

# Actualización en anticoncepción hormonal e intrauterina

**Cristina Martínez Bueno**

Responsable corporativa Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). ICS

Profesora titular Universidad de Barcelona

Email: [cmartinezbu@gencat.cat](mailto:cmartinezbu@gencat.cat)



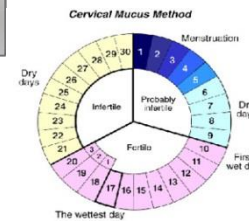
AXENCIA DE COÑECIMENTO EN SAÚDE (ACIS) – <http://acis.sergas.es>

# Derechos sexuales y reproductivos

- La definición de salud sexual y reproductiva lleva implícito el derecho de las personas a **obtener información y tener acceso a métodos de su elección que sean seguros, eficaces**, aceptables y económicamente asequibles . (*Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994*)
- Para que las mujeres que solicitan anticoncepción puedan ejercer su derecho sexual y reproductivo ha de haber una elección libre e informada, en base a sus necesidades, valores y creencias,
- Es importante dar una **información completa y veraz**, basada en la evidencia científica, de todos los métodos anticonceptivos disponibles, del mecanismo de acción mediante el cual ejercen su efecto anticonceptivo y de los posibles riesgos y los beneficios asociados.

# Elección del método anticonceptivo

- Eficacia
- Acceptabilidad
- Inocuidad
- Coste
- Disponibilidad
- Reversibilidad
- Comodidad
- Motivación



# Elección del método anticonceptivo

- **Eficacia**
- **Acceptabilidad**
- **Inocuidad**
- **Coste**
- **Disponibilidad**
- **Reversibilidad**
- **Comodidad**
- **Motivación**



# Clasificación eficacia

0-0,9

Muy eficaz

1-9

Eficaz

10-25

Moderadamente eficaz

26-32

Menos Eficaz

REVERSIBLE	Después de ser colocado, poco o nada que hacer o recordar.		ESTERILIZACIÓN PERMANENTE	Después del procedimiento, poco o nada que hacer o recordar. Use otro método durante los primeros 3 meses (Histeroscópica, Vasectomía).	
	Implantes	Dispositivo Intrauterino (DIU)		Femenina (Abdomen, Laparoscópica, y Histeroscópica)	Masculino (Vasectomía)
MÁS EFICAZ	Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en un año	0.05%	0.2% LNG 0.8% T de Cobre	0.5%	0.15%
REVERSIBLE	Repita las inyecciones como se indica.	Tome una píldora al día.	Mantenga en su lugar, cambie a tiempo.	Use correctamente cada vez que tenga sexo.	
REVERSIBLE	6-12 embarazos por cada 100 mujeres en un año	Inyectable 6%	Píldoras 9%	Parche 9%	Anillo 9%
REVERSIBLE	18 o más embarazos por cada 100 mujeres en un año	Diafragma 12%	Condomes Masculinos 18%	Condomes Femeninos 21%	Retiro del Pene 22%
MENOS EFICAZ	Los condones siempre se deben utilizar para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual.		Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad		Esponja 12% Mujeres Nulíparas 24% Mujeres que han tenido 1 o más partos
		Espermicidas 28%	Absténgase de tener sexo o use condones en los días fértiles. ENERO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 2 3 4		

# ¿Qué método está usando?



- DIU



- La píldora



- La mini-píldora



- Inyectables de acción prolongada



- Inyectables mensuales



- Implantes



- Vasectomía o esterilización femenina



- Condones (Masculinos o femeninos)



- Métodos vaginales



- MELA

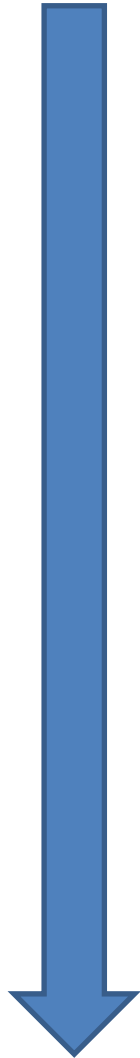


- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad



# Eficacia de los métodos anticonceptivos

Menos eficaz



Más eficaz

Método	% de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso		% de mujeres que continúan el uso al año <sup>c</sup>
	Uso típico <sup>a</sup>	Uso perfecto <sup>b</sup>	
Sin método <sup>d</sup>	85	85	
Espermicidas <sup>e</sup>	28	18	42
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	24		47
Standard Days Method® (método de días fijos) <sup>f</sup>	—	5	—
TwoDay Method® (método de los dos días) <sup>f</sup>		4	
Método de la ovulación <sup>f</sup>		3	
Método sintotérmico		0,4	
Coito interrumpido	22	4	46
Esponja anticonceptiva			36
Mujeres que han tenido 1 o más partos	24	20	
Nulíparas	12	9	
Preservativo <sup>g</sup>			
Femenino	21	5	41
Masculino	18	2	43
Diafragma <sup>h</sup>	12	6	57
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Parche Evra®	9	0,3	67
NuvaRing® (anillo)	9	0,3	67
Depo-Provera®	6	0,2	56
Anticonceptivos intrauterinos			
ParaGard® (T con cobre)	0,8	0,6	78
Mirena® (levonorgestrel)	0,2	0,2	80
Implanon®	0,05	0,05	84
Esterilización femenina	0,5	0,5	100
Esterilización masculina	0,15	0,10	100



# Anticoncepción hormonal y DIUs

- Hormonales combinados ( estrógeno + progesterona):
  - Orales: AOC
  - Parches: PAC
  - Anillo vaginal: AVC
  - Inyectables combinados
- Hormonales con progesterona sola:
  - Orales: AOPS (APS)
  - Acetato de medroxiprogesterona de depósito, IM: AMPD
  - Enantato de noretisterona, IM: EM-NET
  - Implantes subdérmicos de levonogestrel (LNG) o etonogestrel (ETG)
- Dispositivos intrauterinos
  - DIU de cobre: DIU-Cu
  - DIU de levonogestrel: DIU-LNG ( Mirena®, Kylenea®, Jaydess®)





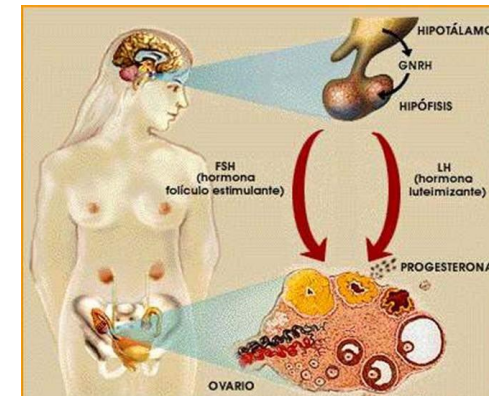
# Eficacia de los anticonceptivos hormonales

Eficacia teórica y de uso, y continuidad en la utilización de los anticonceptivos hormonales. (Trussell J, 2011)			
	Porcentaje anual de fallos de uso	Porcentaje fallos teóricos anuales (uso perfecto)	Porcentaje de mujeres que continúan utilizando el método después del primer año
Anticonceptivos hormonales combinados y minipíldora	9%	0,3%	67%
Parche transdérmico	9%	0,3%	67%
Anillo vaginal	9%	0,3%	67%
Inyectable	6%	0,2%	56%
Implante subdérmico	0,05%	0,05%	84%

## Aspectos clave:

- Uso de la anticoncepción hormonal: 21,61% de la población sexualmente activa (SEC, 2014).
- Anticoncepción hormonal oral: 16,5% de las mujeres que utilizan anticoncepción hormonal.
- El grupo de edad donde es más frecuente su utilización es entre los 20 y los 30 años.

# Mecanismo de acción anticoncepción hormonal



- Inhibición de la ovulación- acción a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario: el gestágeno inhibe la secreción de LH y el estrógeno actúa a nivel del ovario impidiendo el desarrollo folicular por el bloqueo de la FSH. *(Además se altera la motilidad y secreción tubárica, se consigue un endometrio poco adecuado para la anidación y se modifica el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides).*
- El agente principal del bloqueo de la ovulación es el gestágeno; el estrógeno potencia el efecto del anterior y contribuye al equilibrio del endometrio evitando sangrados irregulares.
- El tiempo que tarda en recuperarse el eje hipotálamo-hipofisario-ovárico tras la supresión de los anticonceptivos hormonales es de 7 días: no se aconseja estar más de ese tiempo sin tomarlos si se desea mantener la anticoncepción.
- Cuando se administra el preparado durante 7 días se consigue el bloqueo del eje hipotálamo-hipófisis-ovario sea cual sea el día del ciclo en el que se esté.

