

La Atención Primaria un marco idóneo para la anticoncepción

Cristina Iglesias Díaz
Médico de Familia. C.S. Mera. A Coruña

David Bouza Álvarez
Médico de Familia. C.S. Ventorrillo. A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2009
Volume 16
Páx. 216-221

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos 10 años se han producido grandes cambios y novedades en el terreno de la anticoncepción por una coincidencia de factores: nuevas pautas en anticoncepción oral combinada (AOC), nuevas dosis, nuevas composiciones, aplicaciones y vías de administración, y nuevas evidencias para adecuarse cada vez más a las necesidades específicas de cada mujer.

Desde la década de los 90 se ha producido una disminución de la tasa de fecundidad, y sin embargo "la tasa de INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO" (IVE) sigue en aumento: del **5,2** por 1000 mujeres entre 15-44 años en **1992**, **7,6** en **2001**, **9,60** en **2005** y **11,49** en **2007**⁽¹⁾. Por otro lado la demanda de la píldora de emergencia sigue aumentando en nuestro país, en 2004 se dispensaron más de 600.000 tratamientos de ésta píldora.

En una encuesta nacional sobre uso de anticonceptivos entre las mujeres españolas el 60.6% usa algún método anticonceptivo siendo el preservativo el más utilizado (36.2%), y estima que hay más de 800.000 mujeres en riesgo de embarazo no planificado⁽²⁾.

Con motivo del Día Mundial de la Contracepción en Septiembre de 2008, expertos de la Fundación Española de Contracepción (FEC) han destacado que el número de embarazos no deseados entre los menores de 15 años se ha multiplicado por cuatro en los últimos 10 años, y la Dra. de la Viuda estimó en más de 100.000 los embarazos no deseados en España en jóvenes que no han superado la veintena y como consecuencia de todo ello el aumento de los abortos en mujeres de 20-24 años, (18,27%). Este dato abrumador debería hacernos reflexionar y replantearnos nuestro papel como profesionales de Atención Primaria: estamos informando y asesorando adecuadamente a los adolescentes? y sobre todo, el acceso a los métodos es adecuado? parece que no.

Quizá el nuevo reto consiste en mantener una anticoncepción eficaz mejorando tolerancia y perfil de seguridad, disminuyendo efectos

secundarios y facilitando un buen cumplimiento, pero sobre todo, lo más importante es aumentar su "accesibilidad", y ésta en última instancia está relacionada con criterios políticos. La escasa financiación de los métodos anticonceptivos constituye una traba para determinados colectivos, adolescentes, población inmigrante, o con escasos recursos. Los embarazos no deseados son más frecuentes en las edades extremas de la vida, y a menor nivel socioeconómico. Se han asociado con mayor riesgo de cuidados inadecuados prenatales y de complicaciones tanto para la madre como para el hijo, más acusadas en la adolescencia debido a una mayor vulnerabilidad psicológica, uniones inestables, y en muchos casos una finalización prematura de su formación escolar⁽³⁾.

También es deseable que los anticonceptivos, puesto que se van a utilizar en etapas cruciales de la vida reproductiva de la mujer, puedan aportar soluciones terapéuticas a algunas patologías muy comunes como la dismenorrea y la hipermenorrea; y no menos importante cubrir huecos incomprensibles todavía en la Oferta de anticonceptivos para situaciones especiales, como la lactancia y la anticoncepción de emergencia.

2. PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA

Debido al cambio social, laboral y familiar de nuestra sociedad, el personal sanitario precisa una actualización de sus conocimientos y una mayor implicación para establecer las estrategias adecuadas de prevención de embarazos no deseados.

¿Quién? - El médico de familia, es el profesional más "accesible" y "cercano", (el primer nivel de atención del sistema sanitario) el que desde un modelo de atención Integral y continua debe ofertar un servicio de anticoncepción. Debe contemplarse como una actividad preventiva más.

