa.es
GIJÓN:	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Área Sanitaria 5 C/ Trinidad nº6 1º Horario: 8,30 - 14,30 Tf. 985 175 045 Email para dudas: dudascof.gijon@sespa.es
	Consulta de Ginecología. Fundación Hospital de Jove Avda. Eduardo Castro nº161 Horario: 11-14:30 Tf. 985 301 144 (citaciones). Extensión directa: 84305 Atención para jóvenes sin cita: todos los miércoles de 13 a 14 horas. Email para dudas: planificacion@hospitaldejove.com
MIERES:	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Área Sanitaria VII Ambulatorio de Mieres Norte. C/ Pérez de Ayala 25 Horario: 8:30-14:30. Tf. 985 458 611 Email para dudas: dudascof.mieres@sespa.es
SAMA DE LANGREO:	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Área Sanitaria VIII Centro de Salud de Sama de Langreo. C/ Soto Torres 7 Horario: 8:30-14:30. Tf. 985 677 067

En las Áreas Sanitarias I, II y VI la asistencia anticonceptiva y de Planificación Familiar especializada se realiza en las consultas dependientes de los Servicios de Ginecología y Obstetricia correspondientes a sus hospitales de referencia.

• Área Sanitaria I: Hospital de Jarrio:	Servicio de atención al usuario: Teléfono 985639304 usuariosjarrio@sespa..es
• Área Sanitaria II: Hospital Carmen y Severo Ochoa (Cangas de Narcea)	Servicio de atención al usuario: Teléfono 985812112 atencionpaciente.gae2@sespa.es
• Área Sanitaria VI: Hospital del Oriente de Asturias	Servicio de atención al usuario. Teléfono 985843724 gerencia.gae6@sespa.princast.es

ANEXO 5. Historia Clínica Básica en Anticoncepción

Historia Clínica Básica en Anticoncepción	
Historia Personal	Historia Familiar
- Alergia a medicamentos y medicación habitual	- Descartar antecedentes familiares de trombosis venosa en menores de 50 años
- Tipo menstrual	
- Tabaquismo	
- Historia de Migrañas/Cefaleas	
- Enfermedades crónicas	
Descartar	
- Sangrados vaginales anormales	Historia obstétrica
- Antecedentes de ictericia	- Hipertensión
- Alteraciones hepáticas	- Diabetes Gestacional
- Infección HIV	- Ictericia/Prurito/Colestasis
Anamnesis detallada. Tomar Tensión Arterial	

Anamnesis dirigida
¿Es mayor de 35 años y fumadora de más de 15 cig/día?
¿Cree que puede estar embarazada?
¿Ha tenido un parto en los últimos 21 días?
¿Está amamantando?
¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?
¿Presenta sangrado vaginal inusual (en cantidad o en frecuencia)?
¿Es hipertensa?
¿Tiene o ha tenido problemas cardíacos o vasculares?
¿Cefalea o visión borrosa?
¿Toma anticonvulsivantes o rifampicina?
¿Tiene problemas hepáticos o de vesícula?
¿Ha tenido ictericia durante la toma de anticonceptivos hormonales o en embarazo?
¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica?
¿Tiene algún familiar de primer grado menor de 50 años que haya sufrido un episodio de tromboembolismo venoso?

- Si responde **NO A TODAS** las preguntas se pueden utilizar los anticonceptivos hormonales combinados (AHC).
- Si se responde **SI A ALGUNA**, valorar otras opciones.

ANEXO 6. Guía de métodos anticonceptivos. Manual para Atención Primaria

Índice

Introducción

1. Anticonceptivos de larga duración reversibles (LARC)

1.1 DIU

1.1.1. DIU de cobre

1.1.2. DIU hormonal

1.1.3. Información para usuarias y profesionales sobre los DIU

1.2 Implante subcutáneo

1.3 Colocación de LARC: como descartar posibilidad de embarazo

2. Otros métodos de uso frecuente

2.1 Preservativo

2.1.1 Doble método

2.2. Anticoncepción hormonal combinada

2.3 Anticoncepción hormonal de solo gestágeno

2.3.1 Minipíldora

2.3.2 Inyectable intramuscular

3. Anticoncepción de urgencia

3.1 Levonorgestrel

3.2 Ulipristal

3.3 DIU de cobre

Introducción

Esta revisión pretende proporcionar a los profesionales implicados en Planificación Familiar, la información necesaria para aconsejar, prescribir o manejar los métodos anticonceptivos más importantes.

Los cambios vividos en los últimos años en nuestra sociedad nos llevan a un escenario muy distinto del que predominaba en generaciones anteriores. Las mujeres cada vez tienen menos hijos y a una edad más avanzada o deciden no tenerlos. Comienzan más jóvenes a tener relaciones sexuales, pero retrasan la maternidad hasta muchos años después. Nunca hasta ahora se necesitó anticoncepción eficaz reversible durante tantos años.

En 2014 la tasa de interrupción de embarazo en Asturias fue de 12,7 (por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años), la más alta de España. Conseguir accesibilidad, equidad, y un mayor conocimiento y uso de la anticoncepción es un reto que implica a muchos profesionales y a la sociedad en general.

Disponemos de diferentes métodos anticonceptivos: de barrera, hormonales, métodos reversibles, de larga duración (DIU e implante) e irreversibles. En la elección de un método anticonceptivo, se tienen en cuenta muchos factores (preferencias, eficacia, coste...) además es imprescindible descartar que la mujer presente alguna contraindicación para el uso del método.

La eficacia es diferente entre unos métodos y otros y se detalla en la siguiente tabla:

Porcentaje de mujeres que experimentan un embarazo no deseado el 1º año de uso

Método	Uso perfecto	Uso habitual
Ningún método	85%	85%
Preservativo masculino	2%	15%
Píldora combinada, parche, anillo	0.3%	8%
Píldora sólo gestágenos	0.3%	8%
Inyectable trimestral	0.3%	3%
DIU cobre	0.6%	0.8%
DIU-LNG	0.1%	0.1%
Implantes LNG	0.05%	0.05%
Ligadura tubárica	0.5%	0.5%
Vasectomía	0.10%	0.15%

La OMS clasifica el riesgo asociado al uso de anticonceptivos en cuatro categorías que son referencia para esta guía:

Categoría 1:	Ninguna restricción para el uso.
Categoría 2:	Las ventajas son mayores que los posibles riesgos.
Categoría 3:	Los posibles riesgos son mayores que las ventajas. Contraindicación relativa.
Categoría 4:	Contraindicación absoluta del método.

En esta guía se proporciona la información básica sobre los principales métodos anticonceptivos y se divide en tres partes. La primera para los métodos de larga duración, reversibles e independientes de la usuaria, conocidos como LARC (long-acting reversible contraception). La segunda para los otros métodos de uso más frecuente.

Y por último una breve reseña sobre la anticoncepción de urgencia.

1. ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACIÓN REVERSIBLES (LARC)

Los métodos LARC deben cumplir los siguientes requisitos: facilitar anticoncepción al menos durante 2 meses y rápido retorno a la fertilidad tras su retirada.

En un principio se incluyeron los DIU, Implantes de gestágeno e inyectable trimestral de gestágeno. Con los inyectables es frecuente que se tarde algo en recuperar la fertilidad, por lo que han sido excluidos del grupo. En la actualidad se incluyen sólo los DIU y los implantes.

Son métodos muy útiles para las mujeres que se plantean anticoncepción a largo plazo. Muy eficaces, con pocas contraindicaciones. Una buena información a las mujeres, realista y práctica, hace que muchas se inclinen por estos métodos al valorar sus ventajas, aunque no hubiera sido esa su primera preferencia antes de acudir a un profesional.

1.1. DIU

Son dispositivos que se colocan en el interior del útero. Hay comercializados 2 tipos, los de cobre y los hormonales.

DIU de cobre

Funcionan por el cobre que llevan en su estructura. Hay muchos modelos comercializados, los más frecuentes tienen forma de T. La carga de cobre habitualmente es 375-380 mm².

Es un método anticonceptivo muy eficaz, el mecanismo fundamental de actuación se debe al cobre que lleva en su estructura, que es espermicida.

Se coloca en los 12 primeros días tras el inicio del sangrado menstrual, no solo durante la menstruación. También se puede colocar el cualquier otro momento si se descarta embarazo. Es eficaz desde el primer día. No interfiere en el patrón menstrual aunque puede aumentar un poco el sangrado.

Duran al menos 5 años, pero hay algunos que están preparados para servir hasta 10 años.

Para cambiar un DIU por otro se puede hacer en cualquier momento.

Si se colocan en torno a los 40 años no hace falta cambiarlos. Se suelen retirar un año después de la menopausia.

DIU hormonal

Son dispositivos que contienen un vástago que libera levonorgestrel. El mecanismo de acción es fundamentalmente local, produciendo espesamiento del moco cervical y atrofia endometrial. Apenas tienen efectos sistémicos.

Se colocan los 7 primeros días tras el inicio de la regla. Se pueden colocar en otro momento si se descarta embarazo, necesitan entonces protección anticonceptiva durante 7 días.

Tras la retirada el retorno a la fertilidad es inmediato.