# Anticonceptivos hormonales combinados comercializados en España

Descripción	Nombre comercial	Progestágeno	Dosis de progestágeno (mg)	Descripción	Nombre comercial	Progestágeno	Dosis de progestágeno (mg)
Monofásicos con 50 microgramos de etinilestradiol (EE)	Ovoplex®	<a href="#">Levonorgestrel</a>	0,25	Trifásicos con 30/40 mcg EE	Triagynon® Triciclor®	<a href="#">Levonorgestrel</a>	0,05/0,075/0,125
Monofásicos con 35 mcg EE	Edelsin®	<a href="#">Norgestimato</a>	0,25		Trifásicos con 30/40/30 mcg EE	Trigynovin® Tri-Minulet®	<a href="#">Gestodeno</a>
	Diane 35® Gyneplon®	<a href="#">Ciproterona</a>	2	Triagynon®		<a href="#">Levonorgestrel</a>	0,05/0,075/0,125
Bifásicos con 40/30 mcg EE	Gracial®	<a href="#">Desogestrel</a>	0,025, 0,125	Monofásicos con 20 mcg EE	Tri-Minulet®	<a href="#">Gestodeno</a>	0,05/0,07/0,1
	Monofásicos con 30 mcg EE	Microgynon®	<a href="#">Levonorgestrel</a>		0,15	Anaomi® Loette® Linelle® Levobel®	<a href="#">Levonorgestrel</a>
Microdiol®		<a href="#">Desogestrel</a>	0,15	Gestinyl® Harmonet® Meliane® Melteva® Rigevidon®	<a href="#">Gestodeno</a>	0,075	
Ovoplex 150/30® Rigevidon®		<a href="#">Levonorgestrel</a>	0,15	Bemasive® Suavuret®	<a href="#">Desogestrel</a>	0,15	
Monofásicos con 30 mcg EE	Gynovin® Minulet® Tevalet®	<a href="#">Gestodeno</a>	0,075	Monofásicos con 15 mcg EE	Arankelle® Daylette® Dretinelle® Drosianelle® Drospil® Drosurelle® Liofora® Yasminelle® Yaz®	<a href="#">Drospirenona</a>	3
	Ailyn® Danielle®	<a href="#">Dienogest</a>	2		Melodene 15® Minesse®	<a href="#">Gestodeno</a>	0,06
	Balianca® Belara®	<a href="#">Clormadinona</a>	2		Monofásico con estrógeno natural (1,5 mg de estradiol)	Zoely®	<a href="#">Nomegestrol</a>
	Sibilla® Donabel®	<a href="#">Dienogest</a>	2	Cuatrifásico con estrógeno natural (valerato de estradiol) 1, 2 y 3 mg	Qlaira®	<a href="#">Dienogest</a>	2/3
	Aranka® Dretine® Drosiane® Drosure® Yasmin® Yira®	<a href="#">Drospirenona</a>	3	* Anillo vaginal con 2,7 mg de EE	Nuvaring®	<a href="#">Etonogestrel</a>	11,7
				** Parche transdérmico con 550 mcg de EE	Lisvy®	<a href="#">Gestodeno</a>	2,10
				*** Parche transdérmico con 600 mcg de EE	Evra®	<a href="#">Norelgestromina</a>	6

Fuente: Guía Fisterre de anticoncepción hormonal- 2017

# Progestágenos utilizados

Derivados de la testosterona (19 norderivados o derivados de la 19-nortestosterona)	Primera generación: estranos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Noretisterona.</li> <li>▶ Acetato de noretindrona.</li> <li>▶ Diacetato de etinodiol.</li> <li>▶ Linosterol.</li> <li>▶ Noretinodrel.</li> <li>▶ Dienogest.</li> </ul>
	Segunda generación: gonanos androgénicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Norgestrel.</li> <li>▶ Levonorgestrel.</li> </ul>
	Tercera generación: gonanos no androgénicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Desogestrel.</li> <li>▶ Gestodeno.</li> <li>▶ Norgestimato.</li> <li>▶ Norelgestromina (derivado del norgestimato).</li> <li>▶ Etonogestrel (derivado del desogestrel).</li> </ul>
Derivados de la progesterona	Pregnanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Acetato de ciproterona.</li> <li>▶ Clormadinona.</li> <li>▶ Nomegestrol.</li> </ul>
Derivados de la espironolactona		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Drospirenona.</li> </ul>

## Progestágenos comercializados

Tipo de administración	Nombre comercial	Progestágeno	Dosis	
Oral	Cerazet® Azalia® Nacrez® Desopop®	Desogestrel	75 mcg	
	Implante subdérmico	Implanon NXT® (3 años)	Etonogestrel	68 mg (1 varilla)
		Jadelle® (3-5 años)	Levonorgestrel	150 mg (2 varillas con 75 mg cada una)
Inyección intramuscular	Depo-Progevera®	Acetato de medroxiprogesterona	150 mg	

En breve saldrá al mercado anticoncepción con 4 mg de Drospirenona, posología 24+4 (Slinda®)

# Eficacia de la anticoncepción de emergencia

Levonorgestrel (LNG), 1,5 mg en una dosis. Hasta las 72 h presenta una alta eficacia. del 95%

Acetato de Ulipristal (AUP) 30mg en una dosis. Hasta las 120h presenta una eficacia del 95%

## Dispositivo intrauterino

DIU hasta las 120 horas presenta una eficacia del 99% (IP: 0,09-0,14). En mujeres con ciclos de 28 días se puede colocar hasta el día 20 del ciclo

Es necesario informar a las mujeres sobre las opciones de la AU disponibles:

- Menos de 72h: DIU de Cu, seguido de la píldora de AUP y de la píldora de LNG.
- Entre 72 y 120h: DIU de Cu, seguido de la píldora de AUP. La píldora de LNG no tiene indicación en esta situación, pero puede ser efectiva hasta las 96h

# Indicaciones de la AU

- Relaciones coitales sin método anticonceptivo.
- Uso incorrecto u otros incidentes de métodos de barrera:
  - Preservativo: ruptura, caducidad, retención en la vagina en retirarlo.
  - Diafragma: errores de colocación, retirada antes del tiempo recomendado: (antes de las 6 horas postcoitales), mal uso de la crema espermicida (no uso o uso fuera del plazo recomendado para mantener su efectividad).
- Uso incorrecto u otros incidentes de métodos naturales: MELA, Ogino- Knaus, Billings, método sintotérmico sin respetar los días de abstinencia coital
- Olvido de anticonceptivos combinados orales y tener relaciones coitales sin uso de método anticonceptivo adicional en los 7 días siguientes.
- Olvido de más de 12 horas respecto al horario habitual de los anticonceptivos orales (píldoras con gestágenos solos (PSG) o anticonceptivos orales combinados (AHC) y tener relaciones coitales sin uso de método anticonceptivo adicional en los 7 días siguientes.
- Relaciones coitales sin uso de método anticonceptivo adicional durante la toma de anticonceptivos orales (PSG o AHC) y fármacos que reducen su efectividad.

# Indicaciones de la AU

- Relaciones coitales, sin uso de un método anticonceptivo adicional durante la toma de anticonceptivos orales (PSG o AHC) con vómitos y / o diarreas persistentes y durante los 7 días siguientes de la recuperación del trastorno.
- Olvido de 15 días en la administración de un inyectable de progesterona
- Expulsión / extracción del dispositivo intrauterino (DIU) en las 72 horas siguientes a una relación coital.
- Expulsión o extracción de implante anticonceptivo hormonal
- Ante el uso incorrecto del AHC vía vaginal. Se considera uso incorrecto del anillo vaginal la retirada más de 3 horas, la extracción o retirada antes de los 21 días, el retraso en la colocación más de 28 días o el olvido en vagina o retención durante más de 4 semanas consecutivas. En todos estos casos estará indicada la anticoncepción de urgencia y las medidas contraceptivas adicionales durante 7 días.
- Ante el uso incorrecto de la AHC vía transdérmico Se considera uso incorrecto del parche transdérmico el retraso en la colocación más de 48 horas o el desenganche.
- Violación donde la mujer no estaba protegida por ningún método.



# Recomendaciones para la anticoncepción de emergencia

- Libre dispensación de la AE:
  - No aumenta la incidencia de ITS
  - Respecto al uso del método anticonceptivo, las mujeres que tuvieron un acceso libre a la AU muestran una tasa similar de uso de método que las mujeres con dispensación estándar
    - *(Calidad Baja)*
    - *La administración libre en los jóvenes sería una recomendación ya que no aumenta las ITS.*

Las situaciones que justifican no aconsejar AU:

- Ausencia de relaciones sexuales en los últimos 7 días.
- Confirmación diagnóstica de embarazo, la sospecha de gestación sin confirmación diagnóstica inmediata no es motivo para dejar de recomendar el uso de AU de LNG.
- En un coito desprotegido en un tiempo superior a 120 horas, el único método eficaz a valorar sería el DIU en mujeres con ciclos de 28 días y se podría colocar hasta el 20 día del ciclo.

# Reanudación o inicio anticoncepción después PAE

- Administración de PAE-LNG reanudar el uso de anticonceptivos o empezar uno de inmediato, se incluye el DIU
- Administración PAE-AUP reanudar o iniciar cualquier método que contenga progestagenos el sexto día después del AUP. O colocación de DIU de inmediato

# Recomendaciones para la anticoncepción de emergencia

<i>Buena práctica clínica</i>	Es necesario informar a las mujeres que realizan una consulta de anticoncepción de urgencia sobre las opciones de anticoncepción de urgencia disponibles, de la mejor efectividad del DIU de cobre sobre los métodos orales, y de la limitación en la efectividad dependiendo del tiempo transcurrido desde la relación coital sin protección.
<i>Fuerte</i>	En aquellas situaciones en las que se decida insertar un DIU de cobre como anticoncepción de urgencia, debe insertarse en las 120 horas (5 días) de haber mantenido relaciones coitales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado. En el caso que pueda estimarse la fecha de ovulación el dispositivo puede insertarse más tarde, siempre que no hayan transcurrido 5 días tras esta fecha.
<i>Fuerte</i>	En aquellas situaciones en las que se decida utilizar un método oral como anticoncepción de urgencia (acetato de ulipistral 30mg o levonorgestrel 1,5mg), se recomienda administrar el tratamiento lo antes posible después de haber mantenido relaciones coitales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado (antes de las 120 horas (5 días) en el caso del acetato de ulipristal o de las 72 horas (3 días) en el caso del levonorgestrel).
<i>Fuerte</i>	En aquellas situaciones en las que se decida utilizar un método oral como anticoncepción de urgencia, se recomienda administrar de nuevo el anticonceptivo si se producen vómitos en las tres horas siguientes a la toma del comprimido.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere la elaboración de protocolos para la provisión y manejo de la anticoncepción de urgencia que garantice la accesibilidad a las mujeres que la necesiten.

