



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

Soriano Fernández, Humberto; Rodenas García, Lourdes; Moreno Escribano, Dolores
Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 3, núm. 3, 2010, pp. 206-216
Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169616213009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REVISIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS

Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones.

Humberto Soriano Fernández^a, Lourdes Rodenas García^b,
Dolores Moreno Escribano^c

^aMédico de Familia. Centro
de Salud Zona 7 de Albacete.

^bD.U.E. Atención
especializada. Albacete.

^cD.U.E. Hospital de Hellín.
Albacete.

Dirección para Correspon-
dencia: Humberto Soriano
Fernández,
Paseo de la Circunvalación,
nº 136, 1ºB, 02006 – Albacete,
España. Correo electrónico:
ugome@hotmail.com

Recibido el 4 de septiembre
de 2010.

Aceptado para su publicación
el 25 de septiembre de 2010.

RESUMEN

La elección de los distintos métodos anticonceptivos debe basarse en dos pilares fundamentales: la evidencia científica disponible y la adecuación al contexto de la paciente o la pareja. La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene realizando el esfuerzo desde hace más de quince años de actualizar los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos tras la revisión de la evidencia disponible, y presentar estos resultados para facilitar al personal sanitario y a los organismos oficiales el consejo anticonceptivo más adecuado en cada situación. El médico de familia juega un papel determinante en aproximar estos criterios a la realidad de cada una de sus pacientes, de manera que se consiga indicar el mejor método disponible en cada caso, siempre aportando la información adecuada y respetando las opiniones y deseos de cada mujer o pareja. En el artículo analizamos cuál debe ser este proceso, cuáles son los aspectos importantes a recoger en la anamnesis, qué exploraciones son necesarias, y cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de cada método anticonceptivo. Tomamos como eje conductor la última revisión que la OMS ha realizado al respecto, publicada el invierno pasado, y desde ahí analizamos las distintas posibilidades clínicas a las que nos podemos enfrentar. Para una buena praxis en este terreno, deberemos seguir estas evidencias y mantener siempre una actitud de respeto a la capacidad de decisión de la paciente o la pareja. El objetivo último de esta revisión es ayudar al clínico en la práctica clínica diaria a escoger en cada caso la mejor opción.

Palabras clave. Anticoncepción, Atención Primaria, Organización Mundial de la Salud.

ABSTRACT

Eligibility criteria for Contraceptive Methods. New Recommendations

When choosing a contraceptive method two main principles must be considered: the available scientific evidence and its suitability to the woman's or the couple's situation. The World Health Organization (WHO) has been updating the medical eligibility criteria for contraceptive use for over fifteen years. After reviewing the available evidence it presents the results in order to make it easier for health professionals and government agencies to provide the most appropriate contraceptive advice in each situation. The family doctor plays an important role in applying these criteria to each of his/her patient's situation and determining the best available method for each case. The doctor will provide his/her patients with the available information and respect their opinions and wishes.

In this article we analyse how this process should be carried out, what the most relevant aspects of the anamnesis are, what tests are needed and what the indications and contraindications of each method are. We use the latest WHO recommendations as a guideline to determine the different clinical possibilities we may have to contend with. For good praxis in this area, we should follow these recommendations and respect the patient's or the couple's ability to decide. The main objective of this review is to help the physician in his/her daily clinical practice to choose the best option for each patient.

Key words. Contraception, Primary Health Care, World Health Organization.

Un resumen del artículo se presentó como ponencia en el I Congreso de la Sociedad Castellano-Manchega de Contracepción, celebrado en Toledo el 18 de diciembre de 2009.

INTRODUCCIÓN

Según la sexta encuesta del grupo DAPHNE (grupo de expertos en anticoncepción), realizada en el año 2009, el uso de anticonceptivos se extiende hasta un 78.8% de la población femenina en España, habiendo aumentado el número de mujeres que los utiliza hasta en un 30% desde la primera encuesta que se realizó en 1997¹.

Dicha encuesta nos confirma que los métodos más utilizados en nuestro medio son, en primer lugar, el preservativo y, en segundo lugar, la anticoncepción hormonal, de manera predominante por vía oral, aunque va aumentando el número de mujeres que utilizan otras vías de administración¹, tales como los parches transdérmicos y, con mayor aceptación si cabe, el anillo vaginal².

No obstante, llama poderosamente la atención que más de un 18% de las mujeres en edad fértil no utiliza ningún método para planificar sus embarazos, pese a la oferta de métodos seguros y eficaces³.

Estos hechos dejan claro que debemos mantenernos actualizados en el manejo de la contracepción para poder dispensar una atención médica de calidad, también desde atención primaria^{4,5}.

FILOSOFÍA

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el **consejo anticonceptivo** como la práctica sanitaria, dirigida a personas sanas, en la que se aporta *“información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductivo”*⁶.

Es precisamente el ámbito de la atención primaria un territorio muy adecuado para poder llevar a cabo esta práctica sanitaria, abarcando no sólo al médico de familia, quien indudablemente debe asumir el protagonismo que le corresponde y que no siempre toma, sino también a los enfermeros y por supuesto a las matronas que trabajan en los centros de salud.

Así queda reflejado en el espíritu del “Libro Blanco sobre la Anticoncepción en España” cuando se redacta en una de sus conclusiones que *“la prescripción de métodos pueda ser realizada tanto por médicos de Atención Primaria debidamente formados como por ginecólogos”*⁷.