Si se colocan alrededor de los 40 años no necesitan recambio.

Los efectos secundarios hormonales (acné, cefalea, ganancia de peso...) son escasos, dado que los niveles de levonorgestrel que se alcanzan suponen sólo un 15% de las cantidades que se detectarían en tratamientos por vía oral.

Hay comercializados tres tipos: Mirena®, Jaydess® y Kyleena®.

El DIU liberador de 52 mg de levonorgestrel (Mirena®) contiene un vástago que libera el equivalente a 20ug de levonorgestrel diariamente. Reduce progresivamente el sangrado menstrual que puede ser irregular al inicio. A los 2 años de uso presentan amenorrea casi el 50% de las usuarias; por este motivo también se utiliza como tratamiento de la hipermenorrea y la endometriosis. Es altamente efectivo y dura 5 años.

El DIU liberador de 19,5 mg de levonorgestrel (Kyleena®). Es de menor tamaño. Dura 5 años y reduce el sangrado menstrual.

El DIU liberador de 13,5 mg de levonorgestrel (Jaydess®). También de menor tamaño. Dura 3 años y reduce el sangrado menstrual pero no lo suprime del todo.

Controles de las mujeres con DIU

Se suele realizar una ecografía al mes y medio de la inserción para comprobar que el DIU está bien colocado.

El riesgo de expulsión es de un 5%, por eso es importante realizar esa primera ecografía. Se debe aconsejar a la mujer que consulte si nota sangrado abundante o dolor abdominal.

Contraindicaciones de los DIU

La mayoría son comunes a ambos tipos de DIU. La más importante es no usar:

- Sepsis puerperal y tras el aborto séptico.
- Entre 48 horas y menos de 4 semanas post-parto
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual
- Infección por gonococo o clamidia
- HIV estadios 3 o 4 de la OMS
- Cáncer de cérvix antes del tratamiento
- Distorsión de la cavidad uterina que no permita la inserción

El DIU hormonal además está contraindicado en:

- Cáncer de mama
- Cáncer hepático
- Tromboembolismo agudo

Información sobre aspectos generales de los DIU

La inserción de un DIU es una técnica que requiere el consentimiento informado de la mujer. En la inserción y uso tener en cuenta:

La colocación puede producir una pequeña molestia tipo regla, algo más en las nulíparas.

Tras la colocación no se nota que se lleva puesto, tampoco interfiere en la relación sexual.

Se pueden utilizar tampones vaginales con normalidad.

Cuando se desee recuperar la fertilidad solo hay que retirarlo.

Los DIU previenen la fertilización.

El DIU de cobre ha mostrado ser tóxico para los espermatozoides y óvulos. Los DIU hormonales espesan el moco cervical impidiendo el paso de espermatozoides y suprimen la proliferación endometrial.

Los DIUS no aumentan la tasa de enfermedad inflamatoria pélvica

La tasa de enfermedad inflamatoria pélvica es similar en las portadoras de DIU que en las no portadoras (1,4 casos por 1.000 mujeres y año de uso).

El uso de DIU no se asocia a infertilidad posterior

Las tasas de embarazo después de la retirada del DIU son elevadas, comparables a las de la población general.

Los DIUS no aumentan los embarazos ectópicos

Tanto el DIU de cobre como los DIU hormonales reducen el riesgo de embarazo ectópico, de la misma forma que reducen el riesgo de embarazo.

Las usuarias de DIU tienen un riesgo 10 veces menor de embarazo ectópico que las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Los DIU no están contraindicados en adolescentes

Las adolescentes han sido excluidas de la posibilidad de utilizar DIU, probablemente debido a la creencia de posibles infecciones o infertilidad posterior. Sin embargo, no existe contraindicación para su uso por la edad.

1.2. IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBCUTÁNEO

El implante anticonceptivo de gestágeno es un dispositivo que se coloca subcutáneamente. Es el método con mayor eficacia anticonceptiva, mayor incluso que la ligadura de trompas y la vasectomía. Además es un método muy seguro, porque no contiene estrógenos y de larga duración.

Es otra opción para las mujeres que precisen anticoncepción eficaz prolongada. Constituye una buena alternativa en mujeres que pueden presentar un difícil cumplimiento de otros métodos (fallos, olvidos...), en aquellas que se desaconseja el uso de estrógenos o en las que rechazan otros métodos seguros (DIU, anticonceptivos orales...).

Actualmente en España solo está comercializado un implante (**Implanon NXT®**).

Características del implante

Está formado por una sola varilla que contiene 68 mg de etonogestrel, con una liberación sostenida durante 3 años.

El mecanismo de acción se basa fundamentalmente en el espesamiento del moco cervical, aunque también puede inhibir la ovulación.

Colocación

Se coloca generalmente en el antebrazo no dominante según las instrucciones del prospecto que acompaña al dispositivo.

Si se coloca en los primeros 7 días del ciclo es eficaz desde el primer día. Si se coloca en otro momento (descartada la posibilidad de embarazo), se aconseja utilizar preservativo los 7 días siguientes. Mantiene eficacia anticonceptiva durante 3 años.

Efectos adversos

El más frecuente es la alteración del patrón de sangrado, es el motivo principal de retirada. En algunos casos puede haber cefaleas, tensión mamaria, ligera variación en el de peso, quistes ováricos funcionales... El acné puede mejorar o empeorar. Todos estos efectos no son motivo médico de retirada y suelen disminuir con el tiempo de uso.

Revisiones

A los 3 meses para resolver dudas. Se aconseja tomar la TA. Si no hay problemas no se precisan más controles hasta que corresponda recambio.

Retirada del implante

Se hace una pequeña incisión longitudinal de 0,5 cm, se busca el implante mediante palpación y se libera de las adherencias, aproximando el extremo distal. Para cerrar la incisión suele ser suficiente unos puntos de aproximación (steri strip). Si se va a colocar otro, se usa la misma incisión.

Tras su retirada se produce un retorno rápido de la fertilidad, los valores plasmáticos hormonales son indetectables al cabo de una semana.

Eliminación de residuos: Los materiales de desecho (aplicador) se deberán desechar en el contenedor de residuos amarillo.

Prescripción y colocación de implantes

Los implantes anticonceptivos son medicamentos sujetos a indicación médica.

El implante es un método de sencilla colocación que se puede realizar tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria. Sólo requiere:

- a) Conocimiento teórico del mecanismo de acción de los métodos con solo gestágenos así como las indicaciones y contraindicaciones del producto.
- b) Haberse entrenado en la técnica de inserción

Financiación de los implantes

La financiación por el Sistema Nacional de Salud está sujeta a prescripción en receta oficial por un médico especialista en Ginecología y, hasta la fecha, requiere informe médico y visado de Inspección Médica. En el ámbito del Servicio de Salud (SESPA) el Servicio de Farmacia establecerá el procedimiento para su suministro a los centros sanitarios.

Valoración y requisitos para la indicación de un implante anticonceptivo

Lo primero descartar contraindicaciones del método y valorar la conveniencia de anticoncepción a largo plazo.

No hace falta realizar ningún tipo de analítica ni citología para colocar un implante. Se aconseja tomar la tensión arterial.

Contraindicaciones que se deben descartar para el uso de implante anticonceptivo

Contraindicaciones absolutas: (categoría 4) Cáncer de mama hasta 5 años tras el diagnóstico.

Contraindicaciones relativas: (categoría 3), en las que en general no se recomienda el uso salvo que no haya otros métodos disponibles o no se acepten:

- Hemorragia genital no estudiada
- Trombosis venosa aguda
- Tumor hepático

Información inicial para la usuaria previa a la colocación de un implante

1. Explicar siempre los cambios en el patrón de sangrado, ya que son inherentes al método y motivo frecuente de retirada. Las reglas casi seguro, van a ser distintas.

Puede haber amenorrea, manchados frecuentes o reglas más largas, pero no sangrados abundantes o dolorosos. Estos sangrados no interfieren con la eficacia anticonceptiva. Suele mejorar después de los primeros meses.

2. Informar sobre otros efectos secundarios.

3. Explicar la técnica de colocación y de retirada con anestesia local.

4. Entregar y firmar consentimiento informado

1.3. COLOCACIÓN DE LARC. CÓMO DESCARTAR POSIBILIDAD DE EMBARAZO

Cuando trabajamos en Planificación Familiar, sabemos lo importante que es la agilidad a la hora de aplicar un método anticonceptivo. Tradicionalmente estos métodos se colocaban los días de la menstruación.

Los métodos LARC se pueden colocaren cualquier momento, no sólo durante la regla, descartando la posibilidad de embarazo.

Para saber si una mujer puede estar o no embarazada la OMS hace unas recomendaciones, muy útiles en el día a día.

Es improbable que una mujer esté embarazada si:

- No ha tenido relaciones sexuales desde la última regla.
- Ha estado usando de forma correcta y seguida un método fiable.

- Está en los 7 primeros días del inicio del sangrado menstrual.
- Está en los 7 primeros días tras un aborto.
- No han pasado más de 4 semanas del parto (en caso de no lactancia).
- Hay lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, está amenorreica y no han pasado más de 6 meses del posparto.