## Nuevas recomendaciones en anticoncepción de emergencia

Condición	AOC	LNG	UPA
Embarazo	NA	NA	NA
Lactancia	1	1	2
Historia de embarazo ectópico	1	1	1
Obesidad	1	1	1
Enfermedad cardiovascular grave	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática (incluyendo ictericia)	2	2	2
Inductores de CYP3A4	1	1	1
Uso repetido de la píldora anticonceptiva de emergencia	1	1	1
Violación	1	1	1

AOC= anticonceptivos orales combinados; LNG = levonorgestrel; UPA = acetato de ulipristal; NA = not applicable

# Elección del método anticonceptivo

- Eficacia
- **Acceptabilidad**
- Inocuidad
- Coste
- Disponibilidad
- Reversibilidad
- Comodidad
- Motivación



# Acceptación y continuidad MA

	Tasa continuación	Abandono por sangrado	Grado de satisfacción
AOC Pauta Continua	41-53%	5-13%	76-82%
AOC Pauta Tradicional	49-68%	6-10%	
Parches			70-91%
Anillo vaginal	70-78%	1%	60-92%
Injec. mensual	40-44%	7-16%	
PGS	44%	10-25%	
Injec Trimestral	20-75%	3,5-59%	
Implante ENG	60-99%	2-23%	
Implante LNG	65-93%	4-31%	
DIU-LNG	65-93%	3-27%	81%

# Elección del método anticonceptivo

- Eficacia
- Acceptabilidad
- Inocuidad/Seguridad
- Coste
- Disponibilidad
- Reversibilidad
- Comodidad
- Motivación





# Seguridad en el riesgo TEV

	Ictus		Infarto de miocardio	
	EE 20µg	EE 30 a 40µg	EE 20µg	EE 30 a 40µg
Noretindrona	-	2,2 (1,5 a 3,2)*	-	2,3 (1,3 a 3,9)*
Levonorgestrel	-	1,7 (1,4 a 2,0)*	-	2,0 (1,6 a 2,5)*
Norgestimato	-	1,5 (1,2 a 1,9)*	-	1,3 (0,9 a 1,9)
Desogestrel	1,5 (1,3 a 1,9)*	2,2 (1,8 a 2,7)*	1,6 (1,1 a 2,1)*	2,1 (1,5 a 2,8)*
Gestodeno	1,7 (1,4 a 2,1)*	1,8 (1,6 a 2,0)*	1,2 (0,8 a 1,9)	1,9 (1,6 a 2,3)*
Drospirenona	0,9 (0,2 a 3,5)	1,6 (1,2 a 2,2)*	-	1,7 (1,0 a 2,6)*

El riesgo relativo de TEV es similar para los anticonceptivos combinados con 30-35 µg EE y gestodeno, desogestrel, acetato de ciproterona o drospirenona. El riesgo relativo de estos AHO fue entre el 50-80% superior al riesgo asociado al uso de anticonceptivos con LNG

# Recomendaciones eficacia y seguridad

## Eficacia y seguridad de los métodos anticonceptivos

<i>Fuerte</i>	Se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales e intrauterinos, debido a que han mostrado una elevada efectividad. En la elección de un anticonceptivo cada profesional sanitario debe considerar las circunstancias y preferencias de cada mujer.
<i>Fuerte</i>	Se recomienda que en la elección del anticonceptivo hormonal combinado más adecuado cada profesional sanitario valore detalladamente los factores de riesgo de tromboembolismo de la usuaria antes de iniciar el tratamiento y periódicamente durante su uso.
<i>Fuerte</i>	Se recomienda que cada profesional sanitario informe a las usuarias sobre el beneficio derivado del uso de los anticonceptivos hormonales combinados y del riesgo en términos absolutos de tromboembolismo, así como de los signos y síntomas de alerta que permitan su diagnóstico precoz.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere la elaboración de protocolos para la provisión y manejo de anticonceptivos en el marco del Sistema Nacional de Salud para asegurar la actuación integral, y garantizar la accesibilidad universal a los métodos anticonceptivos.

Fuente: Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal- MSSSI- 2019

# Requisitos para la administración de AH

	Método anticonceptivo				
	DIU (Cu o LNG)	Implante	Inyectable	Píldora Parche Anillo	Sólo gestágeno
<b>Exploración</b>					
Presión arterial	C	C	C	A	C
Peso/IMC	†	†	†	†	†
Exploración mamaria	C	C	C	C	C
Examen pélvico	A	C	C	C	C
<b>Prueba de laboratorio</b>					
Nivel de glucosa	C	C	C	C	C
Lípidos	C	C	C	C	C
Función hepática	C	C	C	C	C
Hemoglobina	C	C	C	C	C
Citología	C	C	C	C	C
Serología (ITS)	‡	C	C	C	C
Serología (MH)	C	C	C	C	C

Fuente: Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal- MSSSI- 2019

Clase A: Obligatorio en todas las ocasiones para un uso eficaz del anticonceptivo

Clase B: Contribuye de manera sustancial al uso eficaz y seguro, pero su implantación depende del contexto.

Clase c. No contribuye al uso eficaz y seguro del anticonceptivo

† La medida del peso (IMC) no es necesaria

‡ La mayoría de las mujeres no requieren un cribado de ITS en el momento de la inserción del DIU.

# Controles en la AH y en los DIUs

<i>Buena práctica clínica</i>	En el momento en que la mujer escoja un determinado método anticonceptivo, se sugiere informarla sobre la conveniencia de consultar cualquier efecto secundario u otros problemas derivados del método anticonceptivo o si desean cambiar el método. Las usuarias también deben recibir información sobre los principales síntomas de alerta que permitan identificar situaciones en las que deba considerarse una modificación en el uso del anticonceptivo.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere una visita a los tres meses tras el inicio de un tratamiento hormonal combinado (oral, anillo o parche) o de sólo gestágeno, o a las 3-6 semanas de la inserción en el caso del DIU.
<i>Buena práctica clínica</i>	En las visitas de control, se sugiere comprobar cuál es su satisfacción con el método y posibles problemas derivados de su uso.
<i>Buena práctica clínica</i>	En las visitas de control, se sugiere explorar cualquier cambio en la historia clínica de la usuaria que pueda causar un cambio en los criterios de elegibilidad para el uso seguro de los anticonceptivos.
<i>Débil</i>	Se sugiere valorar cambios en el peso de la usuaria en cada visita de control y discutir esta circunstancia con la usuaria que pueda asociar un eventual cambio en el peso con el método anticonceptivo hormonal.
<i>Débil</i>	Se sugiere realizar una medición de la presión arterial en cada visita de control de las usuarias de anticonceptivos hormonales combinados (píldora, parche o anillo).

# Elección del método anticonceptivo

- Es necesario conocer las contraindicaciones, p.e. en el caso de la contracepción hormonal:
  - Trastornos tromboembólicos.
  - Enfermedad cerebrovascular o de arterias coronarias.
  - Enfermedad cardiaca valvular con complicaciones.
  - Hipertensión severa (valores persistentes de 160+/100 + mmHg).
  - Diabetes con implicación vascular.
  - Migraña con aura focal.
  - Carcinoma de mama o endometrio dependiente de estrógenos.
  - Sangrado transvaginal anormal no diagnosticado.
  - Antecedente familiar de ictericia colestásica o ictericia idiopática crónica.
  - Enfermedad hepatocelular aguda o crónica con función hepática anormal.
  - Adenomas o carcinomas hepáticos.
  - Embarazo conocido o sospecha del mismo.
  - Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de este producto.



# Información sobre el uso de AHC: PAC, AVC

- Inicio del anticonceptivo en un plazo de 5 días del inicio del sangrado, o en cualquier otro momento del ciclo ( certeza no embarazo) ( 7 días de uso de protección)
- Se puede iniciar el uso de los métodos en las mujeres con amenorrea. ( protección adicional)
  - Cambio de método ( no hormonal) iniciar en los 5 días desde el inicio sangrado. No protección adicional
    - Más de 5 días del inicio del sangrado (protección adicional)
  - Cambio de método cuando anterior DIU:
    - Durante los primeros 5 días, retirar DIU en el inicio, no protección adicional
    - Más de 5 días: con actividad sexual en el ciclo-Retirar el DIU en siguiente menstruación.

# Retorno a la fertilidad

Tras la interrupción del método en la mayoría de métodos excepto:

- AMDP y EN-NET: tiempo promedio de demora de retorno fertilidad 10-6 meses respectivamente



# Inicio del DIU Cu

- Mujeres con ciclos menstruales:
  - En un plazo de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual, o cuando resulte conveniente. No mediadas adicionales de protección
  - Más de 12 días desde el inicio del sangrado cuando resulte conveniente. No mediadas adicionales de protección
- Mujeres con amenorrea
  - Inserción en cualquier momento. No protección adicional
- Mujeres posaborto
  - Inmediatamente después del aborto. No en aborto séptico
  - Cambio de método: Inserción de DIU. No es necesario esperar a la siguiente menstruación. No protección adicional.

