

Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón

Documento elaborado por el *Grupo de técnico de trabajo de Anticoncepción de Aragón*, en el marco de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Mayo de 2016

INDICE

- 1. Justificación.**
- 2. Objetivos.**
- 3. Desarrollo del programa**
 - 3.1 Organización de la asistencia.**
- 4. Plan de formación.**
- 5. Evaluación**

ANEXOS:

- 1. Circuito de atención primaria.**
- 2. Tríptico informativo: "Guía de métodos anticonceptivos".**
- 3. Historia clínica básica en anticoncepción. Criterios de elegibilidad de la OMS**
- 4. Criterios de derivación a consulta de ginecología**
- 5. Guía reducida de prescripción de anticoncepción hormonal para médicos de atención primaria.**
- 6. Consulta de anticoncepción ginecología.**
- 7. Miembros del Grupo Técnico de Trabajo.**

1. JUSTIFICACIÓN

El acceso a la asistencia en materia de anticoncepción es a la vez un derecho de la mujer y una obligación para el Sistema Nacional de Salud plenamente recogido en la Cartera de Servicios y en las estrategias de salud del plan de atención a la salud sexual y reproductiva.

El fin último de la atención anticonceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil que desee evitar o distanciar un embarazo, pueda disponer del método anticonceptivo que más se ajusta a sus características y necesidades.

Actualmente la oferta anticonceptiva se ha incrementado de manera importante con la incorporación de nuevos preparados con diferentes componentes y diferentes vías de administración, lo que permite no solo evitar el embarazo no deseado, sino también que la mujer se beneficie de una serie de efectos “no anticonceptivos” para su salud.

La variabilidad en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, así como la lentitud en la provisión de algunos métodos anticonceptivos en nuestra Comunidad Autónoma, ha dado lugar a situaciones de inequidad en la provisión de esta prestación, lo que ha generado la necesidad de su reorganización.

El objetivo de este programa es unificar la asistencia anticonceptiva de manera que todas las mujeres residentes en Aragón reciban la misma atención con independencia de su lugar de residencia.

2. OBJETIVOS

1. Garantizar una asistencia anticonceptiva de calidad y equitativa a toda la población femenina en edad fértil de Aragón.
2. Definir las competencias y responsabilidades de todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia anticonceptiva.
3. Homogenizar la ruta de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva.
4. Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / Atención Especializada).
5. Promover la utilización de Guías y Protocolos.
6. Establecer un plan de Formación Continuada.

3. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ANTICONCEPTIVA

En la atención anticonceptiva se establecen diferentes **niveles de actuación** en función del motivo de la demanda, del tipo de prestación que se vaya a realizar y del nivel de competencia y habilidades atribuidas a los diferentes perfiles profesionales que intervienen en este tipo de asistencia.

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

Esto supone que se debe llevar a cabo desde las consultas de Atención Primaria el asesoramiento anticonceptivo y la prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos no invasivos de la mujer sana y sin factores de riesgo asociados, incluyendo la colocación de implantes subdérmicos.

El segundo nivel se refiere a la atención especializada, que recoge en su Cartera de Servicios las prestaciones en *"información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos, realización de ligadura de trompas y vasectomías de acuerdo a protocolos del sistema de salud de Aragón."* Por tanto, es competencia de la atención especializada la valoración de las usuarias de riesgo, la resolución de las posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los métodos hormonales, así como la inserción de DIU y la realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica.

3.1. Organización de la asistencia:

A. Atención Primaria:

A.1. Consulta de matrona:

Las matronas realizarán la información y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos a las mujeres que soliciten consejo sobre anticoncepción de forma directa ó en el transcurso de cualquier otra demanda. Si fuera preciso, le remitirá para su posterior valoración a la consulta de medicina de atención primaria ó, en su caso, a la consulta de ginecología. Para ello se seguirán los circuitos de derivación descritos en el *Anexo 1.Circuito atención primaria*.

Son, por tanto, contenidos de la consulta de la matrona los siguientes:

- Educación sanitaria en materia sexual y reproductiva.
- Información y consejo anticonceptivo. (Ver *Anexo 2. Tríptico informativo: "Guía de métodos anticonceptivos"*).
- Resolución de dudas más frecuentes en el uso de métodos anticonceptivos previa a su instauración y en su control.
- Anamnesis dirigida y exploración. (Ver *Anexo 3. Historia clínica básica en anticoncepción. Criterios de elegibilidad de la OMS*).
- Derivación a consulta de medicina de atención primaria para prescripción de método anticonceptivo en mujeres de bajo riesgo.
- Derivación a consulta de ginecología para prescripción de método anticonceptivo en mujeres de alto riesgo. (Ver *Anexo 4. Criterios de derivación a ginecología*).
- Inserción y retirada de implantes.
- Seguimiento de las mujeres a las que se ha instaurado anticonceptivos orales, implantes y dispositivos intrauterinos (DIU).
- Retirada de DIU.
- Valoración de anticoncepción de urgencia.
- Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

A.2. Consulta de medicina:

En la consulta de medicina de atención primaria se realizará el asesoramiento y la prescripción del método anticonceptivo indicado en mujeres de bajo riesgo o la remisión a la consulta de segundo nivel en mujeres de alto riesgo. (Ver *Anexo 4. Criterios de derivación a ginecología*).

