

**GUÍA DE
CONSULTA
RÁPIDA
EN**



**CONSEJO
CONTRACEPTIVO**

 **ORGANON®**

COLABORA EN LA DIFUSIÓN DE ESTA GUÍA


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



© IM&C, S.A.
Alberto Alcocer, 13, 1.º D 2
8036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70
www.imc-sa.es

© semFYC.
Diputació, 320
08009 Barcelona
Tel.: 93 317 03 33
www.semfy.com

ISBN: 978-84-7867-866-2

Ni los propietarios del copyright ni el patrocinador pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Autor

Cristóbal Trillo Fernández

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga.
GdT Atención a la Mujer de la semFYC. GdT Salud
Reproductiva de las Mujeres de la SAMFYC*

En la actualidad, la tasa de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en nuestro país es de 10,33 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años. Si diferenciamos por edad, esa tasa está por encima de 15 en mujeres de entre 20 y 29 años⁽¹⁾.

La tasa de IVE podría disminuirse aumentando el número de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos de elevada efectividad, definida como la capacidad que tienen de prevenir un embarazo no planificado en condiciones reales de uso, en contraposición con la eficacia teórica, que indica su capacidad para prevenir un embarazo en condiciones ideales.

La eficacia y la efectividad de un método anticonceptivo se mide con el índice de Pearl, que indica el número de embarazos no deseados que se producen durante el primer año de uso por cada 100 mujeres que utilizan un método anticonceptivo.

> LARC

El uso de métodos anticonceptivos con alta efectividad, como los LARC (*long-acting reversible contraceptives*), podría disminuir la tasa de IVE⁽²⁾, por lo que se deben ofrecer como opción prioritaria.

Según la última encuesta de anticoncepción realizada por la Sociedad Española de Contracepción (SEC)⁽³⁾, en la actualidad el método anticonceptivo más utilizado en nuestro país es el preservativo (31,3 %), seguido de la anticoncepción oral combinada (18,5 %). El resto de los métodos se utilizan con mucha menor frecuencia; así, el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre lo utilizan el 4,3 % de las mujeres, el hormonal el 4 % y el implante subcutáneo el 1,4 %.

Estos datos de uso de anticonceptivos contrastan con la efectividad que tienen los distintos métodos anticonceptivos⁽⁴⁾:

Método anticonceptivo	Eficacia	Efectividad
Implante subcutáneo	0,05	0,05
Vasectomía	0,10	0,15
DIU de levonorgestrel	0,2	0,2
Bloqueo tubárico	0,5	0,5
DIU de cobre	0,6	0,8
Progestágeno inyectable	0,2	6
Anticoncepción oral combinada	0,3	9
Parque cutáneo	0,3	9
Anillo vaginal	0,3	9
Píldora de solo gestágenos	0,3	9
Preservativo	2	18

DIU: dispositivo intrauterino.
Elaborada a partir de la referencia 4.

Podemos ver cómo los LARC (DIU de cobre y hormonal e implante subcutáneo) son los métodos reversibles que tienen mayor efectividad y, sin embargo, solo los utilizan el 9,7 % de las mujeres según la encuesta de la SEC.

En relación con el grado de satisfacción de la usuaria, cabe destacar que la tasa de continuidad al cabo de 1 año es del 84 % en el caso del implante subcutáneo, del 80 % en el caso del DIU y del 67 % en la vía oral.

Cabe plantearse el motivo por el que se da esta circunstancia. Posiblemente, un consejo contraceptivo en el que no se ofrece información suficiente sobre los métodos LARC puede influir en su escasa utilización. El proyecto contraceptivo CHOICE⁽⁵⁾ es un estudio prospectivo de cohorte de 10.000 mujeres de 14 a 45 años que solicitaban un método anticonceptivo. Se les ofreció información sobre los LARC, tras lo cual eligieron un método anticonceptivo que se le proporcionaba sin coste. El objetivo era eliminar barreras económicas y de conocimiento de estos métodos. El 67 % de las mujeres eligieron LARC (56 % DIU

y 11 % implante subcutáneo). Los autores concluyen que, una vez eliminadas las barreras financieras y ofertados los LARC como métodos de primera línea, estos fueron elegidos por dos tercios de las participantes.