# Inicio del DIU LNG

- Mujeres con ciclos menstruales:
  - En un plazo de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, o cuando resulte conveniente. No medidas adicionales de protección
  - Más de 7 días desde el inicio del sangrado cuando resulte conveniente. Medidas de protección adicionales durante 7 días.
- Mujeres con amenorrea
  - Inserción en cualquier momento. Protección adicional durante 7 días
- Mujeres posaborto
  - Inmediatamente después del aborto. No en aborto séptico
- Cambio de método

# Elección del método anticonceptivo

- Eficacia
- Acceptabilidad
- Inocuidad
- **Coste**
- Disponibilidad
- Reversibilidad
- Comodidad
- Motivación





## RESULTADOS DEL ESTUDIO CHOICE: PROYECTO PARA PROMOVER EL USO DE MÉTODOS LARC Y REDUCIR EL NÚMERO DE EMBARAZOS NO DESEADOS

---

*Birgisson NE et al. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. J Womens Health. 2015;24(5):349-53.*

- OBJETIVO** Promover el uso de los LARC para reducir el número de embarazos no deseados en la región de St. Louis (EE.UU.).
- MÉTODOS** Estudio observacional prospectivo en una cohorte de 9.000 mujeres de 14 a 45 años realizado en EE.UU. Periodo de inclusión: entre 2007 y 2011. Se proporcionó un método de anticoncepción reversible, de forma gratuita, durante 2-3 años, a mujeres que no querían quedarse embarazadas en el año siguiente a la inclusión en el estudio.
- RESULTADOS** Los LARC son más efectivos que el resto de métodos existentes en la actualidad siendo 20 veces más efectivos que los métodos no-LARC. La continuidad fue mayor con los métodos LARC (87% a los 2 años, 77% a los 3 años) que con los no-LARC (57% a los 2 años, 41% a los 3 años). Hubo una reducción del número de abortos repetidos dentro de la población donde se llevó a cabo el estudio.
- CONCLUSIÓN** Mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos de larga duración puede reducir el número de embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo y un considerable ahorro de costes para el Sistema Sanitario de Salud.

## Impacto presupuestario de 8 métodos anticonceptivos hormonales

---

*Crespi S, Kerrigan M, Sood V. Budget impact analysis of 8 hormonal contraceptive options. Am J Manag Care. 2013;19(7):e249-55.*

- OBJETIVO** Desarrollar un modelo de impacto presupuestario comparativo sobre 8 métodos anticonceptivos hormonales y determinar si los costes de los implantes y DIUs fueron compensados por los costes relacionados con la reducción de embarazos.
- MÉTODOS** Modelo de impacto presupuestario sobre 8 métodos anticonceptivos hormonales: implante de etonogestrel, DIU-levonorgestrel, inyectable trimestral de acetato de medroxiprogesterona, anillo vaginal, parche y anticonceptivos orales de marca, genéricos y de ciclo prolongado con un horizonte temporal de 3 años. Las variables incluidas en el modelo fueron el coste del anticonceptivo, las tasas de fallo de uso típico del método anticonceptivo, las tasas de abandono del método y los costes de embarazo.
- RESULTADOS** Implanon NXT® y DIU-levonorgestrel son los que tuvieron como resultado menos embarazos y menor coste. Los costes altos iniciales de Implanon NXT® se compensan dentro del primer año debido a la menor tasa de fallo contraceptivo y, como consecuencia, a un menor coste por embarazo. Por tanto, Implanon NXT® es el método anticonceptivo menos costoso.
- CONCLUSIÓN** A pesar del elevado coste inicial de adquisición del implante de Etonogestrel y el Diu de levonorgestrel, fueron compensados dentro del primer año debido a la baja tasa de fallo contraceptivo y los consecuentes costes de embarazos no deseados.





# Financiación por Comunidades Autónomas



- DIU-CU
- Implante sin copago
- Implante copago
- DIU-LNG 5 años
- DIU-LNG 5 años con restricción
- DIU-LNG 3 años

# Elección del método anticonceptivo

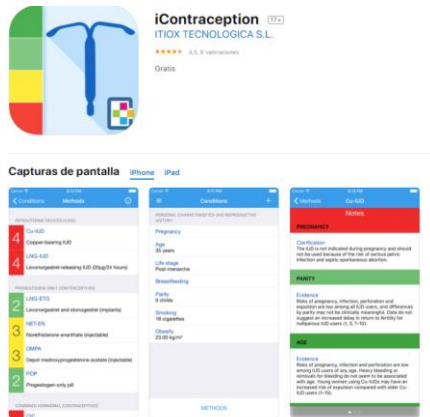
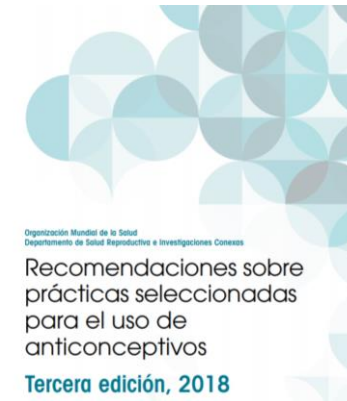
- Eficacia
- Acceptabilidad
- Inocuidad
- Coste
- Disponibilidad
- Reversibilidad
- Comodidad
- Motivación



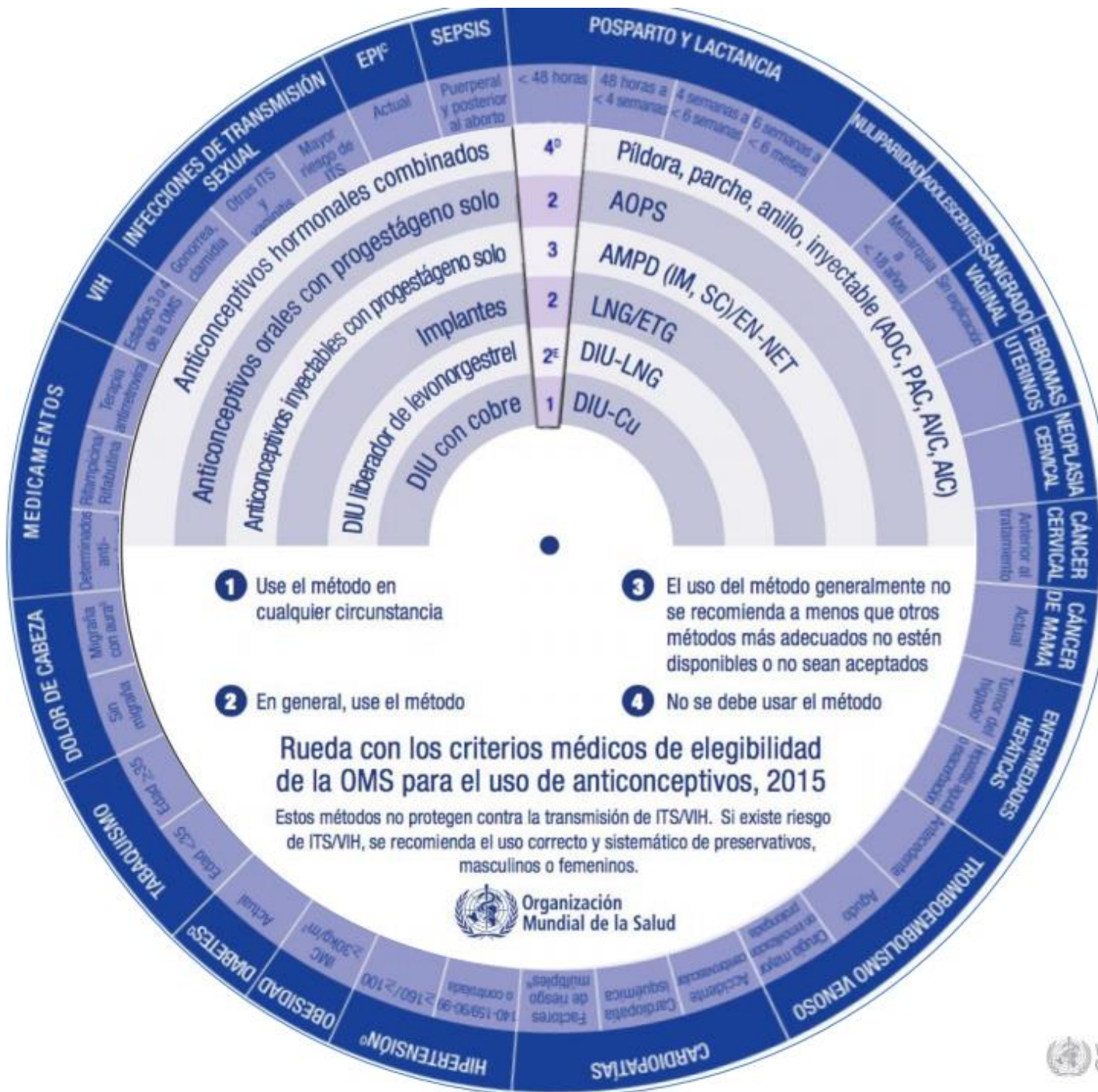


# Criterios elegibilidad OMS: Recursos

- Rueda con criterios elegibilidad
- Aplicación App



Contraception





# Cambios Importantes

**A** Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, puede seguir utilizándose durante el tratamiento.

**B** Si hay mucha probabilidad de exposición a gonorrea o clamidia = 3.

**C** Si hubo una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) anterior, todos los métodos = 1, incluido el DIU.