¿Dónde? - Desde la consulta a demanda, porque permite dar respuestas inmediatas, hacer búsqueda activa de problemas y orientar de forma adecuada; y todo esto aprovechando la más valiosa herra-

mienta para la anticoncepción: "LA HISTORIA CLINICA". El Programa de la Mujer, ofertado en muchos centros de Atención Primaria es posible que en ocasiones no llegue a cubrir todas las expectativas y se puede convertir incluso en una traba sino garantizamos la accesibilidad inmediata.

¿Por qué? – Porque no hay que olvidar que la anticoncepción es la prescripción de un método anticonceptivo a una población en principio joven y sana, y no necesitamos recursos ni pruebas sofisticadas para hacerlo.

Para unificar el consejo anticonceptivo y ofrecer una valoración homogénea de los métodos conviene describir una serie de características o atributos que, según ha demostrado la experiencia, influyen en la elección:

ASEQUIBLE: económicamente

AUTOGESTIÓN: uso continuado sin excesivo control médico

NO PERTURBA LA RELACIÓN SEXUAL: no tiene relación inmediata con el coito

ACCESIBLE: fácil de usar, sencillo de adquirir

EFICAZ: índice de fallos cercano a cero

SEGURO: no altera la salud

ACEPTABLE: aceptado por los dos miembros de la pareja

REVERSIBLE

3. REQUISITOS IMPRESCINDIBLES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

En 1995, el Consenso de Mottran Hall⁽⁴⁾ en Reino Unido tras una revisión sistemática de la evidencia científica disponible y con el respaldo de los mayores expertos del mundo en anticoncepción afirmó de forma clara y contundente que hay EVIDENCIA CIENTIFICA suficiente para afirmar que los únicos requisitos IMPRESCINDIBLES para la prescripción de anticonceptivos orales con seguridad son: CONOCER LOS MÉTODOS (sus contraindicaciones, las normas de uso, manejar los efectos secundarios); hacer una HISTORIA CLÍNICA/ANAMNESIA correcta (con especial atención a la búsqueda de factores de riesgo que contraindiquen el uso de anticonceptivos hormonales como tabaco, obesidad, investigar antecedentes familiares (AF) de infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV), tromboembolismo venoso (TEV) en familiares directos (50 años); TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL (TA) e INFORMAR ADECUADAMENTE sobre los métodos (características, funcionamiento, normas de uso, efectos secundarios y complicaciones).

La exploración ginecológica integrada en las actividades preventivas, no hay evidencia científica de que las usuarias de anticoncepción hormonal deban hacer revisiones distintas de las que hacen otras mujeres⁽⁵⁾. La exploración de mama⁽⁶⁾, analíticas⁽⁷⁻⁹⁾ o el cribado de enfermedades de transmisión sexual (ETS) tampoco contribuyen de forma sustancial a un uso seguro y efectivo del método anticoncep-

tivo, todo ello debería contribuir a simplificar, desmitificar y desmedicalizar la prescripción de anticonceptivos.

4. CLASIFICACIÓN

1) ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

A) ANTICONCEPCIÓN COMBINADA

- PÍLDORAS
- PARCHE TRANSDÉRMICO (EVRA)
- ANILLO VAGINAL (NUVARING)
- INYECTABLE (TOPASEL)

B) ANTICONCEPCIÓN DE PROGESTÁGENO SOLO

- PÍLDORA (CERAZET)
- INYECTABLE (DEPO-PROGEVERA)
- IMPLANTE SUBDÉRMICO (IMPLANON, JADELLE)

2) ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL O DE EMERGENCIA

3) DISPOSITIVO INTRAUTERINO

4) ANTICONCEPCIÓN POSTABORTO Y POSTPARTO

I) Anticoncepción hormonal (AH)

Consiste en la administración combinada de estrógenos y progestágenos de síntesis o de progestágeno de forma aislada. El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, originando un mecanismo de retroalimentación negativa sobre la hipófisis; además el progestágeno modifica el moco cervical, inhibe la fase proliferativa del endometrio y disminuye la motilidad tubárica.

Disponemos de cinco vías de administración, con similar eficacia, indicaciones y efectos secundarios: oral, inyectable, transdérmica, subdérmica y vaginal.