2. OTROS MÉTODOS DE USO FRECUENTE

Esta parte se dedica a los métodos hormonales combinados, la píldora de solo gestágeno, y a los preservativos. Métodos muy conocidos y utilizados. Son métodos muy eficaces cuando se usan de una manera adecuada.

También se hará una reseña sobre el inyectable de gestágeno, no muy utilizado, pero a veces muy útil.

2.1. PRESERVATIVOS

Preservativos masculinos

Son, junto con los femeninos, los únicos métodos que reducen la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y que puede prevenir los embarazos no deseados.

Su uso disminuye entre un 80-90% el riesgo de infección por gonorrea, clamidia, tricomonas, hepatitis B y VIH. También disminuye, aunque en menor medida, el riesgo de infección por herpes genital, el virus del papiloma humano y la sífilis.

Es el método anticonceptivo más utilizado en España, hasta un 28,4% de las ocasiones.

No tiene contraindicaciones.

Es una funda de látex o de poliuretano que se coloca sobre el pene erecto.

Es un método eficaz; solo tiene un 2% de fallos cuando se utiliza de modo correcto. Se debe utilizar en todas las relaciones sexuales y se debe colocar previamente.

Sin embargo en el uso habitual los fallos son del 15%, el principal motivo es porque casi el 50% de los usuarios no lo utilizan siempre

o no lo colocan antes de iniciar la relación sexual. En la adolescencia los fallos pueden ser de hasta de un 30% ya que la experiencia en el uso es determinante en su eficacia.

Consejos para el uso correcto

Usar el preservativo siempre que se tengan relaciones sexuales.

Colocarlo antes de tener relaciones sexuales.

Asegurarse de que no tenga defectos o roturas.

Utilizar lubricantes solo a base de agua o silicona; evita que se rompa.

Guardar en un lugar fresco y seco. Comprobar caducidad.

No se deben guardar en la cartera; el calor la fricción los puede dañar.

No utilizar productos a base de aceites, ya que pueden romperlo.

No usar más de un preservativo a la vez.

No reutilizar.

Sin el uso correcto, su eficacia anticonceptiva es moderada.

Preservativos femeninos

Aunque es poco utilizado, al igual que el preservativo masculino ofrece protección frente a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. En un uso adecuado su eficacia anticonceptiva es de un 90%, en el uso habitual su eficacia disminuye a un 79%. No tiene contraindicaciones.

Es una funda de poliuretano o nitrilo con dos anillos, uno interior y cerrado, que permite la colocación dentro de la vagina, y el otro con un diámetro más grande, abierto y más flexible, que facilita cubrir los genitales externos de la mujer.

La mujer lo puede colocar varias horas antes de mantener relaciones sexuales.

Se deben seguir los mismos consejos de uso que con el preservativo masculino. Su eficacia anticonceptiva es moderada.

2.2. DOBLE MÉTODO

En la adolescencia y en algunas otras ocasiones en que hay un alto riesgo de embarazo no deseado y también de adquirir infecciones de transmisión sexual se aconseja el uso simultáneo de dos métodos anticonceptivos:

Preservativo masculino o femenino siempre y añadir otro método anticonceptivo diferente: píldora, implante, DIU...

2.3. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Son métodos que combinan un estrógeno (generalmente etinil-estradiol) y un gestágeno. Se caracterizan por su alta eficacia y por el buen control del ciclo. Como contrapartida el uso de estrógenos está contraindicado en algunas mujeres.

Generalmente se utilizan en ciclos de 4 semanas; 3 semanas de tratamiento activo y una semana de descanso en la que se produce el sangrado menstrual.

Hay 3 formas diferentes de administración: píldora, parche y anillo anticonceptivo. Todos ellos contienen estrógenos y gestágenos por lo que tienen las mismas indicaciones y contraindicaciones.

La píldora

Disponemos de multitud de preparados. El estrógeno suele ser etinil-estradiol (EE), también hay algún preparado con estradiol. Las dosis varían de 15 a 35 mcg. Hay diferentes gestágenos que puede variar de un preparado a otro. En los gestágenos las dosis no pueden compararse al tratarse de compuestos diferentes.

Inicio: se suele empezar el tratamiento dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, así es efectiva desde la primera toma. También se puede iniciar cualquier día del ciclo y en este caso se necesitan 7 días de protección anticonceptiva adicional.

Olvidos

Una sola píldora: no disminuye la efectividad. Continuar tomándola.

Dos píldoras: Continuar tomándola y aconsejar protección adicional 7 días.

Tres píldoras o más: iniciar un nuevo envase y usar protección adicional 7 días.

En caso de vómitos o diarrea severa de 1, 2 ó 3 días, actuar como en olvidos de 1, 2 ó 3 días.

En anticoncepción siempre nos guiamos por la “regla del 7”, dado que 7 días continuados de tratamiento es lo que se necesita para inhibir la ovulación.

No se debe descansar más de 7 días (pero se puede descansar menos días, o no descansar). Si los olvidos son en la última semana no se debe descansar y se debe empezar un nuevo envase. Si al iniciar un ciclo se descansó más de 7 días, se precisa protección adicional los 7 días siguientes.

Parche anticonceptivo

El parche libera diariamente 20 mcg de etinil-estradiol y 150 mcg norelgestromina.

Se coloca sobre la piel sana y sin vello en cualquier localización excepto mamas. Si se inicia en los 5 primeros días de sangrado menstrual, es eficaz desde el primer día. Se puede iniciar en cualquier otro momento del ciclo y en ese caso se necesitan 7 días de protección anticonceptiva adicional.

Durante tres semanas el parche se cambia una vez a la semana y la cuarta semana se descansa.

Si hay olvidos en el recambio, sigue manteniendo el efecto anticonceptivo durante dos días más. Producen mayor tensión mamaria y puede haber irritación local en el lugar de aplicación del parche.

Si se despega se coloca un nuevo parche. Sólo si transcurrieron más de 24 horas sin parche se aconseja protección anticonceptiva adicional durante 7 días.

Entre sus ventajas están que simplifican el tratamiento y que con vómitos y diarrea siguen siendo eficaces.

Anillo anticonceptivo

Es un anillo flexible que se coloca en el interior de la vagina y libera diariamente 15 mcg de etinil-estradiol y 120 mcg de etonorgestrel.

Si se coloca en los 5 primeros días de sangrado menstrual, es eficaz desde el primer día. Se puede iniciar en cualquier otro mo-

mento del ciclo y en ese caso se necesitan 7 días de protección anticonceptiva adicional.

El anillo se mantiene durante 3 semanas y se retira dejando la cuarta semana de descanso. En el caso de olvidos su efecto anticonceptivo podría durar hasta 5 semanas. Si se retira durante menos de 3 horas no pierde efectividad.

Produce con más frecuencia aumento de flujo y vaginitis. Con vómitos y diarrea sigue siendo eficaz y simplifica aún más el tratamiento

Interacciones de los anticonceptivos hormonales

La mayoría de las medicaciones que se utilizan habitualmente, como antibióticos de amplio espectro, no producen interacciones relevantes con los anticonceptivos hormonales. Las interacciones relevantes en el efecto anticonceptivo se producen con algunos antiepilépticos, antirretrovirales, rifampicina y ribabutina. Los anticonceptivos pueden variar los niveles de estos fármacos por lo que en algunos casos es preciso reajustar la dosis.

Las interacciones son comunes a anticonceptivos combinados y métodos de solo gestágeno (oral e implante) y se producen por inducción hepática. En estos casos, la interferencia con el método anticonceptivo se prolonga hasta 28 días después de la supresión del medicamento.

Fármacos que disminuyen el efecto anticonceptivo por inducción enzimática

Antiepilépticos:

Carbamazepina, eslicarbazepina, fenobarbital, topiramato, fenitoína, primidona, rufinamida.

Antibióticos: Rifabutina, rifampicina.

Antirretrovirales:

Utilizar siempre el verificador de interacciones farmacológicas para HIV para identificar potenciales interacciones. (www.hiv-druginteractions.org). **Interfieren con efecto anticonceptivo:**

Amprenavir, atazanivir, nelfinavir, lopinavir, saquinavir, ritonavir e inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleótidos.

Antidepresivos: Hierba de San Juan

Otros: modafilino, bosentán, aprepitant.

Lamotrigina y Griseofulvina aunque no produzcan inducción enzimática también interaccionan con los anticonceptivos hormonales.

En los casos anteriores pueden utilizarse DIU hormonal, DIU de cobre e inyectable trimestral de gestágeno.

Riesgos de los anticonceptivos combinados

Los estrógenos son los responsables de la mayoría de las contraindicaciones de los anticonceptivos combinados porque tienen efectos a múltiples niveles. Los gestágenos sin embargo, apenas tienen efectos sistémicos.

• *Enfermedad tromboembólica venosa*

Engloba trombosis venosa profunda en miembros inferiores y tromboembolismo pulmonar.

Dentro de los efectos secundarios importantes asociados al uso de anticonceptivos, este es el más frecuente. Los anticonceptivos actuales aumentan este riesgo entre 3 y 5 veces. El riesgo está especialmente elevado en los 4 primeros meses de tratamiento y disminuye a partir del primer año. Tras la supresión, el riesgo retorna al nivel basal en 3 meses.