Otro motivo que puede justificar el escaso uso de los LARC puede ser la falta de accesibilidad. Esta puede aumentarse ofreciendo el DIU y el implante subcutáneo en Atención Primaria⁽⁶⁻⁸⁾. Esto implica que se disponga del implante subcutáneo y del DIU de cobre y hormonal en los Centros de Salud. Sería necesario un plan de formación en estos métodos en los Centros de Salud en los que todavía no se insertan y retiran los LARC. En los casos en los que el DIU se implante en otro nivel asistencial, sería necesario facilitar el acceso a dicho nivel.

El consejo contraceptivo tiene como objetivo principal el que la mujer que lo recibe obtenga los conocimientos suficientes para que pueda optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características, teniendo en cuenta su deseo de evitar un embarazo. También se debe tener en cuenta el riesgo que tenga de contraer una infección de transmisión sexual (ITS).

Debemos explorar y desmontar ciertos mitos negativos existentes relativos a los LARC, aclarando que:

- Teniendo en cuenta la duración de su efecto, los LARC son métodos baratos.
- Su inserción y extracción son técnicas sencillas.
- La amenorrea que en ocasiones produce el implante subcutáneo puede considerarse un efecto beneficioso para la mujer.
- El implante subcutáneo puede utilizarse en mujeres con antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar.
- El implante subcutáneo no produce aumento de peso en la mujer.
- El DIU puede ser utilizado por mujeres nulíparas.
- En el caso de que la mujer tenga hipermenorrea y/o dismenorrea puede insertarse el DIU hormonal.
- Las mujeres portadoras de DIU no tienen mayor riesgo de embarazo ectópico.
- El DIU no favorece la aparición de una enfermedad pélvica inflamatoria.

A la hora de realizar el consejo contraceptivo, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Criterios médicos de elegibilidad.
- Efectividad.
- Retorno de la fertilidad.
- Riesgo de ITS.

> Elección de método anticonceptivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece cuatro categorías a la hora de elegir un método anticonceptivo⁽⁹⁾. En las categorías 1 y 2 no existen inconvenientes o son superados por las ventajas del uso de un determinado método. En las categorías 3 y 4 los inconvenientes superan a las ventajas o no son asumibles, por lo que el método no debe utilizarse. Debemos tener en cuenta dichas categorías a la hora de indicar un anticonceptivo.

Cuando la mujer desea seguridad para evitar un embarazo, debemos utilizar un método de alta efectividad.

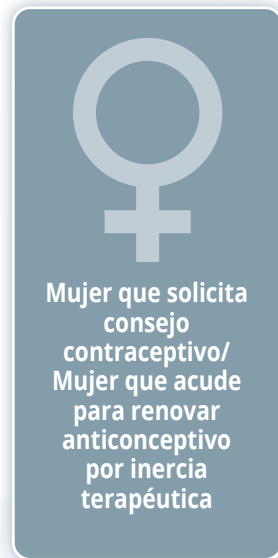
La vasectomía y el bloqueo tubárico se consideran métodos irreversibles, por lo que sería una opción para personas de anticoncepción definitiva.

Cuando existe riesgo de ITS se recomienda el uso del preservativo. Si, además, queremos asegurar alta eficacia contraceptiva, se recomienda su uso junto con otro método de mayor efectividad (doble método).