Ninguna vía se ha demostrado superior a las otras en eficacia teórica. Los métodos que no requieren participación de la usuaria presentan mayor efectividad (eficacia de uso). Tampoco se dispone de evidencia de calidad que pueda demostrar que una vía de administración sea superior a otra en cuanto a seguridad del método anticonceptivo⁽¹⁰⁾; por el momento y hasta que no se disponga de otras evidencias, la decisión de una u otra vía dependerá de las preferencias de la mujer⁽¹¹⁾.

Algunos aspectos controvertidos de la anticoncepción hormonal, han cuestionado su seguridad en diversas ocasiones. El más importante por su trascendencia, es quizá el relacionado con el riesgo cardiovascular de los anticonceptivos.

Los efectos cardiovasculares de los AH están claramente influenciados por el consumo de tabaco. El riesgo de accidentes cardiovasculares está aumentado en las fumadoras de cualquier edad⁽¹²⁻¹³⁾.

En 2001 EL COMITÉ EUROPEO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS emitió un informe sobre estos aspectos:

“El TEV es una reacción infrecuente pero grave asociada a cualquier tipo de anticonceptivo combinado (AC). El riesgo es bajo, por lo que el balance riesgo-beneficio permanece “favorable”. El riesgo es mayor durante el 1º año. La evidencia científica sugiere un aumento del riesgo al utilizar gestágenos de 3ª generación”⁽¹⁴⁾.

Existen dos tipos de preparados: **monofásicos** en los que la dosis de estrógeno y progestágeno es igual todo el ciclo; **bifásicos/trifásicos** con 2 ó 3 dosis distintas secuenciales, y con una dosis de estrógeno más baja. No hay evidencia científica de que unos sean más efectivos o inocuos que otros.

El estrógeno utilizado en anticoncepción es el Etinilestradiol (EE) en diferentes dosis. Los progestágenos tienen distinto grado de actividad progestogénica, androgénica, antiandrogénica, estrogénica/ antiestrogénica.

Todos los anticonceptivos orales combinados (AOC) disponibles en el mercado son muy eficaces en la prevención del embarazo, pero la evolución del propio mercado ha llevado a la aparición de nuevos preparados con menor dosis de estrógeno y con nuevos gestágenos buscando mejorar el perfil de seguridad y tolerabilidad. Los preparados que contienen etinilestradiol (EE) y levonorgestrel (LNG, gestágeno de segunda generación) son más seguros y los más utilizados en la actualidad⁽¹⁵⁾ no superados por los de aparición más reciente. Los gestágenos de 2ª y 3ª generación (derivados de Levonorgestrel - LNG) tienen menos efectos sobre el metabolismo lipídico, hidrocarbonado y sobre la TA, pero los preparados con gestágenos de 3ª generación, en contra de lo que se esperaba suponen un mayor riesgo de trombosis venosa profunda (TVP)⁽¹³⁾.

También se ha comercializado en EEUU un anticonceptivo de largo ciclo, Seasonale®, con 84 comprimidos que contienen EE+LNG, para su toma ininterrumpida, una semana de descanso y reiniciar, con muy buenos resultados⁽¹⁶⁾.

La alarma generada sobre DIANE® (etinilestradiol y acetato de ciproterona) un preparado muy utilizado en nuestro país, ha restringido su uso a indicaciones no anticonceptivas: acné, hirsutismo y virilización. Los estudios que le atribuyen mayor riesgo trombótico, son controvertidos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. La alternativa que ocupa su lugar es ¿Yasmin®? un anticonceptivo que lleva como gestágeno la drospirinona, y existe menos experiencia de uso.

Los métodos de sólo gestágeno (MSG) son otra opción, con otras indicaciones y con un inconveniente común, su mal control del ciclo (la amenorrea, o las reglas impredecibles) lo cual no supone riesgos para la salud de las mujeres, y esto debe de quedar muy claro cuando informamos pues es una causa frecuente de abandono del método. Por otro lado son útiles en el manejo de problemas como las menorragias secundarias a miomas, mejoran la dismenorrea, como

elevan el nivel anticonvulsivante pueden ser útiles en mujeres epilépticas, y pueden utilizarse en la lactancia⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

La relación entre el uso de AOC y cáncer de mama siempre ha estado pesando en la sombra, hoy disponemos de pruebas suficientes que demuestran que las mujeres que los habían tomado no tenían mayor riesgo de padecer este cáncer ni durante la toma ni años después⁽²¹⁾.