OBJETIVOS

En definitiva, el sanitario debe informar con objetividad, de modo completo y actualizado sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, con el fin de facilitar a la paciente y su pareja que tomen la decisión que sea más adecuada en función de su situación, experiencias previas y valores⁸.

Es imprescindible que sepamos transmitir todo este conjunto de informaciones a la población, intentando adaptarnos al tiempo que necesite cada caso, y que el sistema sanitario permita una buena accesibilidad a la anticoncepción^{9,10}.

Para ello es importante conocer el perfil de cada mujer y sus preferencias, valorar criterios de elegibilidad (que veremos después), descartando contraindicaciones y valorando posibles factores de riesgo, ajustando el seguimiento según cada método y teniendo en cuenta que la mujer elige según un determinado contexto: temporal, social, económico y cultural, siendo estas decisiones complejas y multifactoriales, y estando sujetas a cambios a lo largo de la vida fértil de la mujer¹¹.

CONDICIONES PARA LA ELECCIÓN DEL MÉTODO

Las condiciones para elegir el método idóneo van a depender por una parte de la mujer y/o la pareja y por otra parte del propio método en sí.

El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para dar consejo contraceptivo, por conocer tanto los antecedentes patológicos como la situación familiar y los factores socioculturales que rodean a sus pacientes¹².

Para ayudar a elegir es preciso escuchar, informar y transmitir adecuadamente esa información sobre las distintas opciones existentes, siempre teniendo en cuenta las prioridades de la paciente y de su pareja.

Como paso previo a la elección debemos realizar una anamnesis y exploración básicas que nos permitan ayudar a decidir el mejor método para cada caso concreto.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

La Sociedad Española de Contracepción (SEC) en la Conferencia de Consenso realizada en 1997¹³, actualizada en 2005¹⁴, sobre la prescripción y manejo de los anticonceptivos hormonales orales, ya concluyó en las recomendaciones finales la determinación de los objetivos de control previo a la prescripción de estos fármacos.

En la población general (presuntamente sana) es recomendable realizar lo siguiente:

Anamnesis^{8,13,14}

- Descartar contraindicaciones.
- Valorar factores de riesgo cardiovascular (sobre todo tabaco, obesidad, diabetes, dislipemias, hipertensión arterial) u otro tipo de patologías como migraña.
- Investigar antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular o

trombo-embolismo venoso en familiares directos menores de 50 años.

- Conocer antecedentes patológicos y antecedentes obstétricos.
- También es útil conocer experiencias previas con distintos métodos.

Exploración^{3, 8,12,13,14}

- Control de tensión arterial.
- Control de peso, talla e índice de masa corporal (IMC).
- Inspección de piel (valorar hirsutismo, acné, etc.) y exploración mamaria.
- A partir de los 45 años determinación de glucosa, colesterol (en algunos casos será necesario conocer también sus fracciones) y triglicéridos. En menores de esta edad puede ser necesario también el análisis si existen factores de riesgo y no existen datos recientes.
- No está justificado realizar de rutina un cribado de los estados de hipercoagulabilidad: anti-trombina III, resistencia a la proteína C reactiva, déficit de proteína C y S. Éstas sólo deberían reservarse para pacientes con historia familiar o episodio previo de tromboembolismo idiopático.
- Exploración ginecológica (citología) integrada en las actividades preventivas.

Según la presencia de otras enfermedades, puede ser necesario realizar pruebas adicionales antes de decidir si son candidatas apropiadas para un método anticonceptivo concreto.

FACTORES DEPENDIENTES DEL MÉTODO

Fundamentalmente debemos valorar en el método aspectos tales como:

- **Eficacia:** la capacidad de un método anticonceptivo para evitar una gestación. Se mide habitualmente con el Índice de Pearl, que se define como el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año¹⁵. Se denomina eficacia teórica a la que se obtiene con el uso perfecto de cualquier método anticonceptivo, y efectividad o eficacia real a la que se obtiene en condiciones normales de uso, por la población general y en condiciones de posibles fallos de uso (el índice de fallos es del 3 al 8%, llegando a ser de hasta un 20% en adolescentes o pacientes de bajo nivel sociocultural)¹⁵(tabla 1)¹⁶.
- **Seguridad:** viene condicionada por la capacidad del método de no producir efectos indeseados sobre la salud de la persona que lo utiliza.
- **Posibles efectos beneficiosos añadidos no contraceptivos:** por ejemplo, el uso de algunos anticonceptivos en el caso de acné y/o hirsutismo¹⁷.

- **Facilidad o complejidad de uso:** es muy importante asegurarse de que la paciente comprende adecuadamente el uso del anticonceptivo. Si es muy complejo, disminuye su efectividad y supone una limitación a su uso.
- **Reversibilidad:** es la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir un método anticonceptivo.
- **Precio:** de hecho, no muchos anticonceptivos hormonales están financiados, cuando han demostrado ser fármacos de tremenda utilidad, no sólo como contraceptivos sino como terapias efectivas en distintas patologías. Las políticas sanitarias deberían ir encaminadas a facilitar el acceso a los distintos métodos¹⁷.
- **Relación con el coito:** junto con la frecuencia de las relaciones sexuales, la elección del método anticonceptivo influye para que tenga una relación inmediata o lejana con el coito.