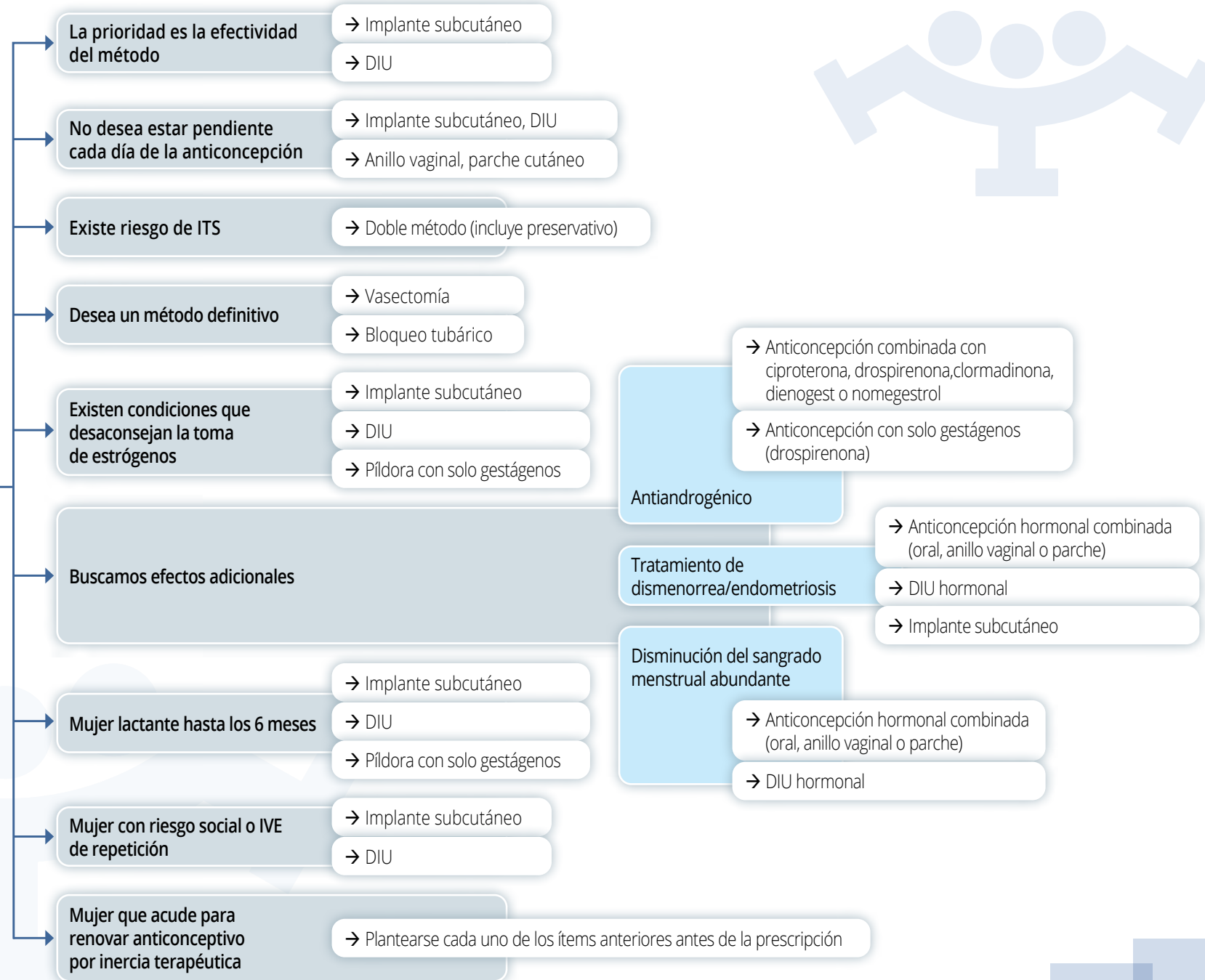
A continuación se exponen circunstancias concretas y los métodos más recomendados en cada una de ellas^(10, 11), teniendo en cuenta que solo pueden utilizarse si se enmarcan dentro de las categorías 1 y 2 de la OMS.