**D** Si es < 3 semanas, no está amamantando y no hay otros riesgos de TEV = 3.

**E** Si no está amamantando = 1.

**F** Si es de 3 a < 6 semanas, no está amamantando y no hay otros factores de riesgo de TEV = 2; con otros factores de riesgo de TEV = 3.

**G** Si es ≥ 6 semanas y no está amamantando = 1.

**H** Si la distorsión de la cavidad uterina no permite la inserción = 4.

**I** Se refiere a adenoma hepatocelular (benigno) o a carcinoma/hepatoma (maligno).

**J** Si hay adenoma, AIC = 3; si hay carcinoma/hepatoma, AIC = 3/4.

**K** AIC = 3

**L** Si está en terapia anticoagulante = 2.

**M** Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, considere cambiar por un método no hormonal.

**N** Factores de riesgo: edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad y dislipemias conocidas.

**O** Si no se puede medir la presión arterial y no hay historia de hipertensión, se pueden usar todos los métodos. Puede estar elevada la presión arterial sistólica o diastólica.

**P** Si tiene <18 años y es obesa, AMPD/EN-NET = 2.

**Q** Para dependientes de insulina y no dependientes de insulina. Si tiene diabetes con complicaciones o diabetes >20 años de duración, AOC/PAC/AVC, AIC = 3/4; AMPD, EN-NET = 3.

**R** Si < 15 cigarrillos al día, AIC = 2. Si ≥ 15 cigarrillos al día, AOC/PAC/AVC = 4.

**S** El aura presenta síntomas neurológicos focales, como luces filantes. Si no tiene aura y tiene < 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 2, ADPS = 1. Si no tiene aura y tiene ≥ 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 3, ADPS = 1.

**T** Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato y lamotrigina.

**U** Si toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona o topiramato, AIC = 2.

**V** Si toma lamotrigina = 1.

**W** AMPD = 1  
EN-NET = 2.

**X** AIC = 2.

**Y** Si está en terapia antirretroviral con EFV, NVP, ATV/r, LPV/r, DRV/r, RTV; AOC/PAC/AVC, AIC, ADPS, EN-NET, implantes = 3; AMPD = 1. Para todos los ITAN, ETR, RPV, RAL, cada método = 1. Consulte los nombres completos de los medicamentos en la contracubierta.

**Z** Para estadios 3 o 4 de la OMS (enfermedad clínica por VIH grave o avanzada), DIU = 3.

**Condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos (use el método)**

**Condiciones del aparato reproductor:** enfermedad benigna en la mama o nódulo sin diagnóstico • tumores benignos en los ovarios, incluidos los quistes • dismenorrea • endometriosis • historia de diabetes gestacional • historia de presión arterial alta durante el embarazo • historia de cirugía en la pelvis, incluida la cesárea • sangrado menstrual irregular, abundante o prolongado (explicado) • embarazo ectópico previo • enfermedad pélvica inflamatoria previa • posterior a un aborto (sin sepsis) • posparto ≥ 6 meses

**Condiciones médicas:** depresión • epilepsia • VIH sin síntomas o enfermedad clínicamente leve (estadio 1 o 2 de la OMS) • anemia ferropénica, anemia drepanocítica y talasemia • malaria • cirrosis leve • esquistosomiasis (esquistosoma) • trastornos venosos superficiales, incluidas las varices • trastornos tiroideos • tuberculosis (no pélvica) • valvulopatía carotíaca no complicada • hepatitis viral (portadora o crónica)

**Otros:** adolescentes • historia familiar de cáncer de mama • historia familiar de tromboembolismo venoso (TEV) • alto riesgo de VIH • cirugía sin inmovilización prolongada • tratamiento con antibióticos (excepto rifampicina/rifabutina)

Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de amenorrea por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero.

“Combinado” se refiere a la combinación de éthinodiol y un progestágeno.

AIC: anticonceptivo inyectable combinado AMPD (IM, SC): acetato de medroxiprogesterona de depósito, intramuscular o subcutáneo AOC: anticonceptivo oral combinado ADPS: anticonceptivo oral con progestágeno solo AVC: anillo vaginal combinado DIU-Cu: dispositivo intrauterino con cobre DIU-LNG: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel EN-NET: enantato de norelgestrona ETG: etonogestrel LNG: levonorgestrel PAC: parche anticonceptivo combinado

1. Notas acerca de las afecciones
2. Nueva organización de condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos
3. Mensaje sobre la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales
4. Nueva sección de abreviaturas



# Cambios Importantes

## Píldoras anticonceptivas de emergencia

CONDICIÓN	AOC	LNG	AUP
Embarazo	NA	NA	NA
Lactancia materna <sup>a</sup>	1	1	2
Historia de embarazo ectópico	1	1	1
Obesidad <sup>b</sup> (IMC $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	1	1	1
Historia de cardiopatía grave (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos)	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática grave (incluso ictericia)	2	2	2
Inductores de la CYP3A4 <sup>c</sup> (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan/ <i>Hypericum perforatum</i> )	1	1	1
Uso repetido de las píldoras anticonceptivas de emergencia <sup>d</sup>	1	1	1
Violación	1	1	1

## DIU con cobre para anticoncepción de emergencia

Este método es muy eficaz para prevenir el embarazo. Puede utilizarse en el lapso de 5 días del coito sin protección como anticoncepción de emergencia. Sin embargo, cuando se pueda estimar el tiempo de la ovulación, el DIU-Cu puede introducirse más allá de los 5 días después del coito, si es necesario, siempre que la inserción no se realice después de más de 5 días desde la ovulación.

Los criterios de elegibilidad para la inserción general del DIU-Cu también se aplican para la inserción del DIU-Cu como anticoncepción de emergencia.

CONDICIÓN	DIU-Cu
Embarazo	4
Violación	
a) Alto riesgo de ITS	3
b) Bajo riesgo de ITS	1

### Abreviaturas

AOC= Anticonceptivo oral combinado; AUP= Acetato de ulipristal;  
DIU-Cu= dispositivo intrauterino con cobre; LNG: levonorgestrel;  
NA= no aplica; PAE= Píldora anticonceptiva de emergencia

<sup>a</sup> No se recomienda la lactancia materna durante una semana después de recibir AUP porque este se excreta en la leche materna. Durante este período, la leche materna debe extraerse y desecharse.

<sup>b</sup> La eficacia de las PAE puede ser menor en las mujeres con un IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> que en las mujeres con un IMC  $<$  25 kg/m<sup>2</sup>. A pesar de esto, no existen cuestiones de seguridad.

<sup>c</sup> Los inductores potentes del CYP3A4 pueden reducir la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia.

<sup>d</sup> El uso reiterado de las PAE es una indicación de que la mujer requiere más orientación sobre otras opciones de anticonceptivos. El uso reiterado o frecuente de las PAE puede ser perjudicial para las mujeres con condiciones clasificadas como categoría 2, 3 o 4 para el uso de anticoncepción hormonal.

# Puerperio y Lactancia

Condición	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
<b>Lactancia materna</b>							
a) < 6 semanas posparto	4	4	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>		
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses posparto	2	2	1	1	1		
<b>Posparto</b> (en mujeres que no estén amamantando)							
a) < 21 días			1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	4 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>					
b) ≥ 21 días a 42 días			1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>					
c) > 42 días	1	1	1	1	1		
<b>Posparto</b> (en mujeres que estén o no estén amamantando, incluso después de una cesárea)							
a) < 48 horas incluida la colocación inmediatamente después de la expulsión de la placenta						1	sin LM = 1; LM = 2
b) ≥ 48 horas a < 4 semanas						3	3
c) ≥ 4 semanas						1	1
d) Sepsis puerperal						4	4

# **IMPORTANCIA DEL CONSEJO Y EL SEGUIMIENTO DE LA CONTRACEPCIÓN**

# Situaciones especiales

- Discapacidad física: asesoramiento informado
- Discapacidad psíquica: asesoramiento también con las personas responsables / tutores
- ( utilización métodos barrera puede resultar difícil ( destreza, movilidad, valorar AH mujeres con movilidad reducida, recordar uso diario de AHO...)
- Adolescentes: En general, son elegibles para usar cualquier método, deben tener acceso a una amplia variedad de métodos (↑ satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de métodos)
- Hay que tener muy en cuenta el efecto de un embarazo no deseado
- Considerar los aspectos conductuales y sociales: riesgo ITS
- Menos tolerantes a los efectos colaterales: discontinuidad



# Implicaciones en elección del método

- Elección informada
- Elementos de calidad de la atención
- Procedimientos esenciales de detección para la administración del método
- Capacitación y habilidades de los profesionales
- Referencia y seguimiento para el uso de anticonceptivos según corresponda

# Asesoramiento con éxito

<b>Tipo de usuaria</b>	Tareas de asesoramiento
<b>Usuaris que vuelven sin problemas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Control de rutina</li><li>-Preguntar sobre funcionamiento de método y satisfacción</li></ul>
<b>Usuaris que vuelven con problemas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Comprender el problema y contribuir a su resolución (efectos colaterales, uso del método, colaboración de la pareja, otros)</li></ul>
<b>Usuaris que han pensado en un método</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Verificar comprensión de la información</li><li>-Apoyo de la elección, si ésta en la condición adecuada</li><li>-Analizar el método y ayudar en el manejo de efectos colaterales</li></ul>
<b>Usuaris que no han pensado en un método</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Analizar situación: planes y que le importa del método</li><li>Ayudar a escoger el método</li><li>Ayudar a tomar decisión</li><li>Apoyo de la decisión de la mujer, explica instrucciones de uso y el manejo de efectos colaterales</li></ul>



# Consulta de seguimiento para el DIU

## ¿En qué puedo ayudarle?

- ¿Está contenta con el DIU?
- ¿Desea que verifiquemos si está colocado correctamente?
- ¿Tiene alguna pregunta o algún problema?