FACTORES DEPENDIENTES DE LA MUJER/PA-REJA

- **Edad y paridad:** se debe preguntar por embarazos previos y deseo de embarazos posteriores.
- **Actividad sexual:** es importante conocer el número de compañeros sexuales, ya que ante una situación donde exista riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) será adecuado recomendar *doble método*, siendo uno el preservativo.
- **Percepción individual de riesgos:** debemos intentar dejar espacio para aclarar dudas, explicar posibles efectos secundarios y los efectos beneficiosos de cada método, desmontando mitos y falsas creencias al respecto (por ejemplo, "me dejen estéril").
- **Patología médica acompañante:** algunas patologías pueden contraindicar un método (por ejemplo, trombofilia) y el uso de algunos anticonceptivos hormonales puede ser beneficioso en algunas situaciones (por ejemplo, hipermenorrea, endometriosis, etc.).
- **Hábitos tóxicos:** las mujeres con abuso de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas precisarán métodos independientes del control de la paciente y además métodos de barrera para prevenir ITS.
- **Aceptación:** en función de las experiencias previas, de las capacidades personales y de los condicionantes culturales y religiosos, determinadas pacientes pueden rechazar los métodos que les proponemos.

NUEVAS RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)^{16,18,19,20}

La OMS asumió desde 1994 la misión de actualizar la prescripción de los métodos anticonceptivos y su utilización de manera segura, redactando los criterios médicos de elegibilidad tras la revisión de la evidencia disponible⁴.

Así, en 1996 se publicó el primer documento, realizándose revisiones posteriormente en 2000, en 2003 y, la más reciente, en 2008, publicada a finales de 2009, teniendo como objetivo el proveer a la comunidad científica y a los organismos oficiales de un conjunto de recomendaciones que ayuden a establecer protocolos y guías para la correcta indicación de cada método.

Aún así no establece directrices rígidas, sino más bien una base razonada, una serie de evidencias para que luego cada lugar del mundo las adapte a su contexto, siempre con la intención de mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y siempre teniendo en cuenta las prioridades de la mujer y de la pareja.

En la última revisión la OMS ha establecido 1870 recomendaciones en total, con 86 recomendaciones nuevas y 165 recomendaciones revisadas, lo que implica un esfuerzo en actualizar al máximo los criterios de elegibilidad.

A continuación valoraremos cuáles son las recomendaciones más importantes, que quedan establecidas en cuatro categorías según el riesgo que conlleva utilizar cada método en cada situación, también teniendo en cuenta si es el inicio del tratamiento o la continuación del mismo.

Las categorías son las siguientes:

1. No hay restricción; se puede usar en cualquier circunstancia.
2. Las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos; habitualmente se puede usar.
3. Los riesgos normalmente superan las ventajas; no se recomienda su uso salvo si no hay disponibles otros métodos mejores, y por supuesto requiriendo un seguimiento más cuidadoso.
4. Su uso representa un riesgo inaceptable para la salud; no debe usarse bajo ningún concepto.

Donde los recursos para el criterio clínico son limitados, las categorías se pueden simplificar en dos:

- Sí se puede usar el método (incluye a las categorías 1 y 2).
- NO se debe usar el método (incluye a las categorías 3 y 4).

Pasemos a revisar las condiciones más relevantes recogidas en la última revisión de la OMS, según el

método utilizado. Desarrollaremos las contraindicaciones relativas y absolutas (categorías 3 y 4) para cada método.

No hablaremos de los métodos naturales, ya que sólo serán alternativa válida en aquellas mujeres o parejas que por una razón médica que desaconseje otras alternativas o por libre iniciativa (convicciones religiosas, contexto socioeconómico, etc.) opten por esta posibilidad.

Si queremos buscar la información de otra manera, podemos utilizar también dos opciones para tener a mano en la consulta: una tabla resumen editada por la Family International Health y el USAID de Estados Unidos (tabla 2) que utiliza un código de colores para cada categoría, o bien el disco que al efecto ha diseñado la OMS y que permite un acceso rápido al estudio de cada condición (figura 1)²⁰.

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)

Son los anticonceptivos que incluyen diferentes dosis de etinilestradiol con diferentes tipos de gestágenos.

Su mecanismo de acción consiste en inhibir el pico de hormona luteinizante (LH), inhibir el aumento de hormona foliculoestimulante (FSH) y el reclutamiento, la dominancia y la selección folicular²¹; también logran espesar el moco cervical, producir atrofia endometrial y alterar el transporte tubárico³.

Incluimos aquí a los anticonceptivos combinados orales (ACO), a los parches (P), al anillo vaginal (A), y a las inyecciones de anticonceptivos hormonales combinados inyectables (AHCI).

Las contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de los AHC vienen recogidas en la tabla 3.

Comentarios adicionales:

- Aunque a partir de los 40 años el riesgo cardiovascular aumenta, si no hay otras patologías asociadas se pueden usar los AHC hasta la menopausia. Asimismo tampoco la adolescencia por sí misma es una contraindicación para el uso de AHC¹⁶.
- La venas varicosas no son factores de riesgo para ETEV, por lo que no contraindican el uso de AHC¹⁶.
- No se debe usar en pacientes con aura porque ésta es una manifestación neurológica focal²².
- El uso de AHC está admitido en la espera de tratamiento del cáncer de cuello, no así en los casos de cáncer de mama¹⁶.
- El uso de AHC disminuye el riesgo de cáncer de endometrio y de ovario²³.
- En pacientes que han padecido colestasis durante la gestación existe más riesgo de desarrollar colestasis inducidas por AHC¹⁶.