Dado que el embarazo aumenta mucho más el riesgo de trombosis que la toma de anticonceptivos, el balance riesgo/ beneficio de todos los anticonceptivos es siempre favorable.

Los factores de riesgo fundamentales son: trombofilias, inmovilización, obesidad, cirugía...

El riesgo aumenta proporcionalmente a la dosis de estrógeno que utilizemos y también depende del gestágeno. Los gestágenos que han demostrado hasta la fecha menor riesgo de trombosis venosa son: levonorgestrel, noretisterona y norgestimato.

• *Trombosis arterial*

Engloba infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. El riesgo de trombosis arterial asociado al uso de anticonceptivos no aumenta significativamente en aquellas mujeres que no presentan otros factores de riesgo cardiovascular.

Se relaciona directamente con la dosis de estrógeno: a más dosis, más riesgo. No hay diferencias significativas entre diferentes gestágenos. Los principales factores de riesgo son: edad, tabaquismo, hipertensión, dislipemias, diabetes y obesidad.

- **Infarto de miocardio**

El tabaquismo es su principal factor de riesgo. La incidencia de infartos en mujeres fumadoras mayores de 35 años que toman anticonceptivos es de 485 casos por 100000 mujeres (40 /100000 en usuarias mayores de 35 años que no fuman).

- **Accidente cerebrovascular**

La hipertensión es su principal factor de riesgo. La toma de anticonceptivos combinados aumenta al doble el riesgo; dado que la incidencia es extremadamente baja en estas edades, el riesgo absoluto es mínimo. En el caso de las mujeres que padecen migrañas con aura aumenta el riesgo unas 6 veces.

- **Elevación de la tensión**

Sólo afecta a un 5% de mujeres susceptibles.

- **Alteración del metabolismo hidrocarbonado**

Los anticonceptivos actuales producen mínimos cambios sin ningún tipo de relevancia clínica.

Beneficios de anticonceptivos combinados

Fundamentalmente su uso disminuye la incidencia de cáncer de ovario y endometrio en un 50% y se mantiene este beneficio más de 15 años tras su supresión. Además pueden mejorar la dismenorrea, disminuir el sangrado menstrual, regularizar los ciclos, mejorar el acné y las manifestaciones de hiperandrogenismo.

Contraindicaciones de los anticonceptivos combinados

Si la mujer escoge un método hormonal combinado sea píldora, parche o anillo vaginal, hay que descartar situaciones que contraindiquen el uso:

- Primero nos aseguramos de que no exista ninguna situación que sea contraindicación absoluta en las que el método no se debe usar
- Si no las hay, descartamos también situaciones de categoría 3 en las que no se recomienda el uso, salvo que no haya otros métodos disponibles o no se acepten.

Contraindicaciones absolutas (Categoría 4)

Mujeres de 35 años en adelante y fumadora de > 15 cigarrillos diarios
Hipertensión no controlada >160 y/o >100
Lactancia materna < 6 semanas post-parto
Menos de 21 días post-parto, sin lactancia, con factores de riesgo de tromboembolismo.
Migraña con aura
Múltiples factores de riesgo cardiovascular
Cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular (hemorrágico / isquémico)
Trombofilia conocida
Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar pasado o presente
Cirugía mayor con inmovilización prolongada
Cáncer de mama (hasta 5 años tras diagnóstico)
Tumor hepático, cirrosis descompensada
Diabetes de más de 20 años de evolución o con afectación microvascular.

Contraindicaciones relativas (Categoría 3)

Mujeres de > 35 años y fumadora < 15 cigarrillos diarios o que lleven sin fumar menos de 1 año.
Tensión 140-159 y /o 90-99 también hipertensión controlada
En lactancia materna desde las 6 primeras semanas post-parto hasta 6 meses
En postparto sin lactancia menos de 21 días (sin factores asociados de riesgo de tromboembolismo)
Migraña sin aura en mayores de 35 años
Inmovilidad no relacionada con la cirugía
Cáncer de mama previo (más de 5 años tras el diagnóstico)
Sospecha de trombofilia
Tratamiento con fármacos inductores enzimáticos...
*Para dudas consultar Criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos de la OMS. 2015)

Prescripción y manejo de los anticonceptivos hormonales combinados

Solo se necesita una historia clínica que excluya contraindicaciones y tomar la tensión arterial.

Escoger una píldora

Entre todos los preparados comercializados podríamos escoger cualquiera porque son todos muy eficaces como anticonceptivos; sin embargo, de manera general, se consideran de elección los preparados con levonorgestrel ya que hasta la fecha es el gestágeno que ha demostrado ser más seguro. Algunos gestágenos tienen propiedades diferenciales que podrían utilizarse para tratamiento de algunas patologías.

Acetato de ciproterona: potente efecto antiandrogénico, se limita el uso a estas circunstancias y por tiempo limitado, hasta la resolución del problema.

Drospirenona: (derivado de espironolactona) acción antimineralcorticoide.

Dienogest: efecto antiproliferativo endometrial. Indicado en endometriosis.

No es necesario realizar una analítica previa a la administración de anticonceptivos hormonales.

Tampoco es necesaria la realización de una citología. La primera citología no estaría indicada antes de los 25 años y su repetición dependería de las indicaciones del programa de cribado de cáncer de cérvix y no de la toma de anticonceptivos.

Se puede realizar una revisión a los 3-6 meses para comprobar cumplimentación, tomar la tensión arterial y valorar efectos secundarios. Cada 1-2 años se deberían reevaluar factores de riesgo y descartar que hubiese aparecido alguna contraindicación para el uso del método.

Información para la usuaria

Sangrado Irregular o “Spotting”: es habitual durante los tres primeros meses de uso. Los preparados con las dosis más bajas de etinil-estradiol (15-20 mcg) pueden controlar peor el ciclo. Si persiste y es muy frecuente o mal tolerado, se puede cambiar a preparados que contengan una dosis mayor (30-35 mcg).

Aumento de peso: No hay evidencias que el uso de anticonceptivos se asocie a aumento de peso.

Acné: Todos los anticonceptivos hormonales combinados pueden mejorarlo. Los que contienen acetato de clormadinona y ciproterona parecen ser superiores a los que contienen levonorgestrel.

2.4. ANTICONCEPTIVOS DE SOLO GESTÁGENO, MINIPÍLDORA E INYECTABLE

Son tan eficaces como los anticonceptivos combinados. Su ventaja fundamental es que al no contener estrógenos el riesgo asociado a su uso es menor; los podrían usar fumadoras, hipertensas y la mayoría de mujeres que tienen contraindicaciones para el uso de anticonceptivos combinados.

El principal inconveniente es que no controlan el ciclo; pueden producir amenorrea, reglas “diferentes” o sangrados prolongados. Si la mujer está bien informada se suelen tolerar bien.

2.4.1. MINIPÍLDORA

Hay solo un principio activo, 75 ug de desogestrel, con distintos nombres comerciales. El envase contiene 28 comprimidos y se toma de manera continua sin descansos. En solo dos días ya es eficaz como anticonceptivo.

Su mecanismo fundamental de acción es por espesamiento del moco cervical, también puede inhibir la ovulación.

Es importante no retrasarse en la toma más de 12 horas ya que podría perder eficacia.

Si el tratamiento se inicia en los primeros 5 días del ciclo es eficaz desde el primer día. Si se inicia la toma en cualquier otro momento del ciclo, se necesita protección anticonceptiva adicional sólo 2 días.

2.4.2. INYECTABLE INTRAMUSCULAR GESTÁGENO

Hay una sola presentación. Contiene 150mg de acetato de medroxiprogesterona para administrar intramuscularmente (Depo-progevera®). Es un método muy económico y está financiado. Además de ser más efectivo que la vía oral, el efecto anticonceptivo se mantiene al menos 3 meses y no tiene interacciones con fármacos.

Se administra inicialmente entre el 1º y 7º día de la menstruación y luego cada 12 semanas por vía intramuscular. Su efecto anticonceptivo

vo puede prolongarse hasta 4 semanas más, según la OMS. No obstante, si el intervalo transcurrido desde la inyección previa es superior a 89 días(12 semanas y 5 días) deberá descartarse un posible embarazo antes de la siguiente administración del medicamento, debiendo utilizarse medidas anticonceptivas adicionales durante 7 días.

Esta vía de administración se caracteriza porque las concentraciones séricas de gestágeno que se alcanzan son relativamente más altas que con otras vías de administración, por lo que tiene alguna contraindicación relativa más para su uso. También presentan amenorrea un mayor porcentaje de mujeres y se puede tardar en recuperar la fertilidad tras la supresión.

Contraindicaciones de los métodos de solo gestágeno

La única contraindicación absoluta de todos los métodos de gestágeno es el cáncer de mama hasta 5 años tras el diagnóstico. Debemos descartar situaciones de categoría 3 en las que no se recomienda el uso, salvo que no haya otros métodos disponibles o no se acepten.