Son, por tanto, contenidos de la consulta de medicina los siguientes:

- Consejo anticonceptivo.
- Prescripción y seguimiento de anticoncepción hormonal. (Ver *Anexo 5. Guía reducida de prescripción de anticoncepción hormonal para médicos de atención primaria*).
- Derivación a consulta de ginecología para prescripción de método anticonceptivo en mujeres de alto riesgo. (Ver *Anexo 4*).
- Valoración de anticoncepción de urgencia.
- Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

A.3. Consulta de enfermería:

Son contenidos de la consulta de enfermería los siguientes:

- Educación sanitaria en materia sexual y reproductiva.
- Información sobre métodos anticonceptivos. (Ver *Anexo 2. Tríptico informativo: "Guía de métodos anticonceptivos"*).
- Derivación a consulta de matrona, de medicina o de ginecología siguiendo circuitos de derivación establecidos y de acuerdo a los contenidos de las consultas definidos en los apartados anteriores.

B. Atención Especializada – Ginecología (2º NIVEL):

En la consulta de ginecología se realizará el asesoramiento y la prescripción del método anticonceptivo indicado en mujeres de alto riesgo, la resolución de las posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, así como la inserción de DIU, realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica. (Ver Anexo 6. Consulta de anticoncepción Ginecología).

Son, por tanto, contenidos de la consulta de ginecología los siguientes:

- Información sobre los métodos anticonceptivos existentes.
- Consejo anticonceptivo.
- Prescripción y manejo de todos los métodos anticonceptivos disponibles.
- Atención a las usuarias de alto riesgo (Ver Anexo 4).
- Atención de los efectos secundarios / complicaciones que surjan con el uso de cualquier método anticonceptivo y que no puedan resolverse desde Atención Primaria.
- Inserción de DIU e implante.
- Realización de ligadura/oclusión tubárica.

Al finalizar la consulta se entregará a la mujer un informe para posterior control por la matrona. El funcionamiento de esta consulta entra en el concepto de "Alta resolución" siendo la mayoría de las mujeres dadas de alta en el momento

de establecer su método anticonceptivo. (*Anexo 7. Informe de alta de la consulta de ginecología*).

Cada sector establecerá el número de dichas consultas en función de la demanda y de la distribución poblacional de cada centro hospitalario.

4. PLAN DE FORMACIÓN:

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

Son objetivos específicos de este Programa:

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

Este Plan de Formación se desplegará en dos fases:

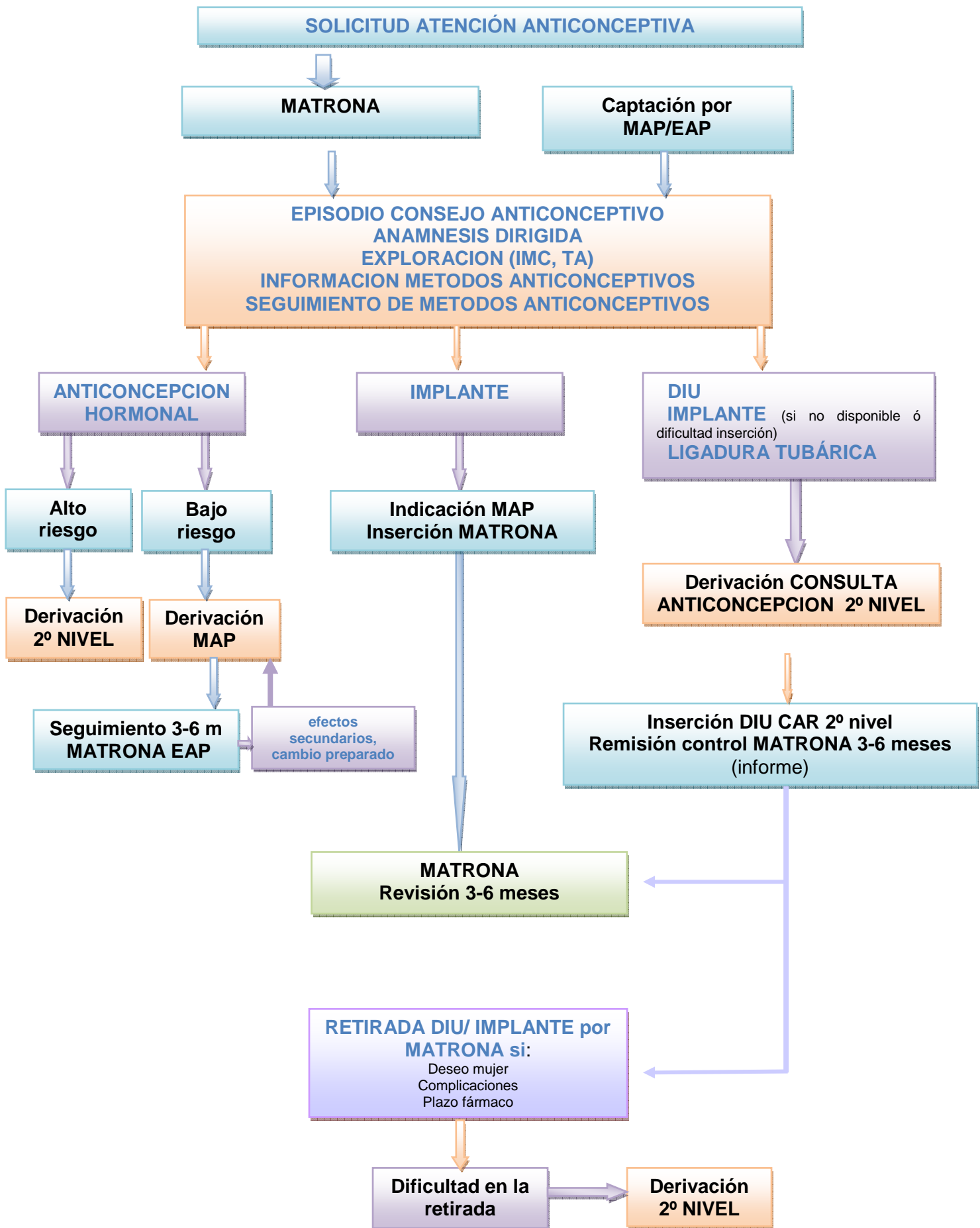
- Curso de anticoncepción en Atención Primaria, dirigido a medicina, enfermería y matronas.
- Sesiones clínicas impartidas en cada centro de salud.

5. EVALUACIÓN:

Para la monitorización del grado de implantación del Programa se proponen los siguientes indicadores de evaluación:

1. Tiempo medio de demora en consulta de anticoncepción de ginecología.
2. Número de implantes anticonceptivos insertados en atención primaria.
3. Número de pacientes derivadas desde consulta de anticoncepción en atención primaria a consulta de ginecología.
4. Número de implantes retirados antes del 1º año tras su inserción si el motivo es patrón de sangrado irregular.
5. Número de pacientes remitidas desde consulta de anticoncepción de ginecología a consulta de seguimiento de método anticonceptivo por atención primaria.
6. Número de pacientes atendidas en consulta de anticoncepción de atención primaria con motivo de consulta "Revisión de DIU".
7. Número de mujeres que solicitan anticoncepción de urgencia por grupos de edad.

Anexo 1. CIRCUITO ATENCIÓN PRIMARIA



MAP: Medicina de Atención Primaria
 EAP: Enfermería de Atención Primaria
 IMC: Índice de Masa Corporal
 TA: Tensión Arterial
 CAR: Consulta de Alta Resolución



En la actualidad existen diversos métodos anticonceptivos y todos son muy eficaces.

Excepto el preservativo, ningún método anticonceptivo previene las infecciones de transmisión sexual

No interfieren en la fertilidad futura

Cuando se desea embarazo, basta con interrumpir su uso. No hace falta dejarlo con anterioridad.

No se aconseja realizar descansos

Dada la variedad y alta eficacia de los métodos anticonceptivos actuales, no se recomiendan los métodos irreversibles (ligadura de trompas y vasectomía)



Páginas Web recomendadas

Sociedad Española de
Contracepción
www.sec.es

Federación de Planificación
Familiar de España
www.fpfe.org/guiasexjoven

Ministerio de Sanidad, Servicios
Sociales e Igualdad
www.yopongocondon.com

Consultorio SEC
www.enanticoncepcionvivetuvida.com

www.anticonceptivos hoy.com



Guía de Métodos Anticonceptivos

No hay anticonceptivos mejores ni peores

Cada pareja/mujer debe decidir cuál es el más adecuado para sus circunstancias



TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

La Progesterona es la hormona que produce el efecto anticonceptivo, impidiendo la ovulación.
El Estrógeno se utiliza para controlar el ciclo. Ambas hormonas son producidas por los ovarios.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (Progesterona y Estrógenos)

No engordan.

Disminuyen el acné y el vello.

Consiguen un buen control del ciclo. Se puede decidir cuándo tener la regla.

Son efectivos desde el primer día de uso si los iniciamos el primer día de la menstruación.

Pueden producir náuseas, tensión mamaria, dolor de cabeza y trombosis (con muy baja frecuencia, menor que el embarazo)

Durante los tres primeros meses de uso, pueden aparecer sangrados ocasionales.