- Mejoran algunas patologías dermatológicas, como acné, gracias al efecto estrogénico^{3,23}.
- Las mujeres deben ser informadas de que no hay evidencia de ganancia de peso con el uso de AHC (Grado A)²⁴.

USO DE ANTICONCEPTIVOS DERIVADOS DE LA PROGESTINA (GESTÁGENOS) (P)

Son fármacos que incluyen derivados de la progesterona o de la testosterona. Los gestágenos sintéticos permiten obtener los beneficios de estas hormonas intentando minimizar sus efectos secundarios, tales como el metabolismo hepático de primer paso. Todas las progestinas producen retroalimentación negativa sobre la secreción de gonadotropinas, con inhibición de la ovulación y reducción de la síntesis de andrógenos²⁵.

Incluimos aquí a las píldoras de progestina (PP), los implantes de levonorgestrel (LNG) (Implanon®) o de etonorgestrel (ETG) (Jadelle®, Norplan®), al acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD) y al enantato de noretisterona (NET-EN), ambos incluidos en el mismo grupo (D/NE).

Las contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de los P vienen recogidas en la tabla 4.

Comentarios adicionales:

- La tasa de embarazos ectópicos es mayor que con otros anticonceptivos¹⁶.
- En pacientes que usan NET-EN o DMPA encontramos niveles disminuidos de HDL-colesterol, con el consiguiente aumento del riesgo cardiovascular.
- Algunas patologías dermatológicas, como acné, mejoran gracias al efecto derivado de algunos gestágenos³.
- AMPD puede beneficiar a mujeres con antecedentes de quistes ováricos hemorrágicos y que concomitantemente usen anticoagulantes.
- Son frecuentes las irregularidades en la menstruación en las pacientes que usan este tipo de anticonceptivos.
- Los gestágenos de tercera generación (desogestrel, gestodeno) tienen un menor efecto androgénico, pero poseen un riesgo algo mayor de enfermedad tromboembólica venosa²⁶.
- El uso de gestágenos es admitido mientras se espera para el tratamiento de un cáncer de ovario, cervical o de endometrio, no así en el cáncer de mama.
- No hay evidencia de que pacientes que han sufrido colestasis con el uso de AHC vayan a padecerla con el uso de P.

USO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA (AE)

Son fármacos que representan la posibilidad de evitar un embarazo después de un coito sin protec-

ción, por falta de uso de un método anticonceptivo o por accidente en el uso del método²⁷.

Debe profundizarse en la anamnesis en la búsqueda de situaciones que contraindiquen su uso, además de conocer la fecha de la última regla, el tipo de menstruación y si ha existido algún coito previo sin protección²⁴.

El tratamiento más utilizado en nuestro país consiste en una dosis de 750 mcg de LNG administrada antes de las 72 horas del coito y repetida 12 horas después (Grado A). Una única dosis de 1500 mcg de LNG es tan eficaz como las dos dosis separadas (Grado A)²⁴.

No existen contraindicaciones para el uso de la AE, pero en situaciones en las que su uso sea recurrente, además de significar que la mujer precisa de mayor información para el uso de un método anticonceptivo, puede ser perjudicial para condiciones de salud categorizadas como 2, 3 ó 4 en el uso de AHC o de P²⁴.

También se puede usar como AE el dispositivo intrauterino de cobre, pudiendo insertarse en los 5 días posteriores a la relación sin protección, manteniendo su uso después como anticonceptivo, aunque su utilización no está extendida por la dificultad para su aplicación (Grado C). El LNG-DIU no debe utilizarse como AE (Grado C).

USO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

En la práctica disponemos de dos tipos de DIU: el DIU inerte, generalmente de cobre (Cu-DIU), y el DIU con mecanismo liberador de levonorgestrel (LNG-DIU).

El mecanismo de acción de los DIUs inertes o liberadores de iones parece residir en la respuesta inflamatoria en el interior del útero, que dificulta la implantación del blastocito junto a posibles acciones nocivas en el óvulo y los espermatozoides. Los DIUs con gestágenos añaden a este efecto anticonceptivo la pseudoatrofia endometrial¹².

En estos casos, tras una completa información, las pacientes deben ser derivadas a atención especializada, donde se realizará la inserción, y donde deberán tener una primera revisión tres meses después para comprobar la correcta implantación y la ausencia de complicaciones, ya que la mayor tasa de fallos con el DIU se produce en ese primer trimestre por expulsión²⁴.

Las contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de los DIU vienen recogidas en la tabla 5.

Comentarios adicionales:

- Existe controversia sobre si su uso en nulíparas puede condicionar infertilidad en el futuro, pero los estudios mejor diseñados sugieren que no hay aumento de ese riesgo¹⁶.

- La inserción del DIU justo después del alumbramiento de la placenta está asociado a menores tasas de expulsión, disminuyendo aún más si la inserción es en el contexto de una cesárea.
- Se puede insertar justo después de un aborto (espontáneo o inducido) en el primer trimestre.
- Si se inserta en una paciente con valvulopatía, es preciso profilaxis antibiótica para prevenir endocarditis.
- En el caso de infecciones de transmisión sexual (ITS) no suele ser necesario retirar el DIU si se instaura un tratamiento adecuado.
- Si alguna paciente tiene un riesgo elevado de exposición a ITS, su categoría sería 3.
- Si una mujer se queda embarazada portando un DIU, la probabilidad de embarazo ectópico es muy elevada.
- Hay que recordar que el LNG tiene efecto sobre los niveles de lípidos, por lo que hay que tenerlo en cuenta en pacientes con riesgo cardiovascular aumentado.
- El Cu-DIU puede intensificar la dismenorrea, mientras que el LNG-DIU puede producir el efecto contrario.
- En pacientes con Talasemia, puede producirse un mayor sangrado menstrual con Cu-DIU.