Anticonceptivos orales de solo gestágeno “mini-píldora”

Contraindicación absoluta (Categoría 4): Cáncer de mama (hasta 5 años tras diagnóstico)

Contraindicación relativa (Categoría 3)

- Tromboembolismo venoso agudo
- Tratamiento con fármacos inductores enzimáticos
- Tumor hepático

Anticonceptivos inyectables de solo gestágeno

Contraindicación absoluta (Categoría 4): Cáncer de mama (hasta 5 años tras diagnóstico)

Contraindicación relativa (Categoría 3): Por la mayor dosis que se alcanza con este método, tiene restringido el uso en estas situaciones:

- Tromboembolismo venoso agudo
- Tratamiento con fármacos inductores enzimáticos...
- Tumor hepático
- Lactancia en las primeras 6 semanas post- parto
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular
- Antecedente de infarto o de ACV
- Tensión >160 y/o >100
- Sangrado vaginal sin explicación

Interacciones

Afectan al implante subcutáneo y a la vía oral. Son comunes a las de anticonceptivos combinados: antiepilépticos, antiretrovirales, rifampicina, rifabutina.

3. ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Es la utilización de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo.

En España están reconocidos para este uso el levonorgestrel, el acetato de ulipristal y el DIU de cobre. La opción más efectiva es el DIU de cobre con fallos de 0,04 a 0,19%, seguido del Ulipristal con tasa de fallos de 1,4%. El levonorgestrel falla en un 2-3%.

3. 1. Levonorgestrel en anticoncepción de urgencia

Consiste en administrar 1,5 mg de levonorgestrel en dosis única dentro de las 72 horas siguientes a un coito de riesgo. Hay diferentes preparados comercializados: Levonorgestrel EFG, Norlevo®, Postinor®, Navela®.

Mecanismo de acción: inhibe o retrasa la ovulación.

Se debería tomar en las primeras 12 horas tras un coito de riesgo (en las primeras 24 horas puede ser eficaz hasta en el 95 % de los casos). A las 48-72 horas la eficacia baja al 58%. Aunque no esté autorizado en la ficha técnica, la OMS confirma que puede usarse hasta 120 horas después (5 días) porque mantiene una cierta eficacia.

Efectos secundarios: son leves (nauseas, cefalea...).

Contraindicaciones: no tiene (salvo hipersensibilidad grave al preparado).

Uso repetido: si en un mismo ciclo se produce otra relación de riesgo, se puede volver a tomar.

En mujeres en tratamiento con inductores enzimáticos se produce interferencia con el levonorgestrel y se mantiene hasta 28 días tras el fin del tratamiento. Durante este tiempo se recomienda administrar como anticoncepción de urgencia doble dosis de levonorgestrel (3 gramos).

No interfiere en la lactancia (retrasar 8 horas la toma) ni con los anticonceptivos hormonales.

3. 2. Acetato de Ulipristal

Es un modulador de los receptores de la progesterona. Se comercializa en una presentación con 1 solo comprimido que contiene 30 mg de acetato de Ulipristal (Ellaone®). Se toma una única dosis lo antes posible y hasta 120 horas tras un coito de riesgo.

Mecanismo de acción: retrasa la ovulación hasta 5 días, incluso en la fase folicular avanzada, en la que levonorgestrel pierde eficacia. Es de elección entre las 72-120 horas tras coito de riesgo.

Efectos secundarios: similares al levonorgestrel. Puede retrasar la menstruación.

Contraindicaciones: no tiene (salvo hipersensibilidad grave al preparado).

Interacciones

Pierde eficacia en mujeres en tratamiento con inductores enzimáticos.

Los fármacos que disminuyen el pH gástrico (anti ácidos, inhibidores de la bomba de protones y anti H₂) también pueden disminuir su efecto.

Interfiere con anticonceptivos hormonales. Tras la toma de Ulipristal, hay que esperar para iniciar anticoncepción hormonal, y utilizar un método barrera hasta la siguiente regla.

Otras diferencias con levonorgestrel

En sobrepeso y obesidad la eficacia de la anticoncepción de urgencia es menor, especialmente con levonorgestrel. Se recomienda ulipristal.

Precaución en mujeres con asma grave sin controlar.
Uso repetido en el mismo ciclo, no se aconseja.

No se recomienda lactancia materna en la semana siguiente al uso de Ulipristal (la leche debe extraerse y desecharse).

DIU

Consiste en colocar un DIU de cobre hasta 5 días después del coito de riesgo.

Es el método de elección como anticonceptivo de urgencia en mujeres en tratamiento con inductores enzimáticos.

Es el más eficaz de todos los métodos, con una tasa de fallo de 0.09%. Tiene la ventaja añadida de que se puede mantener como método de alta eficacia a largo plazo.

Información sobre anticoncepción hormonal de urgencia para la usuaria y los profesionales

No es abortiva. Inhibe o retrasa la ovulación.

No tiene contraindicaciones, la puede tomar cualquier mujer.

No es teratógena, no interfiere en un embarazo que hubiera previamente.

No siempre funciona. Cuanto antes se tome es más eficaz.

Es un medicamento de libre dispensación, no precisa receta.

Solo sirve para una relación de riesgo.

Si la menstruación se retrasa una semana realizar test de embarazo.

Recomendaciones

Siempre que haya habido una relación sexual sin protección, recomendar anticoncepción de urgencia. No importa el día del ciclo ni lo próxima que esté la regla. El riesgo siempre está presente y es una segunda oportunidad para evitar un embarazo no deseado.

Administrar siempre lo antes posible y en cada relación de riesgo.

QUICK START

Se denomina quick start al inicio de un método anticonceptivo cuanto antes y sin tener que esperar a la menstruación.

La agilidad a la hora de iniciar un método anticonceptivo puede ser fundamental; esperar a la menstruación para hacerlo deja durante más tiempo expuesta a la mujer a un embarazo no deseado. Una buena práctica sería intentar encontrar un método eficaz que se ajuste a las preferencias y a las necesidades de las mujeres que demandan anticoncepción de urgencia y que puedan iniciar ya en ese momento o en los días siguientes.

Para las mujeres que recurrieron a la anticoncepción de urgencia se recomienda:

Tras levonorgestrel: puede empezar o reiniciar anticoncepción hormonal al día siguiente. Precisa protección adicional 2 días para píldora de sólo gestágeno y 7 días para anticoncepción combinada.

Tras acetato de ulipristal: interfiere con anticonceptivos hormonales. Hay que esperar. Los métodos hormonales se inician o retoman al 6º día y se precisa protección anticonceptiva adicional 2 días para píldora de sólo gestágeno y 7 días para anticoncepción combinada.

ANEXO 7. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS. Categoría de riesgo 3 y 4

Categoría 4: contraindicación absoluta para el uso del método

Categoría 3: contraindicación relativa. Podría usarse si no hay otros métodos disponibles o no se aceptan

Categoría 1 y 2: sin restricciones para el uso del método

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Condición	Categoría
No hay ninguna categoría 3 ó 4	-

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Condición	Categoría
Lactancia materna	
- <6 semanas postparto	4
- > o = 6 semanas a <6 meses postparto (principalmente lactancia materna)	3
Postparto (sin lactancia materna)	
- <21 días sin otros factores de riesgo de trombosis venosa profunda	3
- <21 días con otros factores de riesgo de trombosis venosa profunda	4
- > o = 21 días a 42 días sin otros factores de riesgo de trombosis venosa profunda	2
- > o = 21 días a 42 días con otros factores de riesgo de trombosis venosa profunda	3
Tabaquismo y edad > o = a 35 años	
- <15 cig/día	3
- > o = 15 cig/día	4
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia)	3-4
Hipertensión arterial	3
- Si TAS >160 o TAD >100 o enfermedad vascular	4
- Trombosis venosa profunda / embolismo pulmonar agudo o tratamiento anticoagulante	4
- Antecedentes de trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar	4
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4
Mutaciones trombogénicas conocidas	4
Cardiopatía isquémica (enfermedad actual o historia)	4
Accidente cerebrovascular (o historia de accidente cerebrovascular)	4
Valvulopatía cardíaca con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	4

Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	4
Migrañas - Sin aura <35 años - Sin aura >35 años - Con aura a cualquier edad	2ini/3cont 3ini/4cont 4
Cáncer de mama - Actual - Pasado y sin evidencia de enf activa durante 5 años	4 3
Diabetes con: - Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía - Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de evolución	3-4 3-4
Enfermedad de la vesícula biliar sintomática actual o a tratamiento médico	3
Historia de colestasis relacionada con el uso previo de anticonceptivos combinados	3
Hepatitis viral aguda o con exacerbación	3-4ini/2con
Cirrosis grave (descompensada)	4
Tumores del hígado - Benigno: adenoma hepatocelular - Maligno: hepatocarcinoma	4 4
Terapia anticonvulsiva - Ciertos anticonvulsivos: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina - Lamotrigina	3 3
Terapia antimicrobiana: rifampicina o rifabutina	3

I: inicio. La mujer ya posee la condición cuando inicia el método.

C: continuación. La mujer desarrolla la condición durante el uso del método.