**Puede ser útil hacer un examen pélvico después de la primera menstruación o de 3 a 6 semanas después de la inserción.**

- Verifique si hay expulsión parcial o completa, o si presenta infección pélvica.

**Extracción del DIU:** Si la clienta se encuentra contenta con el DIU, puede seguir usándolo hasta que deje de ser eficaz (10 años después de su inserción cuando se trata del DIU de Cobre T380A).

• **Para ayudarla a controlar los efectos secundarios u otros problemas, vaya a la página siguiente.**

• ¿Desea cambiar de método?

*“Es aceptable cambiar de método si eso es lo que usted decide hacer”.*

• ¿Desea dejar de practicar la planificación familiar?

Analice que motivos tiene, las consecuencias y los siguientes pasos.

• Haga los preparativos para la extracción del DIU si eso es lo que la clienta desea.



## Verifiquemos si:

- Ha habido cambios en su estado de salud

**Verifique la presencia de cualquier infección o cualquier otro problema en el tracto reproductivo.**

• Se puede dejar el DIU en su lugar en los siguientes casos:

- mientras se evalúa la razón del sangrado vaginal inexplicable,
- mientras recibe tratamiento para las ITS o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI),
- mientras espera recibir tratamiento para el cáncer cervical, endometrial u ovárico,
- si regresa con VIH (la infección) o SIDA (la enfermedad): las clientas con SIDA deben ser examinadas con frecuencia y muy de cerca por si se les presenta una infección pélvica.

• Si una clienta regresa con tuberculosis pélvica, se le debe remover el DIU.

- ¿También necesita condones?

• **Averigüe qué hace la clienta para evitar contraer ITS/VIH/SIDA.**

Si no se protege, vaya a la pestaña **Doble Protección** y entréguele condones si es necesario.

## Paso siguiente:

¿Desea continuar con el método? Invítela a que regrese cuando lo desee o cuando el DIU necesite extraerse.

¿Necesita ayuda con algún problema? Vaya a la página siguiente.

¿Desea cambiar de método? Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.



# Ayuda usando el DIU

¿Tiene alguna pregunta o problema?  
Nosotros podemos ayudarle.

• ¿Tiene problemas de sangrado?

**Si la clienta tiene problemas, escuche sus preocupaciones**

- Tome con seriedad todos sus comentarios. No desestime sus preocupaciones.
- Conteste sus preguntas respetuosamente.



• ¿Dolor pélvico o contracciones uterinas?

**Sangrado irregular, prolongado o abundante:**

- Es común que el sangrado menstrual sea más abundante en los primeros 3 ó 6 meses después de la inserción o que presente manchado.
- Medicamentos como el ibuprofeno u otros similares pueden reducir el sangrado (NO la aspirina).
- Si los problemas de sangrado continúan, puede ser necesario hacer un examen pélvico. Déle tratamiento a cualquier condición anormal que encuentre o refiera a la usuaria a otro centro asistencial. Verifique si tiene anemia. Si encuentra signos clínicos de anemia, sugiera la extracción del DIU.
- Si a ella no le parece aceptable el sangrado, sugiera la extracción del DIU.

• ¿Los hilos del DIU cambiaron de longitud o no los encuentra?

**El dolor abdominal bajo puede indicar la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) o de un embarazo ectópico:**

- Diagnostique y dé tratamiento a la usuaria según sea apropiado, o refiérala a otro centro asistencial donde pueda ser atendida.

• ¿Cree que pueda estar embarazada?

- El DIU puede encontrarse fuera de lugar (expulsado o parcialmente expulsado). Haga un examen pélvico. Si el DIU no se encuentra en el lugar debido, éste debe extraerse. La clienta puede usar anticoncepción de emergencia si tuvo relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días. Vaya a la pestaña AE.

• ¿Tiene otros problemas?

- **Si está embarazada**, recomiende la extracción del DIU si los hilos están a la vista o si pueden sacarse del canal cervical sin peligro. Explique que existe un pequeño riesgo de sufrir aborto espontáneo. **Si los hilos NO están a la vista y el DIU no puede extraerse en forma segura**, encárguese de que una/un doctor o enfermera haga un monitoreo frecuente del embarazo.

**Paso siguiente:**

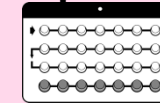
¿La clienta desea seguir usando el DIU o desea cambiar de método?

¿Desea continuar con el método? Tranquilece a la clienta. Verifique si ha habido cambios en su estado de salud. (Vea la página anterior). Invítela a que regrese cuando lo desee o cuando necesite retirarse el DIU.

¿Desea cambiar de método?

Revise otros métodos.  
Vaya a la pestaña Elección de Método.

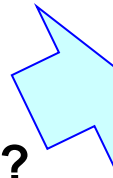




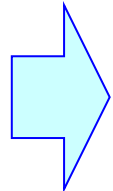
# Consulta de seguimiento para la píldora

## ¿En qué puedo ayudarla?

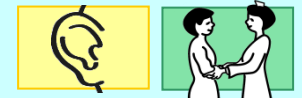
- ¿Está contenta usando la píldora?  
¿Necesita más píldoras?
- ¿Tiene alguna pregunta o algún problema?



- **Si la cliente está satisfecha**, asegúrese de que no ha habido cambios en su estado de salud antes de darle más píldoras. Vea más adelante.
- Puede entregarle hasta un año de suministro de píldoras.



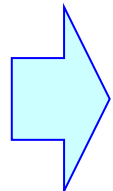
- **Para ayudarla a controlar los efectos secundarios y otros problemas, pase a la página siguiente.**



- **¿Desea cambiar de método?**  
"Es aceptable cambiar de método si eso es lo que usted decide hacer".
- **¿Desea dejar de practicar la planificación familiar?** Analice los motivos, las consecuencias y los pasos siguientes.

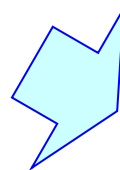
## Verifiquemos si:

- **Ha habido cambios en su estado de salud**
- **¿Necesita también condones?**



### Verifique que no existan nuevas condiciones de salud que puedan afectar el uso del método:

- Si es posible verifique la presión arterial al menos una vez al año.
- En general, la cliente debe **dejar de usar la píldora** y elegir otro método si:
  - ha desarrollado presión arterial alta;
  - tiene dolores de cabeza más frecuentes o más intensos (migraña);
  - si informa tener ciertos problemas o condiciones médicas nuevas (vea la lista en la pestaña La Píldora, página P2).
- Si ha empezado a tomar rifampicina o un medicamento para las convulsiones, entréguele condones para que los use con la píldora. Si está en un tratamiento a largo plazo con estas drogas, ayúdela a elegir otro método.



- **Averigüe qué hace la cliente para evitar contraer ITS/VIH/SIDA.** Si no se protege, vaya a la pestaña **Doble Protección** y entréguele condones si es necesario.

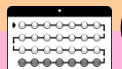
## Paso siguiente:

¿Desea continuar con el método?

Entréguele hasta un año entero de suministro de píldoras. Ofrézcale condones.

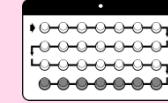
¿Necesita ayuda con algún problema? Vaya a la página siguiente.

¿Desea cambiar? Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.



# Ayuda usando la píldora

## La píldora



¿Tiene alguna pregunta o problema?  
Nosotros podemos ayudarle.



Si la clienta tiene problemas, escuche sus preocupaciones

- **Tome con seriedad todos sus comentarios.** No desestime sus preocupaciones.
- **Conteste sus preguntas** respetuosamente.

**Tranquilícela informándole que los efectos secundarios son algo normal:**

- La mayoría no son peligrosos ni son signo de una enfermedad, y habitualmente desaparecen después de 3 meses.
- Es posible que la clienta tenga más de un efecto secundario.
- El cambiar de marca puede ayudar.

- **Vómitos después de 2 horas** de haber tomado la píldora activa: tome una píldora activa de otro envase. Las **náuseas** pueden reducirse tomando la píldora después de una comida.
- **Diarrea grave o vómitos por más de dos días:** siga las mismas instrucciones que para cuando se olvida de tomar la píldora.

- **El goteo o sangrado entre menstruaciones** es común, especialmente en los primeros meses de estar tomando la píldora. También puede suceder cuando se olvida de tomar la píldora, tiene vómitos y diarrea o al tomar rifampicina o medicamentos para las convulsiones.

- **Dolores de cabeza leves:** si es necesario, que tome un medicamento para el dolor. Si al tomar la píldora le dan dolores de cabeza más frecuentes o más intensos (migraña), habitualmente la clienta debe cambiar de método.

- Algunas mujeres también reportan una ligera subida o pérdida de peso, mareos, amenorrea (ausencia de sangrado menstrual), cambios de humor y disminución del deseo sexual.