MÉTODOS DE BARRERA (MB)

Incluimos presevativos masculino de látex (PML), preservativo masculino de poliuretano (PMP), preservativo femenino (PF), espermicida (E) y Diafragma (D).

No existen contraindicaciones absolutas para el uso de los métodos de barrera, excepto el uso de espermicidas en pacientes con alto riesgo de infección por VIH, dada la posibilidad de dañar la mucosa genital cervical y el consiguiente aumento del riesgo de contagio¹⁶.

Incluidas en la categoría 3 (contraindicaciones relativas), encontramos las siguientes condiciones: personas con alergia al látex (deberán usar preservativos y/o diafragmas de otro material); las personas con infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermos de SIDA no deben utilizar diafragma ni espermicidas.

Comentarios adicionales:

- El uso de D en multiparas tiene más riesgo de fallo.
- El D sólo debe usarse después del parto cuando el útero ha vuelto a su situación basal.
- Sólo podemos usar D 6 semanas después de abortos sucedidos en el segundo trimestre.

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Para decidir la indicación de la esterilización femenina (EF) o masculina (EM), la OMS establece la

siguiente clasificación (según las palabras inglesas: *accept, caution, delay, special*):

- **A (Acceptable):** no existe razón médica para negarse a la esterilización si lo solicita el/la paciente.
- **C (Cuidado):** el procedimiento puede realizarse, pero con una preparación y unos cuidados más precisos.
- **D (Después):** debemos esperar a que el caso reúna las características necesarias, utilizando otro método hasta ese momento.
- **S (eSpecial):** el procedimiento debe realizarse por un equipo multidisciplinar con experiencia y con los medios técnicos adecuados, utilizando otro método hasta reevaluar las condiciones, esperando que sean mejores.

Para la EF se consideran situaciones especiales: perforación uterina, múltiples factores de riesgo cardiovascular, enfermedad vascular, HTA mal controlada, ETEV en tratamiento con anticoagulación, LES, complicaciones de la diabetes, hipertiroidismo, cirrosis descompensada y trastornos de la coagulación.

La EF debe diferirse en situaciones de mujeres jóvenes, desde la semana hasta las 6 semanas postparto, situaciones de preeclampsia, de rotura prolongada de membranas, de sepsis puerperal, de hemorragia ante o intra parto severa y de trauma genital intraparto grave. También después de un sepsis o hemorragia intensa postaborto. Asimismo hay que esperar ante situaciones como ETEV aguda, cirugía mayor, síndrome coronario agudo, enfermedad trofoblástica con niveles elevados de (Beta-HCG), cáncer cervical, endometrial o de ovario, ITS aguda purulenta, hepatitis aguda, anemia con niveles de hemoglobina inferiores a 7 g/dl y infecciones agudas.

Sí es una técnica aceptable por ejemplo justo tras una cesárea.

Para la EM se consideran situaciones especiales: SIDA en tratamiento antirretroviral, trastornos de la coagulación o hernia inguinal. Se debe diferir en situaciones como infecciones locales, infecciones agudas sistémicas o masa intrascrotal.

Existe la posibilidad de realizar la esterilización vía transcervical mediante la introducción de dos microinsertos en forma de espiral en la luz proximal de las trompas de Falopio. La oclusión tubárica se produce a los tres meses de su colocación. El nombre comercial es Essure®²⁹.

CONCLUSIONES

- El médico de familia tiene ante sí un reto importante que consiste en saber ofrecer consejo an-

ticonceptivo. Desde atención primaria estamos en una inmejorable disposición para conocer los antecedentes y el contexto actual de cada uno de nuestros pacientes, de manera que podamos destinarles el tiempo necesario para informar de las posibilidades y orientar para que consigamos decidir el método más adecuado en cada situación.

- La evidencia científica apoya el inicio del tratamiento anticonceptivo con una buena anamnesis y exploración, quedando las pruebas complementarias para situaciones especiales.
- Es fundamental el consejo antitabaco, dado el

número de fumadoras en edad fértil; el consejo anticonceptivo y el antitabaco deben ir de la mano.

- Recomendar siempre doble método anticonceptivo siendo uno el preservativo en situaciones de alto riesgo de ITS.
- Herramientas como las guías de la OMS (el disco, las tablas), pueden ayudarnos en la práctica diaria a realizar el consejo contraceptivo adecuadamente.

Table 1. Percentage of women experiencing an unintended pregnancy during the first year of typical use and the first year of perfect use of contraception and the percentage continuing use at the end of the first year. United States of America.