PÍLDORA: toma diaria. Existen varias presentaciones con 21, 24 o 28 comprimidos, con diferente composición. No todas son iguales.

PARCHE CUTÁNEO: una vez por semana/ 3 semanas

ANILLO VAGINAL: un anillo durante 21 días

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SÓLO CON PROGESTERONA

No controlan el ciclo. No se puede determinar el patrón de sangrado, puede ir desde la ausencia de regla, a un manchado escaso mensual hasta un sangrado intermitente.

No engordan.

Se pueden usar durante la lactancia o cuando no están indicados los estrógenos (mayor de 35 años y fumadora, alteraciones en la coagulación, determinados tipos de migrañas, etc).

PÍLDORA: toma diaria sin interrupción.

INYECTABLE (intramuscular): una inyección cada tres meses. *Hay que suspenderlo seis meses antes de desear un embarazo.

IMPLANTE (subcutáneo): varilla de sencilla colocación en el brazo, válido para 3 años.

DIU DE LEVONORGESTREL: hay para 3 y 5 años de duración. Si al cumplir los 45 años el DIU está insertado no es necesario cambiarlo o retirarlo.

ANTICONCEPTIVOS NO HORMONALES

- **DIU DE COBRE** :
No modifica el ciclo menstrual.

Puede aumentar la cantidad de sangrado y el dolor durante las reglas.

No es un método abortivo. El Cobre es espermicida impidiendo el ascenso de los espermatozoides

Hay de 5 y de 10 años de duración.

- **MÉTODOS DE BARRERA**:

Preservativo (masculino y femenino): funda de latex u otro material que se coloca durante el coito. Es de un solo uso.

Diafragma y Capuchón Cervical : capuchón que se coloca en el fondo de la vagina y recubre el cuello uterino durante el coito. Es reutilizable .

- **MÉTODOS NATURALES**:

Método del calendario u Ogino, control de la temperatura y del moco cervical : sirven para el conocimiento del ciclo menstrual y como método adicional a los métodos barrera. Por sí solos son poco efectivos.

Lactancia : sólo eficaz si es alimentación exclusiva, durante los 6 primeros meses y no se regla.

- **MÉTODOS IRREVERSIBLES**:

Ligadura de Trompas y vasectomía: precisan de intervención quirúrgica

En caso de no uso o fallo de alguno de los métodos anticonceptivos, existe la posibilidad de utilizar la Píldora Anticonceptiva de Urgencia antes de que pasen 72 h (1500 mg de Levonorgestrel) y hasta 120 h (5 mg de Acetato de Ulipristal). Es un fármaco de libre dispensación sin receta y de venta directa en farmacias

Anexo 3. HISTORIA CLÍNICA BÁSICA EN ANTICONCEPCIÓN. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

Historia Clínica Básica en Anticoncepción

Historia familiar

- Hipertensión
- Diabetes
- ETV/Ictus < 50 años
- Enfermedades hereditarias
- Cáncer de mama

• Historia obstétrica

- Hipertensión
- Diabetes Gestacional
- Ictericia/Prurito
- Transtornos del Embarazo

Historia personal

- Ictericia/hepatopatía/hepatitis B/VIH
- Enfermedades crónicas
- Tipo Menstrual/hemorragia vaginal anormal
- **Tabaquismo**
- Alergia a Medicamentos y medicación habitual
- **Migrañas/Cefaleas**
- Precordalgia/Hinchazón/Disnea
- Depresión

Anamnesis detallada. Tomar Tensión Arterial. Peso y Talla (IMC)

Anamnesis dirigida

- ¿Fumadora más de 35 años?.
- ¿Cree que puede estar embarazada?
- ¿Ha tenido un parto en los últimos 21 días?
- ¿Está amamantando?
- ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?
- ¿Presenta sangrado vaginal inusual (en cantidad o en frecuencia)?
- ¿Es hipertensa?
- ¿Tiene o ha tenido problemas cardiacos o vasculares?
- ¿Cefalea o visión borrosa?
- ¿Toma anticonvulsivantes o rifampicina?
- ¿Tiene problemas hepáticos o de vesícula?
- ¿Ha tenido ictericia durante la toma de Anticonceptivos hormonales o en embarazo?
- ¿Tiene planeada alguna intervención quirúrgica?