1. La mujer o el hombre desean una anticoncepción definitiva: bloqueo tubárico/vasectomía.
2. La mujer desea una anticoncepción segura. Por orden de efectividad: implante subcutáneo, DIU hormonal, DIU de cobre.
3. Existe riesgo de ITS: preservativo (doble método para asegurar también la eficacia anticonceptiva).
4. La mujer presenta acné, alopecia androgénica, hipertrichosis, seborrea o hirsutismo: anticoncepción hormonal combinada utilizando un gestágeno con efecto antiandrogénico (ciproterona, drospirenona, clormadinona, dienogest, nomegestrol)⁽¹²⁾ o anticoncepción con solo gestágeno (drospirenona)⁽¹⁵⁾.
5. Mujer con sangrado menstrual abundante: anticoncepción hormonal combinada, DIU hormonal.
6. Dismenorrea y endometriosis: anticoncepción hormonal combinada, DIU hormonal, implante subcutáneo.
7. Síndrome premenstrual: anticoncepción oral combinada con gestágeno (drospirenona)⁽¹³⁾.
8. Condiciones en las que no debemos usar estrógenos⁽¹⁴⁾ (tabaquismo en mayores de 35 años, hipertensión arterial –HTA–, diabetes con afectación vascular, trombofilia sospechada o conocida, cirugía mayor con inmovilización prolongada, pacientes diagnosticadas de cardiopatía isquémica, ictus o migraña con aura, lactantes hasta los 6 meses): implante subcutáneo, DIU, píldora con solo gestágeno.
9. Mujer en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos: DIU de cobre, progestágeno inyectable.
10. Mujer con adenomiosis: DIU hormonal, anticoncepción hormonal combinada.
11. Mujer con hiperplasia endometrial: DIU hormonal.
12. Mujer joven (mayor fertilidad): implante subcutáneo, DIU.

En base a estos datos, propongo el siguiente **algoritmo** para la elección de un método anticonceptivo, teniendo siempre en cuenta las categorías de la OMS:



DIU: dispositivo intrauterino;
ITS: infección de transmisión sexual; IVE: interrupción voluntaria de embarazo.



1. Instituto Nacional de Estadística. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Consultado el 27/09/2021. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm.
2. Ma R, Cecil E, Bottle A, French R, Saxena S. Impact of a pay-for-performance scheme for long-acting reversible contraceptive (LARC) advice on contraceptive uptake and abortion in British primary care: An interrupted time series study. *PLoS Med.* 2020;17(9):e1003333.
3. Encuesta de Anticoncepción en España 2020. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. SEC. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/observatorio/documentos-observatorio/>.
4. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=99203F99922F54C5EDB24ABB25D8EBBC?sequence=1>.
5. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):115.e1-7.
6. Navarro Martín JA, Trillo C, Luque MA, Seoane J, Llamazares MJ, Gotor S. Anticoncepción y salud sexual en Atención Primaria. Granada: SAMFyC-SAC; 2014. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2014002_Anticoncepcion.pdf.
7. Menéndez C, Fernández JM, Doval JL, Blanco S, García A, Gulin R. Comparación en el uso del dispositivo intrauterino (DIU) entre médicos de familia y ginecólogos. *Aten Primaria.* 1998;22(10):622-6.
8. Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception.* 2009;80(5):457-62.
9. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. Quinta edición. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?sequence=1.
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf.
11. Lete I, Dueñas JL, Serrano I, Doval JL, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. *SEMERGEN.* 2009;35(10):505-10.
12. Requena C, Llombart B. Oral Contraceptives in Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(5):351-6. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0001731020300557?token=F2E921EC8A3575858E69FEC9C7F493509FF0430BC3482CC055CEB9FCE1A511750B6EBAEA59EEB61159071EA7EDD02C0E&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211128214426>.
13. Chavarría SJ. Diagnóstico y tratamiento del síndrome premenstrual. *Rev Med Cos Cen.* 2013;70(608):709-15.
14. Quesada M. Anticoncepción con solo gestágenos. *Protocolos SEGO/SEC.* 2016. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf.
15. Celis-González C, Palacios S, Durand-Carbajal M, Antonio-Regidor P. Anticoncepción oral libre de estrógenos. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(1):1-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201c.pdf>.