Method (1)	% of women experiencing an unintended pregnancy within the first year of use		% of women continuing use at one year ³ (4)
	Typical use ¹ (2)	Perfect use ² (3)	
No method ⁴	85	85	
Spermicides ⁵	29	18	42
Withdrawal	27	4	43
Fertility awareness-based methods	25		51
Standard days method ⁶		5	
Two day method ⁶		4	
Ovulation method ⁶		3	
Sponge			
Parous women	32	20	46
Nulliparous women	16	9	57
Diaphragm ⁷	16	6	57
Condom ⁸			
Female (Reality)	21	5	49
Male	15	2	53
Combined pill and progestin-only pill	8	0.3	68
Evra patch	8	0.3	68
NuvaRing	8	0.3	68
Depo-Provera	3	0.3	56
Combined injectable (Lunelle) ⁹	3	0.05	56
IUD			
ParaGard (copper T)	0.8	0.6	78
Mirena (LNG-IUS)	0.2	0.2	80
Implanon	0.05	0.05	84
Female sterilization	0.5	0.5	100
Male sterilization	0.15	0.10	100

Emergency Contraceptive Pills: Treatment initiated within 72 hours after unprotected intercourse reduces the risk of pregnancy by at least 75%.¹⁰

Lactational amenorrhea method: LAM is a highly effective, temporary method of contraception.¹¹

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)

CONDICIÓN	AOC	DMPA	Im- plantes	DIU-Cu
Embarazo	NA	NA	NA	NA
Lactancia materna				NC
Menos de 6 semanas posparto				
6 semanas a < 6 meses posparto				
6 meses posparto o más				
Posparto				NC
Menos de 21 días, sin dar de amamantar				
< 48 horas incluida posplacenta inmediata				
≥ 48 horas a menos de 4 semanas	NC	NC	NC	
Sepsis puerperal				
Postaborto				
Post-sepsis inmediata				
Tabaquismo				
Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día				
Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día				
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular				
Hipertensión PA = presión arterial				
Historia de PA (donde no se puede evaluar)				
PA está controlada y se puede evaluar				
PA elevada (sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99)				
PA elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100)				
Enfermedad vascular				
Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)				
Historia de TVP/EP				
TVP/EP aguda				
TVP/EP establecida en tratamiento con anticoagulantes				
Cirugía mayor con inmovilización prolongada				
Mutaciones trombotógicas diagnosticadas				
Cardiopatía isquémica (actual o historia de) o (historia de) accidente cerebrovascular				
Hiperlipidemias diagnosticadas				
Cardiopatía valvular complicada				
Lupus eritematoso sistémico				
Anticuerpos antifosfolípidos positivos o no diagnosticados				
Trombocitopenia grave				
Tratamiento inmunosupresor				
Dolores de cabeza				
No migrañosos (leves o graves)				
Migraña sin aura (edad < 35 años)				
Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)				
Migraña con aura (a cualquier edad)				
Patrones de sangrado vaginal				
Irregular, sin sangrado abundante				
Abundantes o prolongados, irregulares y regulares				
Sangrado inexplicable (antes de la evaluación)				

- **Categoría 1** No hay restricciones para su uso.
■ **Categoría 2** Generalmente se usa; puede necesitarse algún seguimiento.
■ **Categoría 3** Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.
■ **Categoría 4** No se debe usar el método.



I/C (Iniciación/Continuación): Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo si ella inicia o continúa el uso de un método. Por ejemplo, una cliente que actualmente padece una EPI que desea iniciar el uso del DIU se consideraría como Categoría 4, y no se le debe insertar un DIU. Sin embargo, si ella desarrolla una EPI mientras usa el DIU, se considera como Categoría 2. Esto significa que generalmente podría continuar usando el DIU y recibir tratamiento para combatir la EPI con el DIU insertado. Donde no se ha marcado I/C, la categoría es la misma para la iniciación y continuación.

NA (no aplicable): Las mujeres que están embarazadas no requieren anticoncepción.

NC (no clasificada): La condición no es parte de la clasificación de la OMS para este método.

* La evaluación de una masa no diagnosticada debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible.

** Los anticonvulsivos incluyen: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina, y lamotrigina. Lamotrigina es Categoría 1 para los implantes.



Tabla 2. Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu). Fuente: Family Health International, USAID. Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS. 2009.

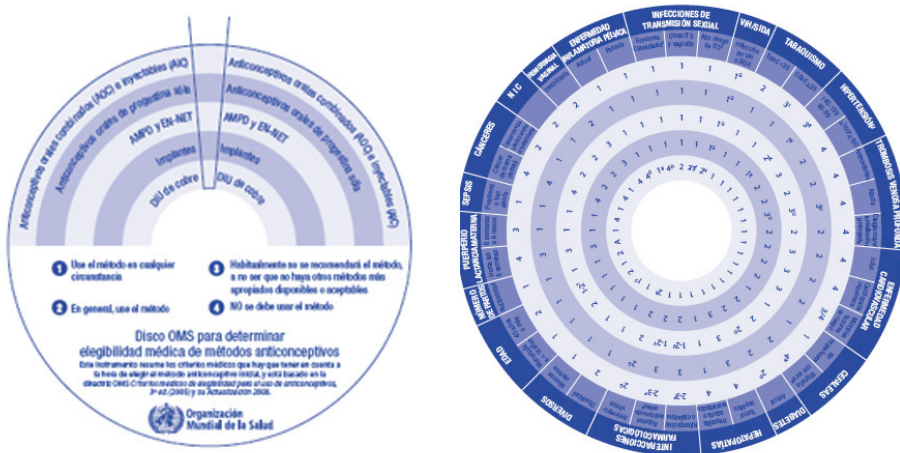


Figura 1. Disco de la OMS para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2008.