- Si responde NO A TODAS las preguntas se pueden utilizar los anticonceptivos hormonales combinados (AHC).
- Si se responde SI A ALGUNA, valorar otras opciones.
(Criterios de elegibilidad de la OMS 3 y 4)

CRITERIOS DE ELECCIÓN DE AHC

Categoría 3: Los riesgos superan a los beneficios AHC

- Lactancia materna de 6 sem a 6 meses
- Postparto sin lactancia < 21 días
- Edad > 35 años y <15 cigarrillos diarios o sin fumar < 1 año
- Obesidad 30-35 IMC
- Hipertensión controlada
- Inmovilidad no relacionada con la cirugía
- Sospecha de trombofilia
- Hiperlipemia
- Migraña sin aura > 35 años
- Cáncer de mama previo > 5 años de evolución
- Litiasis biliar sintomática actual y/o en tratamiento médico
- Historia de colelitiasis relacionada con anticonceptivos
- Fármacos inductores enzimáticos*

*Válido también para Solo Gestágenos incluido Implante. No afecta AMP inyectable

CRITERIOS DE ELECCIÓN DE AHC

Categoría 4 : No se debe usar AHC

- Trombofilia conocida
- Cardiopatía isquémica
- Ictus (hemorrágico / isquémico) 3/4
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular (Edad, tabaco, diabetes, hipertensión, sobrepeso) 3/4
- Valvulopatía complicada
- Migraña con aura
- Lactancia materna < 6 semanas
- Edad > 35 años y > 15 cigarrillos diarios
- Obesidad > 35 IMC
- Hipertensión no controlada > 160/100
- Historia personal de TEV / TEP
- TEV / TEP actual
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Lupus con Ac antifosfolípidos +
- Tumor hepático

Anexo 4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A GINECOLOGIA

1. CONSEJO ANTICONCEPTIVO:

- Patología médica o psiquiátrica grave.
- Situaciones especiales (deficiencias, discapacidades, tratamientos crónicos, pacientes oncológicas...).
- Pacientes de riesgo (edades extremas, riesgo elevado de infecciones de transmisión sexual....).

2. INSERCIÓN DE MÉTODOS INVASIVOS:

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

3. PROBLEMAS CON EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO NO RESUELTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ACTUACIÓN ANTE EVENTUALIDADES

A. HORMONAL COMBINADA		Se requieren 7 días continuos de exposición a AHC para suprimir el eje HHO y suprimir el desarrollo folicular
ACO	Olvidos	
	1 pildora	Tomarla inmediatamente. No necesario uso de método adicional
	>1 pildora	Tomarla inmediatamente. Recomendar uso de método barrera al menos 7 días. Valorar AU
	Entre 1ª-7ª pildora	Considerar anticoncepción de urgencia
	Entre 8ª-14ª pildora	No se recomienda anticoncepción de urgencia
	15ª-21ª pildora	Omitir el periodo libre y continuar con nuevo envase
	Vómitos	Repetir toma si vómito a las 2-4 horas de la misma. Si persisten, utilizar método adicional 7 días. Valorar AU
	Nauseas, mareos, mastalgia, cefalea leves	Desaparecen con el uso continuado (a partir del 3er mes)
	Tensión mamaria	Utilizar preparados con dosis bajas de EE. Reducir intervalos libres (pauta 24+4 o pauta continua)
	Aumento de peso	Muy poco frecuente. Utilizar gestágenos con actividad antiminerlocorticoidea
	Sangrado leve (spotting)	Advertir a la usuaria para evitar abandonos. Más frecuente en primeros ciclos y con dosis bajas de EE.
	Ausencia de hemorragia por deprivación	Descartar embarazo. Tranquilizar y continuar toma. Si no genera ansiedad, continuar.
	Fármacos que disminuyen la eficacia	Rifampicina, Rifabutina, Griseofluvina, Carbamecepin, Fenobarbital, Primidona, Fenitoina, Etosuximida, clorpromacina, antiretrovirales Cambio de método. Si desea mantener el mismo, aumentar la dosis de EE (a 30mcg si toma del fármaco < 2 meses o a 50 mcg si toma > 2 meses) y recomendar método barrera durante la toma del mismo y hasta 28 días después.
	Cloasma	Muy poco frecuente con dosis bajas de EE
	Embarazo	Suspender. La toma inadvertida de AC al comienzo del mismo, no aumenta el riesgo de malformación congénita
Cirugía programada	Suspender 4 semanas antes, si aumento del riesgo tromboembólico o inmovilización prolongada. Reiniciar con la regla tras al menos 2 semanas o movilización completa	
ANILLO VAGINAL	Retraso de inserción	Colocar en ese momento. Método barrera durante 7 días. Valorar AU
	Retraso en retirar el anillo	Ninguna trascendencia si <7 días.
	Expulsión accidental <3 horas	Lavarlo con agua templada y volverlo a colocar
	Expulsión accidental >3 horas	Lavarlo con agua templada y volverlo a colocar. Método barrera durante 7 días. Valorar AU
	Spotting	Continuar uso. Si persiste o es mal tolerado, cambiar de método
	Ausencia de hemorragia por deprivación	Descartar embarazo. Tranquilizar. Si persiste o mala tolerancia, cambiar de método
	Fármacos que disminuyen la eficacia	Idem que con la A oral
PARCHE	Retraso de inicio 1ª semana	Poner inmediatamente. Método barrera 7 días. Considerar ese como día de cambio semanal
	Retraso de cambio 2ª-3ª semana < 48h	Cambiar parche. No son necesarias medidas adicionales
	Retraso de cambio 2ª-3ª semana > 48h	Cambiar el parche. Método barrera 7 días. Considera ese como nuevo día de cambio
	Cambio de sitio de aplicación a mitad de semana	Quitar en ese momento. Mantener día de inicio
	Retraso de retirada de último parche	No pérdida de eficacia. No poner 2 a la vez
	Baño, ducha, ejercicio	No pérdida de eficacia. Comprobar su adherencia
	Se despega < 24 horas	No pierde su eficacia. Colocar otro .Mantener día de cambio de parche
	Se despega > 24h o tiempo desconocido	Colocar otro parche lo antes posible. Método barrera durante 7 días.Valorar AU
	Fármacos que disminuyen la eficacia	Idem que con la A Combinada Oral
	Mujeres obesas	Su uso debe limitarse a mujeres con peso < 90 kilos
A. SOLO GESTAGENOS		La alteración del patrón de sangrado es el principal motivo de abandono, fallo de cumplimiento y frecuentación en consulta. Es imprescindible que la usuaria comprenda y conozca
ORAL	Olvido < 12h	Toma del comprimido olvidado. Se mantiene la eficacia
	Olvido > 12 h	Toma inmediata de la pildora olvidada. Uso de método barrera 7 días. Si coito de riesgo, valorar AU
	Fármacos que disminuyen la eficacia	Cambio de método. Si quiere seguir con el mismo, usar método barrera durante los días de toma del Fármaco y hasta 28 días después de su abandono
IM	Retraso > 5 días al inicio del método	Administrar. Uso de método barrera durante 7 días. Considerar AU si coito de riesgo
	Retraso > 15 días en otros ciclos	Administrar. Uso de método barrera durante 7 días. Considerar AU si coito de riesgo
	Tiempo desconocido desde la última IM	Descartar embarazo. Administrar. Uso de método barrera durante 7 días. Considerar AU si coito de riesgo
	Fármacos inductores enzimáticos	No requieren precauciones adicionales o cambio de dosis.
IMPLANTE SUBCUTANEO	Retraso > 5 días al inicio del método	Uso de método barrera durante 7 días
	Fármacos que disminuyen la eficacia	Cambio de método. Si quiere seguir con el mismo método, usar barrera durante los días que dure la toma del Fármaco y hasta 28 días después de su abandono
	Mujeres obesas	Efectivo. El laboratorio recomienda reemplazarlo antes de los 3 años en usuarias con IMC > 30

