

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

ACO

Se requieren 7 días continuos de exposición a AHC para suprimir el eje HHO y suprimir el desarrollo folicular

Olvidos	
1 píldora	Tomarla inmediatamente. No necesario uso de método adicional
>1 píldora	Tomarla inmediatamente. Recomendar uso de método barrera al menos 7 días. Valorar A. Urgencia
Entre 1ª-7ª píldora	Considerar anticoncepción de urgencia
Entre 8ª-14ª píldora	No se recomienda anticoncepción de urgencia
15ª-21ª píldora	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 A.U.
Náuseas, 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 ó pauta continua)
Aumento de peso	Muy poco frecuente. Utilizar gestágenos con actividad antiminerocorticoidea
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 privación	Descartar embarazo. Tranquilizar y continuar toma. Si no genera ansiedad, continuar
Fármacos que disminuyen la eficacia	Rifampicina, Rifabutina, Griseofluvina, Carbamacepina, Fenobarbital, Primidona, Fenitoína, 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 A.U. si coito de riesgo
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 A.U.
Spotting	Continuar uso. Si persiste o es mal tolerado, cambiar de método
Ausencia de hemorragia por privación	Descartar embarazo. Tranquilizar. Si persiste o mala tolerancia, cambiar de método
Fármacos que disminuyen la eficacia	Idem que con la A. C. 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 A.U. si coito de riesgo
Fármacos que disminuyen la eficacia	Idem que con la A. C. oral
Mujeres obesas	Su uso debe limitarse a mujeres con peso < 90 kg. (Indicación de uno de los laboratorios)

ANTICONCEPCIÓN SOLO GESTÁGENOS

ORAL 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

Olvido < 12h	Toma del comprimido olvidado. Se mantiene la eficacia
Olvido > 12 h	Toma inmediata de la píldora olvidada. Uso de método barrera 2 días. Si coito de riesgo, valorar A.U.
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 A.U. si coito de riesgo
Retraso > 15 días en otros ciclos	Administrar. Uso de método barrera durante 7 días. Considerar A.U. si coito de riesgo
Tiempo desconocido desde la última IM	Descartar embarazo. Administrar. Uso de método barrera durante 7 días. Considerar A.U. si coito de riesgo
Fármacos inductores enzimáticos	No requieren precauciones adicionales o cambio de dosis

IMPLANTE SUBCUTÁNEO

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, usar método barrera durante los días de toma del fármaco y hasta 28 días después de su abandono
Mujeres obesas	Efectivo. El laboratorio recomienda reemplazarlo antes de los tres años en usuarias con IMC >30

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 mineralocorticoide de los Estrógenos

- Elegir un gestágeno con efecto antimineralocorticoide
- Drospirenona

Síndrome premenstrual

- Mejoría de los síntomas con el uso de Drospirenona como gestágeno, y en especial con la pauta 24/4

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

Dismenorrea. Frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes

- Todos los preparados combinados disminuyen la dismenorrea
- Especialmente indicada la pauta continuada en casos de dismenorrea severa

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.

PROGRAMA DE ANTICONCEPCIÓN ARAGÓN

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

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A GINECOLOGÍA

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 sei precisan
- Ligadura/ oclusión de trompas

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

CRITERIOS de ELECCIÓN 3 y 4 para AHC OMS 2015