Categoría 4 (contraindicación absoluta)

Lactancia las 6 primeras semanas postparto
 Fumadoras de más de 35 años que fumen más de 15 cigarrillos al día
 Hipertensión arterial (HTA)
 Múltiples factores de riesgo cardiovascular (categoría 3/4)
 HTA con cifras de sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 .
 Enfermedad vascular secundaria a hipertensión arterial
 Antecedentes personales y/o episodio agudo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) (tromboembolismo pulmonar y/o embolismo pulmonar), aguda, o ETEV establecida y en tratamiento anticoagulante.
 Cirugía mayor con inmovilización progresiva.
 Mutaciones trombogénicas documentadas.
 Antecedentes y/o episodio agudo de cardiopatía isquémica.
 Antecedentes y/o episodio agudo de ictus
 Valvulopatías complicadas
 Lupus eritematoso sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípido positivos o desconocidos.
 Migraña con aura.
 Migraña sin aura en mujeres mayores de 35 años.
 Nefro/retino/neuropatía diabética muy severa.
 Diabetes de más de 20 años de evolución con mal control metabólico.
 Cáncer de mama actual.
 Hepatitis aguda (sólo para inicio de tratamiento)
 Cirrosis descompensada (categoría 3 para (AHC)).
 Adenoma hepatocelular (categoría 3 para (AHC)).
 Hepatoma (categoría 3/4 para (AHC)).

Categoría 3 (contraindicación relativa)

Lactancia materna desde las 6 semanas a los 6 meses postparto.
 Hasta los 21 días después del parto.
 Fumadoras de más de 35 años de menos de 15 cigarrillos al día.
 Múltiples factores de riesgo cardiovascular (categoría 3/4)
 HTA.
 Dislipemias conocidas (categoría 2/3)
 Migraña sin aura en menores de 35 años (para continuación)
 Migraña sin aura en mayores de 35 años (para continuación)
 Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de recaída en 5 años.
 Nefro/retino/neuropatía diabética severa.
 Diabetes de más de 20 años de evolución con mal control metabólico.
 Enfermedades de la vesícula biliar tratada médicamente o aguda (categoría 2 para (AHC)).
 Historia de colestasis posterior al uso de AHC.
 Tratamiento concomitante con tratamiento antiretroviral con inhibidores de la proteasa
 Tratamiento concomitante con anticonvulsivantes (categoría 2 para (AHC)).
 Tratamiento concomitante con rifampicina o rifabutina. (categoría 2 para (AHC)).

Tabla 3. Categorías 3 y 4 de la OMS para el uso de anticoncepción hormonal combinada. Fuente: World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. (AHC: anticonceptivos hormonales combinados inyectados; AHC: anticonceptivos hormonales combinados).

Categoría 4 (contraindicación absoluta)

Cáncer de mama actual.

Categoría 3 (contraindicación relativa)

Lactancia materna las seis primeras semanas postparto.
 Múltiples factores de riesgo cardiovascular para el uso de D/NE.
 HTA con cifras de sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 para el uso de D/NE.
 HTA con enfermedad vascular para el uso de D/NE.
 ETEV aguda
 Historia personal de ictus para continuación de tratamiento.
 Lupus eritematoso sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípido positivos o desconocidos.
 Migraña con aura (para continuación).
 Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de recaída en 5 años.
 Sangrado vaginal inexplicado, con sospecha de patología grave, antes de la evaluación correspondiente.
 Nefro/neuro/retinopatía diabéticas para el uso de D/NE.
 Cirrosis descompensada.
 Adenoma hepatocelular o tumoración hepática maligna.
 Tratamiento concomitante con tratamiento antiretroviral con inhibidores de la proteasa para el uso de PP.
 Tratamiento concomitante con anticonvulsivantes para el uso de PP.
 Tratamiento concomitante con rifampicina o rifabutina, para el uso de PP.

Tabla 4. Categorías 3 y 4 de la OMS para el uso de anticoncepción hormonal derivada de la progestina. Fuente: World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. (D/NE: acetato de medroxiprogesterona depot/enantato de noretisterona; PP: píldora de progestina).

Categoría 4 (contraindicación absoluta)	Categoría 3 (contraindicación relativa)
<p>Embarazo. El DIU se suele implantar los primeros días de la menstruación; si es en algún otro momento del ciclo hay que descartar siempre gestación (existe riesgo de infección pélvica grave y de aborto séptico) ²⁸</p> <p>Sepsis puerperal.</p> <p>Inmediatamente después de un aborto séptico.</p> <p>Ante un sangrado vaginal inexplicable donde se sospeche patología grave de base no se debe insertar DIU.</p> <p>Enfermedad trofoblástica con niveles de beta-gonadotropinacoriónica humana (β-HCG) persistentemente elevados o patología maligna de base.</p> <p>Cáncer de cuello.</p> <p>Cáncer de endometrio (para el inicio del tratamiento)</p> <p>Fibromas uterinos o anomalías anatómicas con distorsión de la cavidad uterina.</p> <p>Enfermedad pélvica inflamatoria actual (para el inicio del tratamiento)</p> <p>Cervicitis purulenta o infección por Chlamydia o Gonococo actual (para el inicio del tratamiento).</p> <p>Tuberculosis (TBC) pélvica (para el inicio del tratamiento)</p>	<p>Lactancia (para el LNG-DIU).</p> <p>Entre 48 horas y 4 semanas postparto.</p> <p>ETEV aguda (para el LNG-DIU).</p> <p>Antecedentes o enfermedad actual de síndrome coronario agudo (para la continuación de tratamiento con LNG-DIU).</p> <p>LES con anticuerpos antifosfolípido desconocidos o positivos (para el LNG-DIU).</p> <p>LES con trombocitopenia severa (para el inicio de tratamiento con Cu-DIU).</p> <p>Migraña con aura a cualquier edad (para la continuación de tratamiento con LNG-DIU).</p> <p>SIDA (para el inicio del tratamiento, excepto pacientes con terapia antirretroviral o clínicamente estables).</p> <p>TBC pélvica (para la continuación del tratamiento)</p> <p>Adenoma hepatocelular o Hepatoma (para el LNG-DIU).</p> <p>Cirrosis descompensada (para el LNG-DIU).</p> <p>Terapia antirretroviral (categoría 2/3 para el inicio del tratamiento).</p>