ANTICONCEPTIVOS DE SÓLO GESTÁGENO: ORAL, IMPLANTE

Condición	Categoría
Trombosis venosa profunda / embolismo pulmonar agudo	3
Cardiopatía isquémica (enfermedad actual o historia)	2ini/3cont
Accidente cerebrovascular (o historia de accidente cerebrovascular)	2ini/3cont
Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	3
Migrañas con aura a cualquier edad	2ini/3cont
Sangrado vaginal de etiología desconocida (sospecha de una condición grave), antes de la evaluación (sólo implante)	3

Cáncer de mama	
- Actual	4
- Pasado y sin evidencia de enf activa durante 5 años	3
Cirrosis grave (descompensada)	3
Tumores del hígado	
- Benigno: adenoma hepatocelular	3
- Maligno: hepatocarcinoma	3
Terapia anticonvulsiva	
- Ciertos anticonvulsivos: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina, SÓLO para vía oral	3
Terapia antimicrobiana: rifampicina o rifabutina, SÓLO para vía oral	3

ANTICONCEPTIVOS DE SÓLO GESTÁGENO: INYECTABLE

Condición	Categoría
Lactancia materna <6 semanas postparto	3
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia)	3
Hipertensión arterial sólo si TAS >160 o TAD >100 o enfermedad vascular	3
Trombosis venosa profunda / embolismo pulmonar agudo	3
Cardiopatía isquémica (enfermedad actual o historia)	3
Accidente cerebrovascular (historia de accidente cerebrovascular)	3
Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	3
Migrañas con aura a cualquier edad	2ini/3cont
Sangrado vaginal de etiología desconocida (sospecha de una condición grave), antes de la evaluación	3
Cáncer de mama	
- Actual	4
- Pasado y sin evidencia de enf activa durante 5 años	3
Diabetes con:	
- Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía	3
- Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de evolución	3
Cirrosis grave (descompensada)	
Tumores del hígado	
- Benigno: adenoma hepatocelular	3
- Maligno: hepatocarcinoma	3

I: inicio. La mujer ya posee la condición cuando inicia el método.

C: continuación. La mujer desarrolla la condición durante el uso del método.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS: COBRE Y LEVONORGESTREL

Condición	Categoría	
	DIU-Cobre	DIU-Levonorgestrel
Embarazo	4	4
Postparto - > o =48h a <4 semanas - Sepsis puerperal	3 4	3 4
Postaborto, inmediatamente después de aborto séptico	4	4
Trombosis venosa profunda / embolismo pulmonar agudo	1	3
Cardiopatía isquémica (enf actual o historia)	1	2ini/3cont
Lupus eritematoso sistémico - Con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) - Trombocitopenia severa	1 3ini/2cont	3 2
Migrañas con aura a cualquier edad	1	2ini/3cont
Sangrado vaginal de etiología desconocida (sospecha de una condición grave), antes de la evaluación	4ini/2cont	4ini/2cont
Enfermedad trofoblástica gestacional - Niveles reducidos o indetectables de BHCG - Niveles persistentemente elevados de BHCG o enfermedad maligna	3 4	3 4
Cáncer cervical en espera de tratamiento	4ini/2cont	4ini/2cont
Cáncer de mama - Actual - Pasado y sin evidencia de enf activa durante 5 años	1 1	4 3
Cáncer de endometrio	4ini/2cont	4ini/2cont
Cáncer de ovario	3ini/2cont	3ini/2cont
Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina	4	4
Anomalías anatómicas con distorsión de la cavidad uterina	4	4
Enfermedad pélvica inflamatoria actual	4ini/2cont	4ini/2cont
Infecciones de transmisión sexual - Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea - Mayor riesgo de infección de transmisión sexual	4ini/2cont 2-3ini/2co	4ini/2cont 2-3ini/2co
HIV severo o avanzado (estadios 3 y 4)	3ini/2cont	3ini/2cont
Tuberculosis pélvica	4ini/3cont	4ini/3cont
Cirrosis grave (descompensada)	1	3
Tumores del hígado - Benigno: adenoma hepatocelular - Maligno: hepatocarcinoma	1 1	3 3
Terapia antirretroviral	2-3ini/2co	2-3ini/2co

I: inicio. La mujer ya posee la condición cuando inicia el método.

C: continuación. La mujer desarrolla la condición durante el uso del método.

ANEXO 8. Guías Rápidas-Resumen

- 1. Guía de prescripción anticonceptivos combinados**
- 2. Guía de manejo de los métodos de solo gestágeno**
- 3. Guía rápida de información sobre los DIU**
- 4. Guía resumen criterios de elegibilidad de la OMS**
- 5. Listado de anticonceptivos financiados de gestágeno y combinados**

GUÍA RÁPIDA DE PRESCRIPCIÓN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Para prescribir una píldora anticonceptiva combinada necesitamos una historia clínica que descarte contraindicaciones y tomar la tensión arterial.

Anamnesis

Preguntar por operaciones, enfermedades o tratamientos crónicos y si fuman. Es importante saber si hay historia familiar de trombosis. Las contraindicaciones que hay que descartar se detallan al final del documento.

La mayoría de las mujeres jóvenes no tienen contraindicaciones y tienen la TA normal. En las que lo soliciten podríamos prescribir un anticonceptivo combinado en ese momento.

¿Cuál aconsejamos?

Cualquiera. Todos los comercializados son muy eficaces como anticonceptivos. Una buena opción son los preparados financiados y dentro de ellos los de levonorgestrel los más seguros.

Inicio: Se pueden comenzar a tomar cualquier día del ciclo. A los 7 días de tratamiento ya son eficaces como an-

ticceptivos. Si se empieza en los 5 días primeros del ciclo, son eficaces desde el primer día.

Olvidos

Un comprimido: no pasa nada y continuar. Dos o más: Continuar y usar preservativo 7 días.

Otras presentaciones

Parche de aplicación semanal. Anillo de aplicación mensual

Interacciones

Rifampicina, rifabutina, anticonvulsivantes y antirretrovirales

Información para las mujeres

Explicar siempre la posibilidad de manchado los primeros meses, es transitorio y no interfiere en el efecto anticonceptivo. Puede haber tensión mamaria al principio. Algunas mujeres suspenden la píldora en estas situaciones si no están informadas.

Explicar los riesgos.

Recomendar siempre dejar de fumar. No está demostrado que los anticonceptivos aumenten el peso

Explicar también los beneficios que tienen, además de los propiamente anticonceptivos. Reglas escasas, con menos dolor y regulares. Mejoran el acné y el exceso del vello. Y además está demostrado que protegen del cáncer de ovario y de endometrio.

Controles

Primer control a los 3 meses para resolver dudas y comprobar la adherencia al método. No necesitamos analítica. La citología cuando corresponda por cribado (no se precisa realizar ninguna hasta los 25 años).

Cuando dudamos...

Consultar los **Criterios de Elegibilidad de la OMS**. Si no estamos seguros de que la mujer pueda tomar anticonceptivos combinados, para resolver la necesidad de anticoncepción disponemos de las píldoras de sólo gestágeno. Tienen pocas contraindicaciones, se toman todos los días y son eficaces a partir del 2º día.

GUÍA RÁPIDA DE MANEJO DE LOS MÉTODOS DE SÓLO GESTÁGENO

Hay tres tipos: **píldoras, implantes e inyectable**

Generalidades.

Son métodos muy eficaces y seguros, con pocas contraindicaciones. La única contraindicación absoluta es el cáncer de mama.

Píldora de sólo gestágeno.

Solo hay un principio activo comercializado (desogestrel 75 mcg) con diferentes nombres comerciales. Podría utilizarse en la mayoría de mujeres. Especialmente útil en la lactancia o en fumadoras de más de 35 años y en gran parte de las mujeres en que no se recomienda la píldora con estrógenos.

Se toma todos los días. Es eficaz como anticonceptivo en solo dos días. Si se comienza en los 5 primeros días del ciclo es eficaz desde el primer día.

Olvidos

Olvido de un comprimido menos de 12 horas: no pasa nada, continuar. Olvidos de más de 12 horas: conti-

nuar y usar preservativo 2 días.

Implante subcutáneo

Es el método más eficaz que hay (más incluso que la esterilización quirúrgica).

Dura 3 años. Recuperación inmediata de la fertilidad tras retirarlo.

Si se coloca los 7 primeros días del ciclo tiene efecto anticonceptivo desde el principio. Si se coloca en otro momento (descartando posibilidad de embarazo), preservativo 7 días.

Inyectable intramuscular

Hay comercializado un preparado con 150 mg de medroxiprogesterona. Es un método muy accesible, barato y eficaz.

La primera inyección se administra en los 7 primeros días del ciclo y asegura al menos 3 meses de anticoncepción. A las 12 semanas se debe administrar una nueva inyección (aunque su efecto se puede prolongar hasta las 16 semanas).

Tiene alguna contraindicación relativa más que los otros métodos de sólo gestágeno. Produce amenorrea con frecuencia. Al suspenderlo se tarda en recuperar la fertilidad.

Controles de los métodos de sólo gestágenos

Revisión a los 3 meses para resolver dudas. Si no hay problemas no precisan controles médicos periódicos específicos.

Patrón de sangrado

Casi siempre alteran el patrón menstrual. **Es muy importante explicar antes de su uso que es algo inherente al método.** Las reglas van a ser distintas. Puede haber amenorrea manchados frecuentes o reglas más largas, pero no sangrados abundantes.