Guía Reducida de Prescripción de Anticoncepción Hormonal para médicos de Atención primaria

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A GINECOLOGIA

- CONSEJO ANTICONCEPTIVO:**
 - Patología médica o psiquiátrica grave.
 - Situaciones especiales (deficiencias, discapacidades, tratamientos crónicos, pacientes oncológicas...).
 - Pacientes de riesgo (edades extremas, riesgo elevado de infecciones de transmisión sexual....).
- INSERCIÓN DE MÉTODOS INVASIVOS:**
 - DIU
 - Implante sei precisan
 - Ligadura/ oclusión de trompas
- PROBLEMAS CON EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO NO RESUELTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

Criterios de Elección 3 y 4 OMS 2015

CONDICIÓN	CATEGORÍA I =Inicio C =Continuación
Lactancia materna < 6 semanas postparto	4
Lactancia materna de > 6 semanas a < 6 meses postparto	3
Postparto sin lactancia < 21 días sin otros F de riesgo TVE	3
Postparto sin lactancia < 21 días con otros F de riesgo TVE	4
Postparto sin lactancia >21 días a 42 días con otros F de riesgo TVE	3
Edad > 35 años y > 15 cigarrillos diarios	4
Edad > 35 años y < 15 cigarrillos diarios	3
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes, hipertensión, dislipemias)	3 / 4
Hª de HTA con TA no evaluada (incluyendo HTA en el embarazo)	3
Hipertensión controlada	3
Hipertensión no controlada 140-159 /90-99	3
Hipertensión no controlada > 160/100	4
Enfermedad vascular	4
Historia personal de TEV / TEP	4
TEV / TEP agudo	4
TEV / TEP estable con tratamiento anticoagulante	4
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4
Mutaciones Trombogénicas conocidas	4
Cardiopatía isquémica	4
Historia de ACV	4
Valvulopatía complicada	4
Hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, hª de endocarditis bacteriana	4
LES Ac Antifosfolípido +/-desconocido	4
Migraña con aura a cualquier edad	4
Migraña sin aura < 35 años	3 (C)
Migraña sin aura ≥ 35 años	3 (I) 4 (C)
Cáncer de mama actual	4
Cáncer de mama previo > 5 años sin evidencia de enf actual	3
Diabetes con > 20 años de evolución o con vasculopatía, neuropatía, retinopatía o nefropatía	3 / 4
Litiasis biliar sintomática actual y/o en tratamiento médico	3
Historia de colestasis asociada a la toma previa de AHC	3
Hepatitis viral aguda / activa	3/4 (I)
Cirrosis severa (descompensada)	4
Adenoma hepático o hepatocarcinoma	4
Rifampicina, rifabutina	3
Anticonvulsivantes (Fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina, lamotrigina)	3