OLVIDOS

Se sabe que son necesarios siete días de toma continuada de un AOC para evitar la ovulación⁽²²⁾. Si los olvidos ocurren en la 1ª semana y ha habido relaciones sexuales, debe prescribirse anticoncepción de emergencia. Si los olvidos son en la-3ª semana acabar el envase y empezar uno nuevo sin semana de descanso o sin tomar los comprimidos inactivos.

CONTRAINDICACIONES

La mayoría de los estudios realizados para valorar las contraindicaciones absolutas de los AH son de calidad media-baja. Las pruebas son siempre indirectas pues no se ha demostrado que los AH empeoren las situaciones patológicas evaluadas; hablaremos de “Criterios de Elección” que se adapta a la nomenclatura internacional utilizada por la OMS⁽²³⁾. Las recomendaciones se suministran mediante la asignación de 4 categorías: la categoría 1 indica que el método utilizado no presenta restricciones, la categoría 2 se asigna cuando se considera que las ventajas del uso superan los riesgos que este representa. En este sentido se revisan las categorías catalogadas como 3 (los riesgos superan a los beneficios) y 4 (no se debe usar) (Tablas 1 y 2).

TABLA 1

Anticoncepción sólo gestágeno (ASG). criterios de elección de la OMS (Contraindicaciones)

CONDICIÓN	CATEGORÍA			
	Minipildora	AMPD	Implante	DIU-LNG
Lactancia y <6 semanas post-parto	3	3	3	3-4 sem
Múltiples FRV(edad,tabaco,HTA,diabetes)	2	3	2	2
Hipertensión 160/100	2	3	2	2
HTA con enfermedad vascular	2	3	2	2
TVP- EP actual	3	3	3	3
Cardiopatía isquémica	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)	2(I) 3(C)
Accidente cerebrovascular	2(I) 3(C)	3	2(I) 3(C)	2
Migraña con aura a cualquier edad	2(I) 3(C)	idem	idem	idem
Sangrado vaginal sospecha grave, NE	2	3	3	4(I) 2(C)
Cáncer de mama actual	4	4	4	4
Ca mama pasado sin E. actual ni <5 años	3	3	3	3
DM con EV o >20 años de duración	2	3	2	2
Hepatitis viral actual	3	3	3	3
Cirrosis grave descompensada	3	3	3	3
Ca hepático (benigno o maligno)	3	3	3	3

(I)= Inicio; (C)= Continuación

No hay evidencia de que los métodos sólo gestágenos (MSG) tengan un efecto significativo sobre el cáncer de mama, incluso parece que protegen ovario y endometrio, por lo que no se deben modificar las pautas de prescripción en base al riesgo de cáncer de mama. En enfermas con historia previa de trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP), mujeres con mayor riesgo

de infarto o Ictus, los MSG deben ser considerados como opciones anticonceptivas. En mujeres con trombofilia probada pueden usarse los MSG⁽¹⁰⁾.

TABLA 2

Anticoncepción combinada (AC). criterios de elección de la oms (Contraindicaciones)