Estos sangrados no interfieren con la eficacia anticonceptiva. Suelen mejorar después de los primeros meses.

GUÍA RÁPIDA DE INFORMACIÓN SOBRE LOS DIU

Método que se puede ofrecer por seguridad y eficacia a las mujeres que se plantean anticoncepción para un periodo largo (más de 1-2 años).

Ventajas

Método de alta eficacia, con pocas contraindicaciones y larga duración. Los DIU actuales son prácticamente tan eficaces como la esterilización quirúrgica. Tras un primer control, con una ecografía al mes y medio de la inserción, no precisarían revisiones periódicas si no hay problemas.

Retorno inmediato de la fertilidad tras la retirada.

Si se coloca alrededor de los 40 años, no hace falta cambiarlo. Se retira tras la menopausia. Puede utilizarse en multiparas y nulíparas.

Hay 2 tipos, los de cobre y los hormonales:

DIU de cobre: Actualmente se utilizan con alta carga de cobre. No interfiere en el ciclo menstrual ni en la ovulación. El cobre tiene efecto espermicida.

Las reglas pueden ser algo más abundantes de lo habitual.

Se coloca en los 12 primeros días tras el inicio del sangrado menstrual, no solo durante la menstruación. También se puede colocar en cualquier otro momento si se descarta embarazo. Es eficaz desde el primer día.

DIU hormonal: contienen levonorgestrel en su vástago.

Funcionan por espesamiento del moco cervical y atrofia endometrial. Se colocan los 7 primeros días tras el inicio de la regla. Se pueden colocar en otro momento si se descarta embarazo, necesita entonces protección anticonceptiva 7 días.

Hay comercializados tres tipos con distinta cantidad de levonorgestrel:

DIU liberador de 52 mg de levonorgestrel (Mirena®). Dura 5 años. Tiene la ventaja añadida de que disminuye el sangrado menstrual progresivamente. A veces produce amenorrea.

Además de ser un eficaz anticonceptivo, está indicado en el tratamiento

de la hipermenorrea y la endometriosis.

DIU liberador de 19.5 mg de levonorgestrel (Kyleena®) Es de menor tamaño. Dura 5 años y reduce el sangrado menstrual.

DIU liberador de 13.5 mg de levonorgestrel (Jaydess®) También de menor tamaño. Dura 3 años y reduce el sangrado menstrual pero no lo suprime del todo.

Información para la usuaria

No aumenta el riesgo de embarazo ectópico ni de infecciones.

El DIU pasa desapercibido, la mujer no lo nota ni produce molestias. No interfiere en la relación sexual.

Se colocan en Ginecología y en Centros de Orientación Familiar. La posibilidad de expulsión espontánea es de un 5%. Hay que consultar en caso de hemorragia abundante o dolor abdominal.

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS ACTUALIZACIÓN 2015 – CRITERIOS 3 Y 4 –RESUMEN

Anticonceptivo hormonal combinado

- Seis meses postparto en caso de lactancia materna exclusiva
- Menos de 21 días postparto sin lactancia
- De tres a seis semanas postparto sin lactancia y con factores de riesgo cardiovascular.
- Fumadora a partir de 35 años.
- Hipertensión arterial (a partir de 140/90).
- Migraña con aura.
- Migraña sin aura en mayores de 35 años.
- Tromboembolismo venoso agudo o antecedente.
- Mutaciones trombogénicas.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Cáncer de mama.
- Tumor hepático. Hepatitis aguda.
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular.
- Cardiopatía isquémica. Accidente cerebrovascular.
- Diabetes de larga evolución o con enfermedad vascular.
- Pacientes en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos.

Anticonceptivos de sólo gestágeno

- **Vía oral o implante subcutáneo.**
- Cáncer de mama.
- Tromboembolismo venoso agudo.
- Tumores hepáticos.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida.
- Pacientes en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos (solo para la vía oral).

Inyectable intramuscular

- Además de las anteriores:
- Primeras 6 semanas tras el parto.
- Hipertensión arterial mayor de 160/100.
- Cardiopatía isquémica. Accidente cerebrovascular.
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular.

DIU

- Sepsis puerperal o postaborto.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual.
- Infección actual por gonococo o clamidia.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida.
- Cáncer de cérvix, previamente al tratamiento.
- VIH estadio 3 O 4 de la OMS.
- Distorsiones de la cavidad uterina que no permitan la inserción.

DIU hormonal: además de las anteriores no se recomienda en mujeres con cáncer de mama, en tromboembolismo venoso agudo y en tumores hepáticos.

Anticoncepción de urgencia

No hay NINGUNA categoría 3 o 4.

ANEXO 9. Anticonceptivos comercializados

Tablas con anticonceptivos hormonales comercializados en 2018: con sólo gestágeno, combinados y de urgencia

MÉTODOS CON SOLO GESTÁGENO			
Formas orales			
Nombre comercial	Dosis gestágeno	Precio	Financiación
DESOGESTREL EFG 28 y 3x28 comp	Desogestrel 75 ug	3,98€- 11,94€	SI
AZALIA EFG 28 y 3x28 comp		3,98€- 11,94€	SI
DESOPOP 28 y 3x28 comp		3,98€- 11,94€	SI
CERAZET 28 y 3x28 comp		3,98€- 11,94€	SI
FAMYLETTE 28 y 3x28comp		3,98€- 11,94€	SI
LUEVA 28 y 3x28 comp		3,98€- 11,94€	SI
KERIZET EFG 28 y 3x28 comp		3,98€- 11,94€	SI
NACREZ EFG 28 y 3x28 comp		3,98€- 11,94€	SI
Forma inyectable			
DEPO PROGEVERA 1 inyec. i.m.	150 mg Medroxiprogesterona	2,50€	SI
Implantes con gestágeno financiados			
IMPLANON NXT implante subcutáneo	68 mg Etonogestrel	148,63€	Visado
DIU con gestágeno			
JAYDESS (DIU) duración 3 años	13,5 mg Levonorgestrel	153,38€	NO
MIRENA (DIU) duración 5 años	52 mg Levonorgestrel	165,11€	NO
KYLEENA (DIU) duración 5 años	19,2 mg de levonorgestrel	165,11€	NO

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS ORALES (agrupados según gestágeno)				
	Dosis estrógeno	Dosis gestágeno	Precio	Financiación
OVOPLEX 30/150	Etinilestradiol 30 ug	Levonorgestrel 150 ug	2,53€	SI
RIGEVIDON EFG			2,53€	SI
MICROGYNON 21 comp			15,99€	NO
SEASONIQUE 91 comp (84 comp+7 con 10mcg etinilestradiol)			32,78€	NO

TRIAGYNON (trifásico) 21 comp	Etinilestradiol 30 ug	Levonorgestrel 50,75 y 125 ug	14,99€	NO
TRICICLOR (trifásico) 21 comp			14,99€	NO
ETINILESTRADIOL/LEVONORGESTREL EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp	Etinilestradiol 20 ug	Levonorgestrel 100 ug	3,37€ - 10,3€	SI
ANAOMI EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			3,37€ - 10,3€	SI
KERIETTE EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			3,37€ - 10,3€	SI
LEVOBEL EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			3,37€ - 10,3€	SI
LINELLE EFG 21, 28 comp			3,37€ - 10,3€	SI
LOETTE 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			3,37€ - 10,3€	SI
DESOGESTREL				
ETINILESTRADIOL/DESOGESTREL EFG 21 y 3x21 comp	Etinilestradiol 30 ug	Desogestrel 150 ug	2,93€ - 8,79€	SI
MICRODIOL 21 comp			19,95€	NO
GRACIAL (bifásico) 22 y 3x22 comp		Desogestrel 25 y 125 ug	21,54€ - 57,26€	NO
BEMASIVE 21 y 3x21 comp	Etinilestradiol 20 ug	Desogestrel 150 ug	16,98€ - 43,98€	NO
SUAVURET 21 y 3x21 comp			19,95€ - 49,95€	NO
DIENOGEST				
ETINILESTRADIOL/DIENOGEST EFG 21 y 3x21 comp	Etinilestradiol 30 ug	Dienogest 2mg	4,71€ - 14,14€	SI
SIBILLA EFG 21,3X21			4,71€ - 14,14€	SI
VEREZANA 21 y 3x21 comp			4,71€ - 14,14€	SI
CECILIANA EFG 21,3X21, 28 y 3x28comp			4,71€ - 14,14€	SI
AILYN EFG 21, 28 comp			13,82€ - 35,23€	NO
DANIELLE EFG 21 y 3x21 comp			14,99€ - 39,99€	NO
DONABEL 21 y 3x21 comp			15,61€ - 42,15€	NO
QLAIRA (trifásico) 28 y 3x28 comp	Estradiol 3,2,2 mg	Dienogest 0,2 y 3 mg	17,80€ - 46,52€	NO
GESTODENO				
GYNOVIN 21 y 3x21 comp	Etinilestradiol 30 ug	Desogestrel 75 ug	14,99€ - 37,47€	NO