- Para ver qué hacer si **se olvida de tomar la píldora**, vaya a la pestaña La Píldora, página P5 ¿“*Qué le ayudaría a recordar? ¿Que otras cosas hace comúnmente a diario?*”
- ¿Cuándo es más fácil tomar la píldora? ¿Con una comida? ¿A la hora de ir a dormir?
- Averigüe si “¿*Sería mejor usar otro método?*”

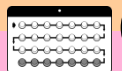
- ¿Tiene náuseas o vómito?
- ¿Cambios en el sangrado?
- ¿Dolores de cabeza?
- ¿Mayor sensibilidad en los senos?
- ¿Otros problemas?
- ¿Tiene dificultad para recordar que debe tomar la píldora? ¿Se ha olvidado de tomar la píldora?

## Paso siguiente:

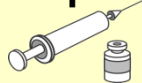
¿La clienta quiere seguir usando la píldora o desea cambiar de método?

¿Desea continuar con el método? Verifique que no haya habido cambios en su estado de salud. (Vea la página anterior). Entréguele **hasta un año entero de suministro de píldoras.** Ofrézcale condones.

¿Desea cambiar? Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.







# Consulta de seguimiento para el inyectable de acción prolongada

## ¿En qué puedo ayudarle?

- ¿Está contenta usando el inyectable?
- ¿Necesita la siguiente inyección?

- ¿Se le ha pasado la fecha de la inyección?

- ¿Tiene alguna pregunta o problema?

## Verifiquemos si:

- Ha habido cambios en su estado de salud
- ¿También necesita condones?

### Paso siguiente:

¿Desea continuar con el método? Déle la inyección. Recuérdele la fecha en que debe regresar para la siguiente inyección.

¿Necesita ayuda con algún problema? Vaya a la página siguiente.

¿Desea cambiar? Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.

- Si la clienta está satisfecha, verifique que no haya habido ningún cambio en su estado de salud antes de darle la siguiente inyección. Vea abajo.
- ¡Recuerde usar procedimientos seguros para la administración de la inyección! (vaya a la pestaña Inyectable de acción prolongada, página IAP5).

- Con retraso de hasta dos semanas: puede recibir la inyección sin la necesidad de protección adicional.
- Con retraso de más de dos semanas: puede recibir la siguiente inyección si está razonablemente segura de que no está embarazada (por ejemplo, si no ha tenido relaciones sexuales desde la fecha en que debía haber recibido la siguiente inyección). La clienta debe usar condones o evitar las relaciones sexuales por siete días después de la inyección. Plantéele la anticoncepción de emergencia si la clienta ha tenido relaciones sexuales pasadas las 2 semanas del “período de gracia”.
- Analicen lo que ella puede hacer para recordar la inyección la próxima vez.

- Para ayudarle a manejar los efectos secundarios y otros problemas, pase a la página siguiente.

- ¿Desea cambiar de método?

“Es aceptable cambiar de método si eso es lo que usted decide hacer.”

- ¿Desea dejar de practicar la planificación familiar?

Analice las razones, las consecuencias y los pasos siguientes.



En general, la clienta **debe dejar de usar los inyectables de acción prolongada** y elegir otro método si:

- Ha desarrollado presión arterial alta;
- Tiene alteraciones de la visión previas a fuertes dolores de cabeza (migraña con aura);
- Reporta experimentar otras condiciones o problemas de salud nuevos (vea la lista en la pestaña Inyectables de acción prolongada, página IAP2).

- Averigüe qué hace la clienta para evitar contraer ITS/VIH/SIDA. Si no se protege, vaya a la pestaña Doble Protección y entréguele condones si es necesario.







# Ayuda usando el inyectable de acción prolongada

¿Tiene alguna pregunta o problema? Nosotros podemos ayudarle.

• ¿Tiene cambios en el sangrado?

• ¿Ha subido de peso?

• ¿Dolores de cabeza?

• ¿Otros problemas?

## Paso siguiente:



¿La clienta quiere continuar usando el inyectable a largo plazo o desea cambiar de método?

¿Desea continuar con el método? Verifique que no haya habido ningún cambio en su estado de salud. (Vea la página siguiente). Déle una inyección. Recuerde a la clienta cuándo es la fecha de la siguiente inyección.

¿Desea cambiar de método? Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.

Si la clienta tiene problemas, escuche sus preocupaciones.

- Tome con seriedad sus comentarios. No desestime sus preocupaciones.
- Conteste sus preguntas respetuosamente.



Tranquilícela informándole que los efectos secundarios son algo normal:

- La mayoría no son peligrosos ni son signos de la existencia de una enfermedad.
- Es posible que la clienta tenga más de un efecto secundario.

• **Goteo o sangrado entre períodos.** Esto es algo común con el inyectable de acción prolongada. Si el goteo o sangrado continúan y usted sospecha la existencia de un problema, verifique que no haya infecciones. Si la causa del sangrado se debe a una ITS o infección pélvica, puede seguir usando el inyectable durante el tratamiento.

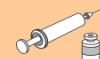
• **Ausencia de períodos (amenorrea).** Esto es común especialmente después del primer año de uso. No es peligroso ni indica la presencia de una enfermedad.

• **Sangrado muy abundante.** Esto es poco común. Si el sangrado continúa, verifique la presencia de una enfermedad o anemia (deficiencia de hierro). Si el sangrado representa una amenaza para su salud, o si la clienta lo encuentra inaceptable, ayúdela a elegir otro método.

• Es común subir de peso, en general de 1 a 2 kg. por año. Un cambio de dieta puede ayudar.

• **Dolores de cabeza leves:** si es necesario, que tome medicamentos para el dolor.

• Algunas mujeres también informan sufrir mareos, mal humor, náuseas o disminución del deseo sexual.





# Consulta de seguimiento para el inyectable mensual

## ¿En qué puedo ayudarle?

- ¿Está contenta con el inyectable?  
¿Necesita la siguiente inyección?

- ¿Se ha retrasado con la inyección?

- ¿Tiene alguna pregunta o algún problema?

## Verifiquemos si:

- Ha habido cambios en su estado de salud

- ¿También necesita condones?

- **Si la clienta está satisfecha, verifique que no haya habido cambios en su estado de salud** antes de darle la siguiente inyección. Vea abajo.
- **¡Recuerde usar procedimientos seguros al administrar las inyecciones!** (Vaya a la pestaña Inyectable mensual, página IM5).

- **Con retraso de hasta 7 días:** puede recibir la inyección sin necesidad de protección adicional.
- **Con retraso de más de 7 días:** puede recibir la inyección si está razonablemente segura de que no está embarazada (use el apéndice 1 ó haga una prueba de embarazo). La clienta debe usar condones o evitar tener relaciones sexuales por siete días después de la inyección. Plantee el uso de la anticoncepción de emergencia si ha tenido *relaciones sexuales pasados* los 7 días del “período de gracia”.
- **Analicen lo que ella puede hacer para recordar la inyección la siguiente vez.**

- **Para ayudarla a controlar los efectos secundarios, pase a la página siguiente.**
- **¿Desea cambiar de método?**  
“Es aceptable cambiar de método si eso es lo que usted decide hacer.”
- **¿Desea dejar de practicar la planificación familiar?**  
Analice los motivos, las consecuencias y los pasos siguientes.



- Si es posible, verifique la presión arterial al menos una vez al año.
- En general, la clienta **debe dejar de usar el inyectable mensual** y elegir otro método si:
  - Ha desarrollado presión arterial alta;
  - Tiene dolores de cabeza más fuertes o más a menudo (migrañas);
  - Reporta que tiene ciertas condiciones médicas o problemas (vea la lista en la pestaña Inyectable mensual, página IM2).

- **Averigüe qué hace la clienta para evitar contraer ITS/VIH/SIDA.** Si no se protege, vaya a la pestaña **Doble Protección** y entréguele condones si es necesario.

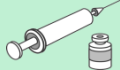
## Paso siguiente:

¿Desea continuar con el método?  
Déle una inyección. Recuerde a la clienta la fecha en que debe regresar para la siguiente inyección.

¿Necesita ayuda con algún problema?  
Vaya a la página siguiente.

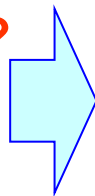
¿Desea cambiar?  
Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.





# Ayuda usando el inyectable mensual

¿Tiene alguna pregunta o problema?  
Nosotros podemos ayudarle.



**Si la cliente tiene problemas, escuche sus preocupaciones.**

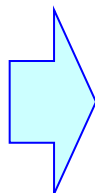
- **Tome con seriedad todos sus comentarios.** No desestime sus preocupaciones.
- **Conteste sus preguntas** respetuosamente.



**Tranquilícela informándole que los efectos secundarios son algo normal:**

- La mayoría no son peligrosos ni son signos de una enfermedad.
- Es posible que la cliente tenga más de un efecto secundario.

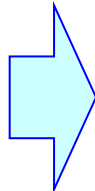
• ¿Tiene cambios en el sangrado?



- **El goteo o sangrado entre menstruaciones** es común con el inyectable mensual, pero si la causa de estos síntomas se debe a una ITS o infección pélvica, la cliente puede continuar usando el inyectable durante el tratamiento.

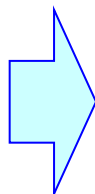
• **Algunas mujeres reportan amenorrea (ausencia de sangrado mensual).**

• ¿Dolores de cabeza?



- **Dolores de cabeza leves:** si es necesario, que tome un medicamento para el dolor.
- Si los dolores de cabeza se vuelven más frecuentes o más fuertes (migraña) cuando usa el inyectable mensual, generalmente se debe cambiar a otro método (que no sea la píldora).

• ¿Mayor sensibilidad en los senos?



- Algunas mujeres también reportan una ligera subida de peso y/o mareos.

• ¿Otros problemas?