Hiperandrogenismo: Seborrea, Hirsutismo, Acné

- Elegir gestágenos de perfil antiandrogénico
- Acetato de ciproterona, Dienogest, Drospirenona, Acetato de clormadinona

Aumento de peso con la toma de Anticoncepción Hormonal. Relacionado con el efecto mineralcorticoide de los Estrógenos

- Elegir un gestágeno con efecto antiminerlocorticoide
- Drospirenona

Síndrome premenstrual

- Mejoría de los síntomas con el uso de Drospirenona como gestágeno, y en especial con la pauta 2/4

Menorragia

- Todos los AH disminuyen la cantidad de sangrado menstrual en un 43%
- Hay indicación en ficha técnica de: Dienogest y Valerato de Estradiol

Alteraciones del ciclo menstrual: sangrado irregular.

- Elegir preparados con > 20 mcg de EE y Monofásicos por el mejor control del ciclo
- Elegir preparados con Dienogest

Dismenoreas. Frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes

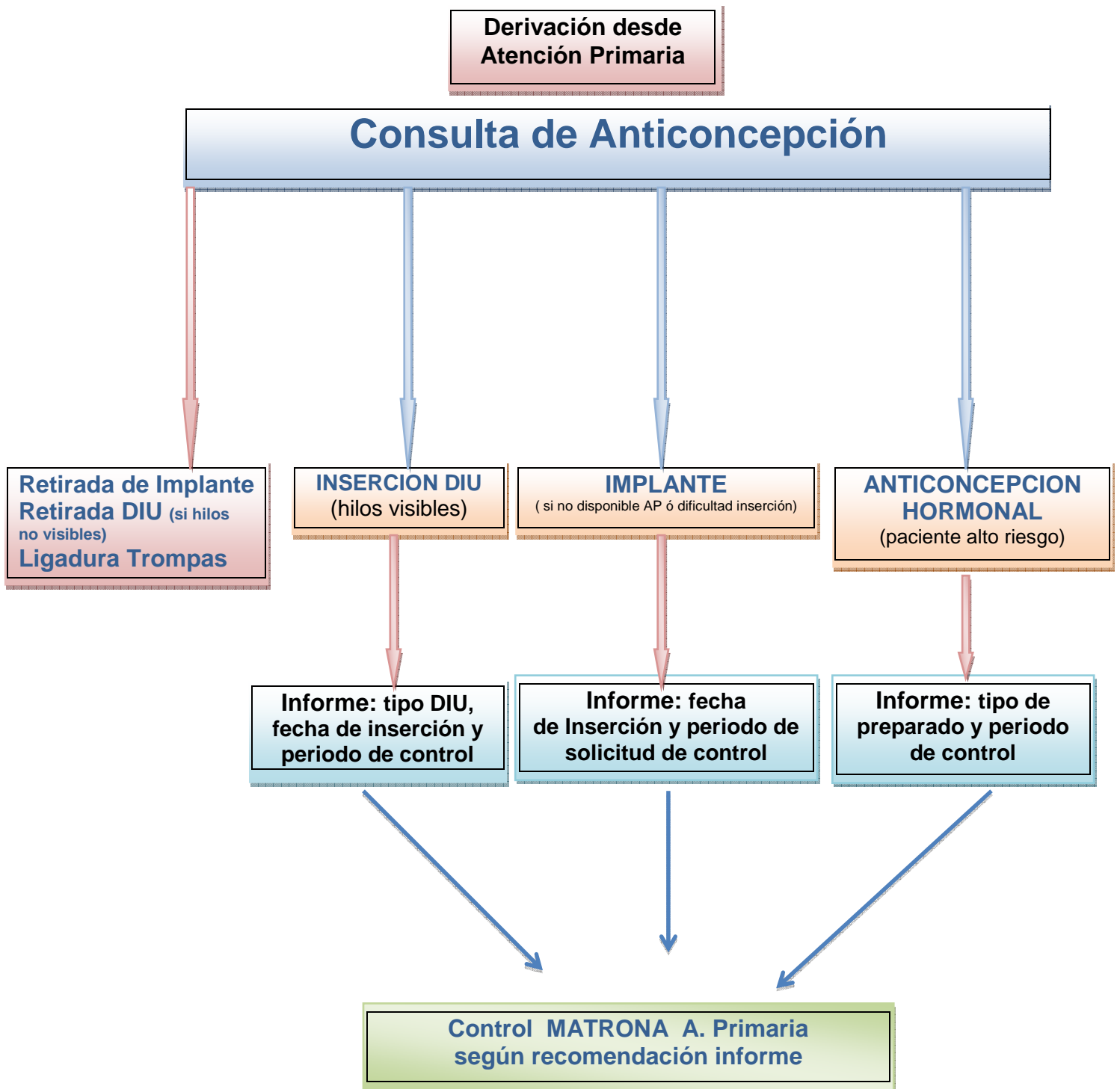
- Todos los preparados combinados disminuyen la dismenoreas
- Especialmente indicada la pauta continuada en casos de dismenoreas severas