MINULET 21 y 3x21 comp		Gestodeno 75 ug	10,93€ - 32,78€	NO
TEVALET 21 y 3x21 comp			6,87€ - 19,98€	NO
TRIGYNOVIN (trifásico) 21 y 3x21 comp	Etinilestradiol 30 ug	Gestodeno 75 ug 50, 70 y 100 ug	14,99 €-37,31€	NO
TRIMINULET (trifásico) 21 y 3x21 comp			14,99 €-37,47€	NO
ETINILESTRADIOL/GESTODENO EFG 21 y 3x21 comp	Etinilestradiol 20 ug	Gestodeno 75 ug	10,12€ - 29,79€	NO
GESTINYL 21 y 3x21 comp			12,96€-29,66€	NO
HARMONET 21 y 3x21 comp			16,86€ - 43,09€	NO
MELIANE 21, 3x21 y 28 comp			16,86€-36,92€	NO
MELTEVA 21 y 3x21 comp			8,38€ - 24,98€	NO
MELODENE 28 comp	Etinilestradiol 15 ug	Gestodeno 60 ug	14,99€	NO
MINESSE 28 (24+4) y 3x28 (24+4) comp			14,99€ - 42,15€	NO
DROSPIRENONA				
ETINILESTRADIOL/DROSPIRENONA EFG 21, 3x21, 28, 3x28 comp	Etinilestradiol 30 Ug	Drospirenona 3 mg	6,24€ - 16,66€	NO
ANTIN 21,3x21,28 y 3x 28 comp			5,46€ - 16,39€	NO
CLEOSENSA EFG 21, 3x21, 28 y 3X28 comp	Etinilestradiol 30 Ug	Drospirenona 3 mg	5,46€ - 16,39€	NO
DRETINE EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			12,18€ - 34,19€	NO
DROSBELA DIARIO			12,18€- 32,78€	NO
DROSIANE EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			13,91€ - 26,54€	NO
DROSURE EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			12,18€ - 34,31€	NO
YASMIN 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			16,95€ - 46,68€	NO
YIRA 21 y 3x21 comp			9,94€ - 29,50€	NO
ETINILESTRADIOL/DROSPIRENONA EFG 21*, 3x21**, 28, 3x28 comp			Etinilestradiol 20 Ug	Drospirenona 3 mg
ANTINELLE EFG 21, 3x21, 28 y 3x28 comp	5,46€ - 16,39€	NO		
CLEODETTE EFG 21, 3x21,28 y 3x28 comp	5,46€ - 16,39€	NO		

DAYLETTE EFG 28 (24+4), 3x28 (24+4) comp	Etinilestra- diol 20 Ug	Drospireno- na 3 mg	10,88€ - 27,97€	NO
DRELLE EFG 28, 3x28 comp			15,45€ - 26,54€	NO
DRETINELLE EFG 21,3x21,28,3x28 comp			12,18€ - 34,19€	NO
DROBELALLE DIARIO 28, 3x28 comp			12,18€ - 32,78€	NO
DROBELALLEFLEX (5x24)			38,87€	NO
DROSIANELLE EFG21,3x21,28,3x28 comp			13,91€ - 26,54€	NO
DROSPIL EFG 28, 3x28 comp			12,49€ - 34,81€	NO
DROSURELLE EFG 21,3x21,28, 3x28 comp			12,49€ - 34,81€	NO
LIOFORA 21, 3x21, 28 y 3x28 comp			9,94€ - 29,50€	NO
YASMINELLE 21 y 28 comp			16,95€	NO
YAZ 28 (24+4) y 3x28 (24+4) comp			17,95€ - 47,89€	NO

CLORMADINONA

ETINILESTRADIOL/CLORMA- DINONA EFG 21 y 3x21comp	Etinilestra- diol 30 Ug	Clormadino- na 2 mg	10,93€ - 32,16€	NO
BALIANCA 21, 3x21, 28 y 3x28			15,60€ - 45,94€	NO
BELARA 21,3x21, 28 y 3x28 comp			15,60€ - 45,94€	NO
ELYNOR 21, 3x21 comp			15,60€ - 45,27€	NO

NORGESTIMATO

EDELSIN 21 y 3x21 comp	Etinilestra- diol 35 Ug	Norgestima- to 250 Ug	5,93€ - 16,78€	SI
------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------	----

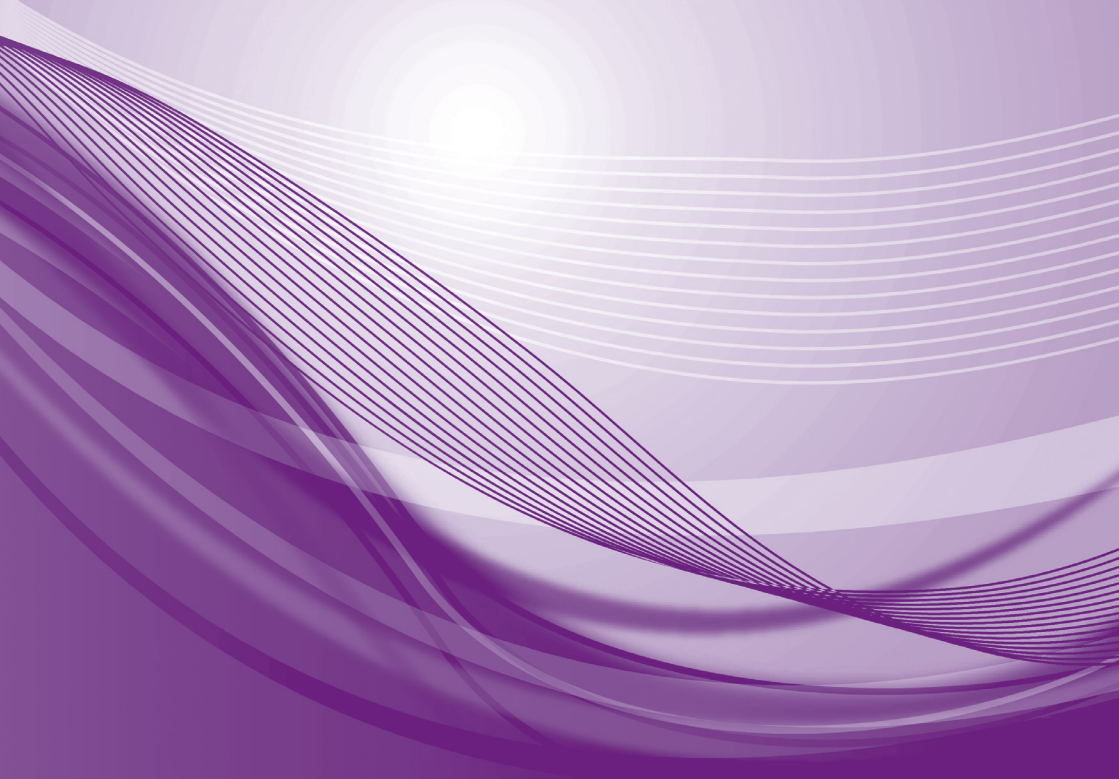
NOMEGESTROL

ZOELY 28 (24+4) y 3 x 28 (24+4) comp	Estradiol 1,5 mg	Nomeges- trol 2,5 mg	15,45€ - 43,71€	NO
-----------------------------------------	---------------------	-------------------------	--------------------	----

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS CON ANTIANDRÓGENOS (para tratamiento del acné leve-moderado e hirsutismo)			
Nombre comercial	Composición	Precio	Financiación
ACETATO DE CIPROTERONA			
ETINILESTRADIOL/CIPROTERONA EFG 21 y 28 comp	Etinilestradiol 35 ug/ Acetato Ciproterona 2 mg	3,12€	SI
DIANE DIARIO 28 comp		3,12€	SI
GYNEPLEN 28 comp		3,12€	SI
DIANE 21 comp		13,11€	NO
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS OTRAS FORMAS			
Nombre comercial	Composición	Precio	Financiación
NUVARING 1 anillo vaginal	Etinilestradiol 15 Ug/ Etonorgestrel 120Ug	19,92€	NO
SETLONA 1 y 3 anillos vaginales		14,99€- 30,00€	NO
ORNIBEL 1 y 3 anillos vaginales		14,99€- 39,96€	NO
FEMLOOP 1 y 3 anillos vaginales		14,99€- 39,96€	NO
RINGO, CIRCLET 1 y 3 anillos vaginales		Pendiente	NO
EVRA 3 y 9 parches transdérmicos	Etinilestradiol 33,9 Ug/ Norelgestromina 203Ug	19,29€- 52,93€	NO
LISVY 3 y 9 parches transdérmicos		18,73€- 50,58€	NO
ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA			
Nombre comercial	Composición	Precio	Financiación
LEVONORGESTREL EFG 1,5 mg	1,5 mg Levonorgestrel	15,00€- 17,02€	SI*
POSTINOR	1,5 mg Levonorgestrel	18,73€	SI*
NORLEVO	1,5 mg Levonorgestrel	18,76€	SI*
NAVELA	1,5 mg Levonorgestrel	17,95€	NO
ELLAONE	30 mg Ulipristal	24,90€	NO

* Gratuito en centros del Servicio de Salud.

Precios actualizados el 25 de Septiembre de 2018



Gobierno del Principado de Asturias