CONDICIÓN	CATEGORÍA
Lactancia materna < 6 semanas	4
Lactancia materna 6s-6 meses	3
Postparto sin lactancia <21 días	3
Edad > 35 años y > 15 cigarros/día	4
Edad > 35 años y < 15 cigarros/día	3
Edad > 35 años sin fumar < 1 año	3
Edad > 35 años sin fumar > 1 año	2
Obesidad IMC: 35-39	3
Obesidad IMC > 40	4
Múltiples FRCV	3/4
Hipertensión controlada	3
Hipertensión no controlada < 160/100	3
Hipertensión no controlada > 160/100	4
Historia personal de TEV/TEP	4
TEV/TEP actual	4
Cirugía mayor inmovilización prolongada	4
Inmovilidad no relacionada con cirugía	3
Trombofilia conocida	4
Sospecha de trombofilia	3 AP no filiado, AF 1º grado<45 años
Cardiopatía isquémica	4
Ictus	3/4 Hemorrágico/isquémico
Hiperlipemia	2/3
Valvulopatía complicada	4 (HTP, FA, Endocarditis, Prótesis metálicas)
Migraña con aura	4
Migraña sin aura < 35 años	2(inicio) 3(continuación)
Migraña sin aura > 35 años	3(inicio) 4(continuación)
Ca de mama actual	4
Ca mama previo >5años evolución	3
Diabetes: neuropatía, retinopatía, nefrop.	3/4
Diabetes con otras ECV o duración>20	3/4
Litiasis biliar sintomática actual	3
Hª colelitiasis relacionada con AC	3
Hepatitis viral activa	4
Cirrosis compensada/descompensada	3/4
Adenoma hepático	4
Hepatocarcinoma	4
Fármacos inductores enzimáticos	3

(I)= Inicio; (C)= Continuación

II) Anticoncepción post-coital o de emergencia

Contiene una concentración alta de una o dos hormonas, se administra dentro de los siguientes 5 días (120h) tras el coito desprotegido, pero la máxima seguridad se obtiene en las primeras 72 horas.

QUE TENEMOS QUE PREGUNTAR SIEMPRE: fecha de la última regla (FUR), tipo de ciclo, horas transcurridas desde el coito de riesgo, existencia de coitos anteriores de riesgo, toma de tratamientos que disminuyan la eficacia anticonceptiva del método, valorar la existencia de contraindicaciones.

PAUTAS DE TRATAMIENTO⁽²⁴⁾:

- Levonorgestrel 0,75mg, 2 comprimidos juntos. La más utilizada Tasa de embarazo 1,1%. POSTINOR/NORLEVO
- Pauta de Yuzpe: 0,10 EE+0,500mg Levonorgestrel, 2 comprimidos/12 horas. Prácticamente en desuso. Tasa de embarazo 3,2%. OVOPLEX/NEOYGNONA

- DIU DE COBRE POSTCOITAL

La inserción del DIU de cobre como método de emergencia es muy eficaz, apenas 1 de 1000 mujeres tiene riesgo de embarazo con este método, el plazo es más largo que con la píldora postcoital, en

los primeros 5 días y en mujeres con ciclos regulares el plazo se puede alargar. A pesar de todas estas ventajas se utiliza poco⁽²⁵⁾.

III) Dispositivo o implante intrauterino- DIU/IIU

El DIU es un pequeño dispositivo formado por una estructura de plástico, variable según el modelo y sobre esa estructura lleva cobre en forma de alambre o un depósito de hormona (DIU hormonal- Mirena), se inserta en el útero y actúa como un método anticonceptivo a largo plazo.

El IIU no tiene estructura de plástico, posee un sistema de fijación al fondo uterino, el cobre va sujeto por un hilo de poliuretano.

Los dispositivos poseen una carga/superficie de cobre, en función de la cual está la duración y la eficacia.

TIPOS DE DIU/IIU

- GYNET 380: 10 AÑOS
- ML 375: 8 AÑOS
- NOVAT 340: 3 AÑOS
- GYNEFIX: 6 AÑOS
- T-plus 380: 10 AÑOS
- EFFIT 380: 5 AÑOS
- MIRENA: 5 AÑOS

La TCu380A (T-plus 380) es el DIU preferido. Las pruebas indirectas indican que tiene un rendimiento superior a la NovaT. No existen pruebas de que un dispositivo con marco de Cobre sea más adecuado para mujeres nulíparas⁽²⁶⁾.

El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel conlleva una reducción significativa de las pérdidas sanguíneas menstruales después del inicio en el sangrado menstrual abundante. El sistema intrauterino es más costo-efectivo que la histerectomía a corto plazo (un año) y a un plazo más largo (cinco años)⁽²⁷⁾.