Postparto y Lactancia

- En caso de Lactancia materna se puede usar A solo gestágenos 6 semanas tras el parto, mientras que la A combinada no debe usarse antes de 6 meses tras el parto
- Sin Lactancia materna A Combinada no puede usarse antes de 3 semanas tras el parto. La A solo gestágenos podría utilizarse antes de las 3 semanas.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA		
Monofásicos con progestágenos de 2ª generación		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
35µg EE	Norgestimato 250µg	Si
30µg EE	Levonorgestrel 150µg	Si
	Clormadinona 2 mg	No
	Dienogest 2mg	Si
20µg EE	Levonorgestrel 100µg	No
Monofásicos con progestágenos de 3ª generación		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
30µg EE	Desogestrel 150µg	Si
	Gestodeno 75µg	No
20µg EE	Desogestrel 150µg	No
	Gestodeno 75µg	No
15µg EE	Gestodeno 60µg	No
Derivados de la 17 alfa-espirolactona		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
30µg EE	Drospirenona 3 mg	No
20µg EE	Drospirenona 3 mg	No
Monofásicos con efecto antiandrogénico NO INDICADOS COMO ANTICONCEPTIVOS		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
35µg EE	Ciproterona 2µg	Si
Bifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-7 y 8-22)		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
40µg EE	Desogestrel 25µg (7 comp)	No
30µg EE	Desogestrel 125µg (35 comp)	No
Trifásicos con progestágenos de 2ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
30µg EE	Levonorgestrel 50µg	No
40µg EE	Levonorgestrel 75µg	No
30µg EE	Levonorgestrel 125µg	No
Trifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
30µg EE	Gestodeno 50µg	No
40µg EE	Gestodeno 70µg	No
30µg EE	Gestodeno 100µg	No
Cuatrifásicos con estrógenos naturales		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
Valerato de Estradiol 3mg (2c)	Dienogest 3mg Dienogest 2mg	No
Valerato de Estradiol 2mg (5c)		
Valerato de Estradiol 2mg (17c)		
Valerato de Estradiol 1mg (2c)		
Placebo (2c)		
Monofásico con estrógeno natural (24x4)		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
Estradiol 1.5 mg	Acetato de nometgestrel 2.5mg	No
Anillo Vaginal		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
2,7 mg EE	Etonorgestrel 11,7mg	No
Parche Transdérmico		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
0,55 mg EE	Gestodeno 2,1 mg	No
0,60 mg EE	Norelgestromina 6 mg	No
ANTICONCEPCIÓN SOLO GESTÁGENOS		
Prostágenos Orales		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
-	Desogestrel 75µg	Si
Implante subdérmico		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
-	Etonorgestrel 68 mg / (3años)	Si
Inyección intramuscular		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
-	Medroxiprogesterona acetato 150mg (3 meses)	Si
ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA		
Estrógeno	Progestágeno	Financiado
-	Acetato de Ulipristal 30mg	No
-	Levonorgestrel 1500µg	No

Anexo 6. CONSULTA ANTICONCEPCIÓN GINECOLOGIA (2º nivel)



Anexo 7. MIEMBROS GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO

COORDINACIÓN:

Sira Repollés Lasheras

DEPARTAMENTO DE SANIDAD/SALUD:

Representante institucional Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva:

Asunción Cisneros Izquierdo

Responsable del Área de Estrategias Salud:

Cristina Alonso López

Jefa de Servicio de Estrategias de Salud y Formación:

María Isabel Cano del Pozo

Coordinación Enfermería:

Carmen Chavarri Alamán

Coordinación Formación:

Pilar Galán Rubio

MATRONAS:

- Manuela Román Escartín
- Belén Val Lechuz
- M^a José Ramón del Carmen
- Ana Muñoz Ruiz
- Amelia Juste Pina
- Maria Pilar Franco Navarro

MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- M^a Pilar Lafuente Martínez
- M^a José García Montañés
- Susana Larripa de la Natividad

FEA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:

- José Vicente González Navarro
- Hortensia Yagüe Moreno
- Liria Ornat Clemente
- Pedro Rodríguez Abad
- Olivia Lafalla Bernad
- Elena Schumacker Ansuategui
- Raquel García Simón
- M^a Ángeles Aragón Sanz
- Jorge Martínez Medel
- Luis Alós Pueyo