Tabla 5. Categorías 3 y 4 de la OMS para el uso de dispositivos intrauterinos. Fuente: World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. (DIU: dispositivo intrauterino; LNG-DIU: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; Cu-DIU: dispositivo intrauterino de cobre).

BIBLIOGRAFÍA

- VI ENCUESTA Grupo DAPHNE 2009. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/html/documents/archivos/encuestas/presentacionj.pdf> (acceso 1 de julio de 2010).
- Ayuso Raya MC, Romero Cebrián MA, Armero Simarro JM, AriasAlaminos M, Pérez López N, Escobar Rabadán F. "Si llevas el anillo conéctate a la Web". Análisis de las opiniones encontradas en foros de Internet sobre el uso del Anillo Anticonceptivo Vaginal. Rev Clin Med Fam. 2009; 2 (6):258-62.
- De la Viuda García EM. Métodos anticonceptivos. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2009. 10(5).
- De la Viuda García E. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS. Salud mujer. 2010; 8:8-11.
- The ESHRE Capri Workshop Group. Hormonal contraception: what is new? Hum Reprod Update. 2002; 8:359-67.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documentos de consenso: contracepción 2006. Disponible en: <http://www.sego.es/go/prosego> (acceso 12 de julio de 2010).
- Doval Conde JL, coordinador. Libro blanco de la anticoncepción en España. Aula Médica; 2005.
- Bonacho Paniagua I. Anticoncepción. Guías Clínicas Fisiología. 2009; 9 (29).
- Ros R, Julià E, Abella F. Actualización y perspectivas de futuro de los métodos anticonceptivos. Aten Primaria. 1985; 2:162-6.
- Arribas-Mir L, Saavedra-Ruiz M, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T. Actualización y perspectivas de futuro de los métodos anticonceptivos. Aten Primaria. 2006; 37(5):299-300.
- Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3^a ed. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562665.pdf> (Acceso 1 de julio 2010)
- Altarriba Cano M, Cerdeña Gómez C. Anticoncepción y Atención Primaria. I Jornada de Actualización SVMFiC. Revista Valenciana de Atención Primaria. 2004; 15(1):9-17.
- Gómez Martínez M. Manejo clínico de la anticoncepción. Comunicación oral en el 30º Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona. 2009. Disponible en <http://www.sego.es/content/microsites/30sego/ponencias/500.html> (Acceso 30 de julio de 2010)
- Sociedad Española de Contracepción. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Conferencia de consenso. Aranjuez. SEC; 2005. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso_anticonceptivos_hormonales/ (Acceso 2 de Julio de 2010)
- Navarro Gótiiez H, Morera Montes J. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. Inf Ter Sist Nac Salud. 1997; 21:1-10.
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf (Acceso 1 de julio de 2010).

17. Arribas Mir L, Saavedra Ruiz A, Cedeño Benavides T. Panorama anticonceptivo 2006. AMF. 2006; 2(6):332-4.
18. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. UK Medical eligibility criteria for contraceptive use. UKMEC. 2009. Available in: www.fsrh.org (Acceso 1 de Julio de 2010)
19. Family Health International, USAID. Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS. 2009. Disponible en: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ecmfxylet5pt7pmupysjre6hv3qrvnkp443ilunaiedwtiamod-7wujmhsodyzavnqi2hrffdyk6r2k/CuadroReferenciaPF1.pdf> (Acceso 5 de Julio de 2010).
20. OMS. Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547718_spa.pdf (Acceso 7 de Julio de 2010)
21. Martínez San Andrés F. Principios básicos de la anticoncepción hormonal. En: Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción Hormonal Combinada. Barcelona: Doctorative SL; 2008. p. 16-25. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf
22. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Cephalalgia. 2004; 24(suppl 1):1-150. Disponible en: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation (Acceso 10 de julio de 2010)
23. Gómez Martínez MA. Beneficios de la Anticoncepción Hormonal Combinada. En: Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción Hormonal Combinada. Barcelona: Doctorative SL; 2008. p. 43-49. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf
24. Servicio Canario de Salud. Recomendaciones. En: Anticoncepción. Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva. Las Palmas de Gran Canaria: SCS; 2005. p. 71-84.
25. Coll Capdevila C. Gestágenos. En: Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción Hormonal Combinada. Barcelona: Doctorative SL; 2008. p. 27-36. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf
26. Problemas de la reproducción y del aparato genital. Anticoncepción hormonal. AMF. 2007; 3(Ex 1):19-23.
27. Del Cura-González I, Coutado A. Prevención de embarazos no deseados. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Barcelona: SEMFYC; 2003. p. 871- 88.
28. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. MMWR. 2010; 59 (RR-4):52-59.
29. Ramírez Hidalgo A. Novedades en anticoncepción. FMC. 2004; 11(6):314-31