La profilaxis antibiótica para reducir el riesgo de infección del tracto genital superior después de la inserción de un DIU no presenta ningún beneficio en relación con la enfermedad pélvica inflamatoria o las tasas de continuidad del mismo⁽²⁸⁾.

Cuando se puede insertar el DIU/IIU? Cualquier día del ciclo⁽²⁹⁾ siempre descartando la existencia de embarazo. El momento ideal no obstante son los días periovulación, porque se dan unas circunstancias más favorables: no hay restos hemáticos, el cuello es favorable, hay menos actividad de prostaglandinas y un efecto sedante de la progesterona.

¿Qué controles debemos hacer a una mujer portadora de DIU?

ANTES: charla informativa, anamnesia general y ginecológica, exploración ginecológica habitual, se recomienda consentimiento informa-

do, no existe evidencia científica de otras pruebas salvo en pacientes de riesgo.

DURANTE: efecto beneficioso de MISOPROSTOL 1 hora antes por vía vaginal, mejora la permeabilidad del cervix; extremar medidas de asepsia; no está justificado el uso de antibióticos de forma profiláctica, incluso en pacientes con valvulopatías.

DESPUÉS: primer control después de 2 ciclos y a los 3 meses. Qué hacer? comprobar hilos, actualizar anamnesia, valoración de efectos secundarios, valorar hábitos sexuales y control de los hilos guía. No hay evidencia de ventajas del control ecográfico⁽³⁰⁾. Contactar ante fiebre, amenorrea, y no detección de hilos. Controles posteriores cada año y medio.

IV) Anticoncepción post-aborto y post-parto

POST-ABORTO: anticoncepción hormonal inmediatamente, DIU inmediatamente o 1ª regla post-aborto (2º trimestre).

POST-PARTO: si lactancia materna sólo progestágeno a las 6 semanas post-parto, o DIU 4 semanas post-parto (descartar embarazo); si lactancia artificial: AOC pasados 21 días, AP en cualquier momento, y DIU, 1ª regla post-parto.

CONCLUSIONES

- La tasa de IVE muestra un crecimiento exponencial, 5,2 en 1992, 7,6 en 2001, 9,60 en 2005 y 11,49 en 2007, se estimó en más de 100.000 los embarazos no deseados en jóvenes que no han superado la veintena y la demanda de la píldora postcoital sigue aumentando en nuestro país. (Se dispensan al año más de 600.000 tratamientos).
- En la actualidad hay EVIDENCIA CIENTIFICA suficiente para afirmar que los únicos requisitos "imprescindibles" para la prescripción de anticonceptivos orales con "seguridad" son: conocer los métodos, hacer una historia clínica/anamnesia correcta, toma de tensión arterial e informar adecuadamente.
- Ninguna vía se ha demostrado superior a las otras en eficacia teórica. Los métodos que no requieren participación de la usuaria presentan mayor efectividad (eficacia de uso).
- Los efectos cardiovasculares de los AH están claramente influenciados por el consumo de tabaco. El riesgo de accidentes cardiovasculares está aumentado en las fumadoras de cualquier edad.
- El TEV es una reacción infrecuente pero grave asociada a cualquier tipo de AOC. El riesgo es bajo, por lo que el balance riesgo-beneficio permanece "favorable". El riesgo es mayor durante el 1º año. La evidencia científica sugiere un aumento del riesgo al utilizar gestágenos de 3ª generación.
- Los gestágenos de "2ª y 3ª generación (derivados de LNG) tienen menos efectos sobre el metabolismo lipídico, hidrocarbonado y sobre la TA.

- Los preparados que contienen etinilestradiol y levonorgestrel (gestágeno de segunda generación) son más seguros y son los más utilizados en la actualidad.