## Paso siguiente:

¿La cliente quiere continuar con el inyectable mensual o desea cambiar de método?

¿Desea continuar con el método? Verifique que no haya habido cambios en su estado de salud. (Vea la página anterior). Déle la inyección. Recuerde a la cliente la fecha en que debe regresar para la siguiente inyección.

¿Desea cambiar de método? Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.





# Consulta de seguimiento para los Implantes

## ¿En qué puedo ayudarle?

- ¿Está contenta usando los implantes?
- ¿Tiene alguna pregunta o problema?
- ¿Es momento de extraer o cambiar los implantes?

## Verifiquemos:

- Su peso
- Si ha habido cambios en su estado de salud
- ¿También necesita condones?

## Paso siguiente:

¿Desea continuar **con el método**? Recuerde a la clienta la fecha en que debe regresar para extraerle los implantes.

¿Necesita ayuda con **algún problema**? Vaya a la página siguiente.

¿Desea **cambiar**? Vaya a la pestaña Implantes (página IMP4) para el procedimiento de extracción. Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.

• Si la clienta se encuentra satisfecha, verifique si hay cambios en su estado de salud. Vea abajo.

• Para ayudarla a controlar los efectos secundarios y otros problemas, vaya a la página siguiente.

• ¿Desea cambiar de método?

“Es aceptable cambiar de método si eso es lo que usted decide hacer.”

“Las cápsulas pueden retirarse en cualquier momento que lo desee.”

• ¿Desea dejar de practicar la planificación familiar?

Analice los motivos, las consecuencias y los pasos siguientes.



## ¿Cuándo extraer o cambiar los implantes?

• Los implantes Norplant deben extraerse o cambiarse de 4 a 7 años después de su inserción, dependiendo del peso de la clienta. Verifique la fecha de inserción de los implantes.

▪ Si es posible verifique el peso de la clienta:

- Si todavía pesa menos de 70 kg.: Debe cambiar o retirar los implantes después de 7 años.
- Si pesa entre 70 y 79 kg.: Debe cambiar o retirar los implantes después de 5 años.
- Si pesa 80 kg. o más: Debe cambiar o retirar los implantes después de 4 años. Vaya a la pestaña Implantes, página IMP4, para obtener mayor información sobre el procedimiento de extracción de los implantes.

Por lo general, la clienta debe **dejar de usar los implantes** si:

- Ha desarrollado una cardiopatía o ha tenido un accidente cerebrovascular;
- Tiene alteraciones de la visión previas a fuertes dolores de cabeza (migraña con aura);
- Reporta ciertos cambios o problemas nuevos con su estado de salud (vea la lista en la pestaña Implantes, página IMP2).

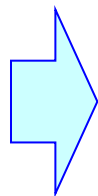
• **Averigüe qué hace la clienta para evitar contraer ITS/VIH/SIDA.** Si no se protege, vaya a la pestaña **Doble Protección** y entréguele condones si es necesario.



# Ayuda usando los implantes



¿Tiene alguna pregunta o problema? Nosotros podemos ayudarle.



**Si la clienta tiene problemas, escuche sus preocupaciones.**

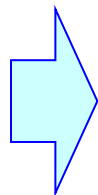
- **Tome con seriedad todos sus comentarios.** No desestime sus preocupaciones.
- **Responda sus preguntas** respetuosamente.



**Tranquile a la clienta informándole que los efectos secundarios son normales:**

- La mayoría no son peligrosos ni tampoco son signos de una enfermedad.
- Es posible que la clienta tenga más de un efecto secundario.

• ¿Tiene cambios en el sangrado?

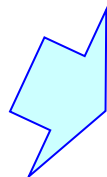


• **Goteo o sangrado ligero entre menstruaciones.** Es común, especialmente en el primer año de uso. Si el goteo o sangrado continúan y usted sospecha que existe un problema, verifique si existe alguna infección. Si el sangrado se debe a una ITS o infección pélvica, no es necesario retirar los implantes durante el tratamiento.

• **Ausencia de la menstruación (amenorrea).** Tranquile a la clienta e infórmele que los cambios en el sangrado son normales y que no son perjudiciales ni indican la presencia de una enfermedad.

• **Sangrado muy abundante.** Poco común, pero necesitan atención. Verifique que no exista una condición anormal. Si no la encuentra, **administre tratamiento según se indica a continuación:**  
— ibuprofeno o ácido mefenámico; no aspirina; o  
— 1 ciclo de píldoras de anticonceptivos combinados de dosis baja (si la clienta puede tomar estrógeno).

• ¿Está infectado el lugar de la inserción?



- Limpie el sitio con jabón y agua, o con antiséptico si está disponible. No necesita retirar los implantes.
- **Si presenta un absceso,** haga una incisión y drene el absceso. Retire los implantes y ofrézcale otro método.
- Limpie y desinfecte la herida. Recete antibióticos por vía oral durante 7 días.

• ¿Tiene dolores de cabeza?



**Otros efectos secundarios** habitualmente desaparecen en el plazo de un año.

- **Dolores de cabeza leves:** Si es necesario, que tome un medicamento para el dolor.
- Algunas mujeres también reportan tener mayor sensibilidad en los senos, dolor en el abdomen bajo, mareos, nerviosismo, náuseas, acné, aumento o pérdida de peso, caída del cabello o crecimiento de vello en la cara.

• ¿Tiene otros problemas?



**Paso siguiente:**

¿La clienta desea continuar usando los implantes o quiere cambiar de método?

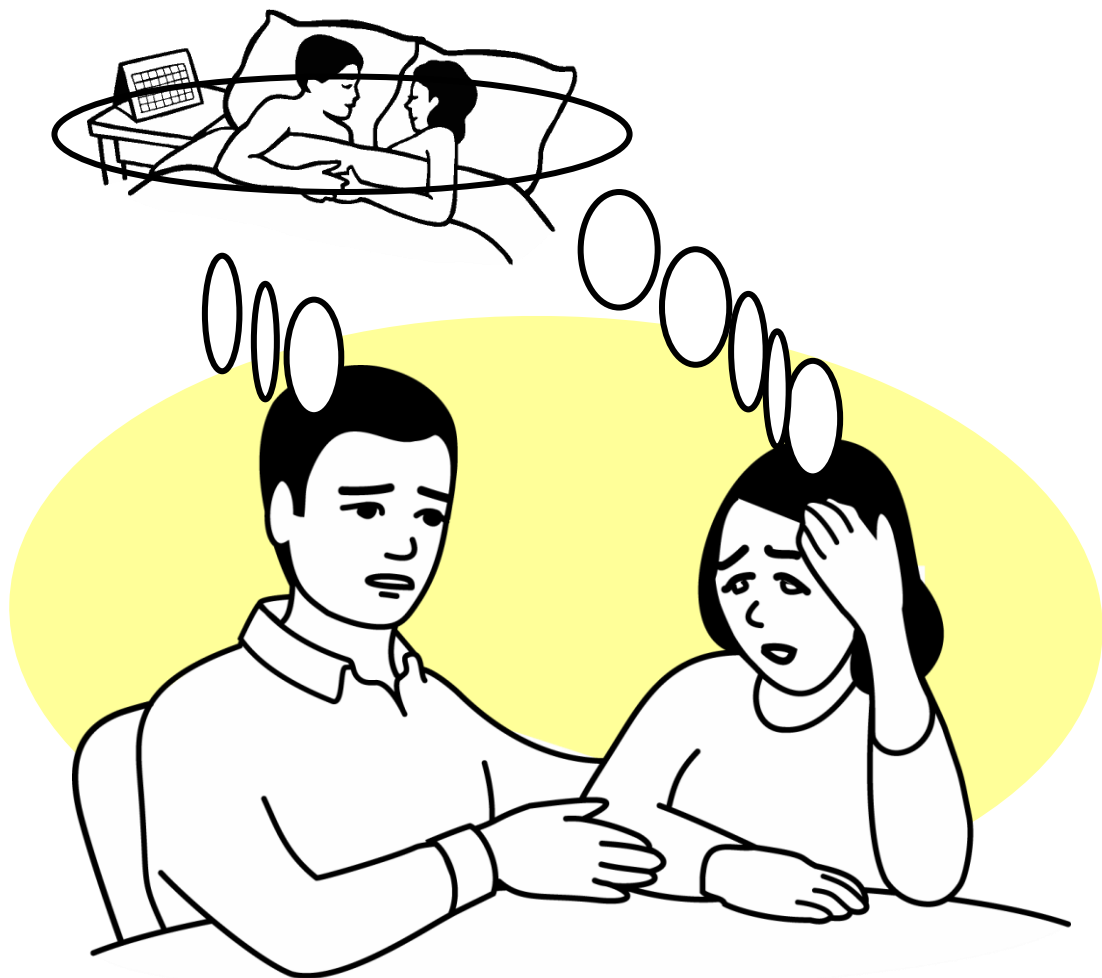
¿Desea continuar con el método? Verifique que no haya habido cambios en su estado de salud. (Vea la página anterior). Recuérdle a la clienta regresar en la fecha prevista para retirar los implantes.

¿Desea cambiar de método? Vaya a la pestaña Implantes (página IMP4) para información sobre el procedimiento de extracción. Revise otros métodos. Vaya a la pestaña Elección de Método.





# Anticoncepción de emergencia



- Existen métodos seguros para evitar el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección
- ¿Cuánto tiempo hace que tuvo relaciones sexuales sin protección?
- ¿Ha estado expuesta a las ITS/VIH?