ANEXO 1

Relación de preparados orales

NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DE EE/µg	TIPO GESTÁGENO	PRECIO ()/1 ENVASE	TIPO DE CICLO	PRESENTACIÓN COMPRIMIDOS
Gracial*	40/30	Desogestrel	11,35	Combifásico	22 comp. activos
Triclor*	30/40	Levonorgestrel	6,87	Trifásico	21 comp activos
Triagnon*	30/40	Levonorgestrel	8,59	Trifásico	21 comp activos
Trigynovin*	30/40	Gestodeno	7,98	Trifásico	21 comp activos 3x21
Triminulet*	30/40	Gestodeno	8,23	Trifásico	21 comp activos 3x21
Ovoplex* 30/150**	30	Levonorgestrel	1,69	Monofásico	21 comp activos
Gynovin*	30	Gestodeno	8,59	Monofásico	21 comp activos 3x21
Minulet*	30	Gestodeno	7,00	Monofásico	21 comp activos
Microdiol*	30	Desogestrel	9,74	Monofásico	21 comp activos
Yasmin*	30	Drospirenona	11,71	Monofásico	21 comp activos
Yasmin* diario	30	Drospirenona	11,71	Monofásico	21 comp activos +7comp placebo 3x21
Belara*	30	Clormadinona	11,66	Monofásico	21 comp activos 3x21
Edelsin*	35	Norgestimato	10,93	Monofásico	21 comp activos
Loette*	20	Levonorgestrel	10,93	Monofásico	21 comp activos 3x21
Loette* diario	20	Levonorgestrel	10,54	Monofásico	21 comp activos +7comp placebo 3x28
Suavuret*	20	Desogestrel	10,88	Monofásico	21 comp activos 3x21
Bemasive*	20	Desogestrel	9,99	Monofásico	21 comp. activos
Harmonet*	20	Gestodeno	10,18	Monofásico	21 comp activos 3x21
Meliane*	20	Gestodeno	10,46	Monofásico	21 comp activos 3x21
Meliane* diario	20	Gestodeno	10,46	Monofásico	21 comp activos +7comp placebo 3x28
Gestinyl* 20/75	20	Gestodeno	8,28	Monofásico	21 comp. activos 3x21
Yasminelle*	20	Drospirenona	11,71	Monofásico	21 comp activos
Minesse*	15	Gestodeno	10,46	Monofásico	24 comp activos +4comp placebo 3x28
Melodene-15*	15	Gestodeno	9,87	Monofásico	24 comp activos +4comp placebo 3x28

ANEXO 2

Anticoncepción hormonal. Interacciones medicamentosas

FÁRMACOS QUE PUEDEN DISMINUIR LA EFICACIA DE LOS AH	FÁRMACOS QUE VEN MODIFICADO SU EFECTO POR ACCIÓN DE AH
-Poco probable: clorpromazina, eritromicina, meprobamato -Sólo a dosis altas: amoxicilina, tetraciclinas, cloramfenicol, griseofulvina, sulfamidas, nitrofurantoina, isoniazida, clordiazepóxido -A dosificación habitual: barbitúricos, carbamazepina, etosuximida, hidantoínas, rifampicina	-Anticoagulantes (antivitaminas K) -Antifibrinolíticos: existe efecto sinérgico con ácido aminocaproico -Analgésicos: paracetamol (disminuye su acción analgésica) -Corticoides: se potencia su efecto por fijación competitiva -Insulina e hipoglucemiantes: disminuye su efecto -Hipotensores: guanetidina, alfametildopa, reserpina o metoprolol -Vitaminas (folatos y B12): disminuyen sus tasas por malabsorción

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo (página en Internet). Madrid [accedido 5 Mayo de 2009]. Disponible en <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prev-Promoción/embarazo/home.htm#datos>.
2. Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Martínez-Salmeán J, Parrilla JJ, Serrano I. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eue J Contracept Reprod Health Care 2003;8:75-9.
3. Del Cura González I, Arribas Mir L, Coutado Méndez A. Prevención de embarazos no deseados. Grupo de trabajo de Actividades Preventivas en la mujer del PAPPs. Atención Primaria 2003;32 (Supl 2):121-126.

4. Hannaford PC, Webb AMC. Evidence-Guide Prescribing of combined Oral Contraceptives: Consensus Statement. *Contracepción* 1996;54:125-9.
5. Arribas Mir L, Alonso Coello P, Bailón Muñoz E, Coutado Méndez A, del Cura González I, Fuentes Pujol M, Gutiérrez Teira B, Landa Goñi J, López García-Franco A, Ojuel Solsona J. Actividades Preventivas en la mujer. *Aten Primaria*.2007; 39 (Supl 3):123-50.
6. Scout A, Glasier A. Exámenes rutinarios de mama y pélvico antes de prescribir anticoncepción hormonal. *Bol Med* -f 2003; 37(1):1-2.
7. Gilabert J, Estellés A. El sistema hemostático en la anticoncepción oral y en la terapéutica hormonal sustitutiva. Revisión y puesta al día. *Prog Obst Ginecol* 1994; 37: 137-46.
8. Stewart FH, Harper CC, Ellerston CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical Breast and Pelvis Examination Requirements for Hormonal Contraception. *JAMA* 2001;285:2232-9.
9. Vandenbruocke JP et al. Factor V Leiden: should we screen oral contraceptive users and pregnant woman?. *BMJ* 1996; 313: 1127-30.
10. Sociedad Española de Contracepción. Documentación del grupo de revisión bibliográfica.
11. Division of Family Health. Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive methods. 2º ed. Geneva: World Health Organization; 2000.
12. Martínez Pérez O, Herrero Coderch M, Richart López A. Hematología práctica para ginecólogos. Alteraciones hematológicas y anticoncepción, pag 91-103. SEGO. Emisa 2006.
13. Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ* 2001;323:1-9.
14. EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products). Comité for Proprietary Medicinal Products (CPMP). Position Statement: CPMP concludes its assessment of "third generation" combined oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. Londres, 29 sept 2001. (<http://www.emea.eu.int/pdfs/human/regaffair/2025001en.pdf>).
15. Pettiti DB. Combination estrogen-progestin oral contraceptives. *N Engl J Med* 2003;349:1443-50.
16. Anderson FD, Howard H. The Seasonale-301 Study Group. A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception* 2003;68:89-96.
17. Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Risk of venous thromboembolism with cyproterone or levonorgestrel contraceptives. *Lancet* 2001;358:1427-9.
18. Wooltorton E. Diane-35 (cyproterone acetate): safety concerns. *CMAJ* 2003;168:455-6.
19. Arribas L, Alemán P, Saavedra AM. Anticoncepción durante el puerperio y la lactancia. *Formación Médica Continuada* 2005;12:482-7.
20. World Health Organization Task force for epidemiological research on reproductive health. Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant growth. *Contraception* 1994a; 50: 35-53.
21. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002;346:2025-32.
22. Korver T, Goorissen E, Guillebaud J. The combined oral contraceptive pill: what advice should we give when tablets are missed?. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102 (8): 601-7.
23. World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. [internet]. Geneva: WHO. Disponible en <http://www.who.int/reproductive-health>.
24. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
25. Reuter S. The emergency intrauterine device: an endangered species. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003;29:5.
26. Kulier R, O'Brien PA, Helmerhorst FM, Usher-Patel M, D'Arcangues C. Dispositivos intrauterinos con cobre para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
27. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Sistemas intrauterinos liberadores de progestágenos/progesterona para el sangrado menstrual abundante (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
28. DA, Schulz FK. Profilaxis antibiótica para la inserción de un dispositivo intrauterino (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
29. Kokonya DA, Sinei SK, Sekadde-Kingodu CB, Morrison CS, Kwok C, Weiner DH. Experience con IUCD insertion outside of menses in Kenia. *East Afr Med J* 2000;77:369-73.
30. Actualización del manejo clínico de la Anticoncepción Intrauterina. Conferencia de consenso. Altea (Alicante). Octubre 2001.
31. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Conferencia de consenso. Aranjuez (Madrid) Noviembre 2005.
32. Arribas Mir L. Panorama Anticonceptivo 2002. *Aten Primaria* 2002. 15 Abril.29(6):359-365.
33. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre los métodos Anticonceptivos Hormonales. *Bol Med IPPF* 2002; 36(5): 1-8.
34. Guías Clínicas Fisterra.com. Anticoncepción. Isolina Bonacho Paniagua. Centro de Orientación Familiar Municipal-SERGAS. A Coruña.