

Preguntas para responder

1. Eficacia y seguridad de los métodos anticonceptivos

1.1. Anticonceptivos hormonales

1. ¿Cuál es la eficacia y efectividad de los anticonceptivos hormonales?
2. ¿Existe alguna diferencia entre los intervalos libres de hormona en la anticoncepción hormonal combinada (24/4 vs 21/7), en términos de eficacia y efectos adversos?

1.2. Anticonceptivos intrauterinos

3. ¿Cuál es la eficacia y efectividad de los anticonceptivos intrauterinos?

1.3. Tromboembolismo

4. ¿En qué casos deben realizarse consideraciones especiales en usuarias de anticonceptivos hormonales en relación con el riesgo de tromboembolismo venoso?
5. ¿En qué casos deben realizarse consideraciones especiales en usuarias de anticonceptivos hormonales en relación con el riesgo de tromboembolismo arterial?

2. Anticoncepción de urgencia

2.1. Eficacia y seguridad de la anticoncepción de urgencia

6. ¿Cuál es la eficacia de los anticonceptivos de urgencia?
7. ¿Existen diferencias en términos de eficacia en la utilización de levonorgestrel frente al acetato de ulipristal como anticoncepción de urgencia?
8. ¿Existen diferencias en términos de eficacia en la utilización de la anticoncepción de urgencia hormonal frente a la intrauterina?

2.2. Aspectos relacionados con la libre dispensación de la anticoncepción de urgencia

9. ¿La libre dispensación de la anticoncepción de urgencia de levonorgestrel tiene un impacto sobre la incidencia de infecciones de transmisión sexual, las conductas sexuales de riesgo o el uso incorrecto de la anticoncepción habitual?

3. Manejo clínico de los métodos anticonceptivos

3.1. Consideraciones previas

10. ¿Cuáles son los requisitos previos para la prescripción de un anticonceptivo hormonal?
11. ¿Cuáles son los controles necesarios para el seguimiento de un anticonceptivo hormonal?
12. ¿Cuáles son los requisitos previos para la inserción de un dispositivo intrauterino?
13. ¿Cuáles son los controles necesarios para el seguimiento en usuarias de un dispositivo intrauterino?

3.2. Manejo de las alteraciones del patrón de sangrado en anticoncepción

14. ¿Cómo se manejan los sangrados derivados del uso de anticoncepción?

3.3. Eventualidades en el uso de la anticoncepción

15. ¿Cómo se manejan los olvidos de las píldoras combinadas y de solo gestágeno?
16. ¿Cuál debe ser el manejo de la anticoncepción hormonal en caso de interacción medicamentosa?

3.4. Manejo clínico de la anticoncepción intrauterina

17. ¿Se debe utilizar la profilaxis antibiótica en alguna circunstancia en la inserción de un DIU?
18. ¿Es útil el uso de misoprostol para facilitar la inserción de un DIU?

4. Situaciones específicas

4.1. Usuarias adolescentes

19. ¿A qué edad puede considerarse la utilización de la anticoncepción hormonal en mujeres adolescentes?
20. ¿Es adecuada la utilización de un DIU en las mujeres adolescentes?

4.2. Mujeres con edad reproductiva avanzada

21. ¿Hasta qué edad es necesaria la anticoncepción hormonal?
22. ¿Se debe cambiar el DIU de cobre o LNG insertado después de los cuarenta años?

4.3. Sobrepeso y obesidad

23. ¿Deben realizarse consideraciones especiales en usuarias de anticonceptivos hormonales o intrauterinos con sobrepeso u obesidad?

4.4. Puerperio

24. ¿En qué momento se puede iniciar un tratamiento anticonceptivo hormonal o intrauterino tras el parto?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de las recomendaciones

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE				
Diseño del estudio	Calidad inicial de la evidencia	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si	Calidad de la evidencia final
Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Alta	Limitación en el diseño: Importante (-1) Muy importante (-2) Inconsistencia: Importante (-1) Muy importante (-2) Evidencia directa: Importante (-1) Muy importante (-2)	Fuerza de asociación: - Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1). - Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2).	Alta
				Moderada
Estudios observacionales	Baja	Imprevisión: Importante (-1) Muy importante (-2) Sesgo de publicación: Alta probabilidad de (1)	Gradiente dosis respuesta (+1). Consideración de los posibles factores de confusión: posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1).	Baja
				Muy baja

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE			
Implicaciones de una recomendación fuerte:			
Usuaris	Clínicos	Gestores / Planificadores	
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de usuarios deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.	
Implicaciones de una recomendación débil:			
Usuaris	Clínicos	Gestores / Planificadores	
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellas no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes usuarios y que el profesional sanitario tiene que ayudar a cada usuario a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.	

En ocasiones el Grupo de Trabajo considera que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

Recomendaciones de la GPC

Eficacia y seguridad de los métodos anticonceptivos

<i>Fuerte</i>	Se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales e intrauterinos, debido a que han mostrado una elevada efectividad. En la elección de un anticonceptivo cada profesional sanitario debe considerar las circunstancias y preferencias de cada mujer.
<i>Fuerte</i>	Se recomienda que en la elección del anticonceptivo hormonal combinado más adecuado cada profesional sanitario valore detalladamente los factores de riesgo de tromboembolismo de la usuaria antes de iniciar el tratamiento y periódicamente durante su uso.
<i>Fuerte</i>	Se recomienda que cada profesional sanitario informe a las usuarias sobre el beneficio derivado del uso de los anticonceptivos hormonales combinados y del riesgo en términos absolutos de tromboembolismo, así como de los signos y síntomas de alerta que permitan su diagnóstico precoz.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere la elaboración de protocolos para la provisión y manejo de anticonceptivos en el marco del Sistema Nacional de Salud para asegurar la actuación integral, y garantizar la accesibilidad universal a los métodos anticonceptivos.

Anticoncepción de urgencia

<i>Buena práctica clínica</i>	Es necesario informar a las mujeres que realizan una consulta de anticoncepción de urgencia sobre las opciones de anticoncepción de urgencia disponibles, de la mejor efectividad del DIU de cobre sobre los métodos orales, y de la limitación en la efectividad dependiendo del tiempo transcurrido desde la relación coital sin protección.
<i>Fuerte</i>	En aquellas situaciones en las que se decida insertar un DIU de cobre como anticoncepción de urgencia, debe insertarse en las 120 horas (5 días) de haber mantenido relaciones coitales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado. En el caso que pueda estimarse la fecha de ovulación el dispositivo puede insertarse más tarde, siempre que no hayan transcurrido 5 días tras esta fecha.
<i>Fuerte</i>	En aquellas situaciones en las que se decida utilizar un método oral como anticoncepción de urgencia (acetato de ulipristal 30mg o levonorgestrel 1,5mg), se recomienda administrar el tratamiento lo antes posible después de haber mantenido relaciones coitales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado (antes de las 120 horas (5 días) en el caso del acetato de ulipristal o de las 72 horas (3 días) en el caso del levonorgestrel).

<i>Fuerte</i>	En aquellas situaciones en las que se decida utilizar un método oral como anticoncepción de urgencia, se recomienda administrar de nuevo el anticonceptivo si se producen vómitos en las tres horas siguientes a la toma del comprimido.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere la elaboración de protocolos para la provisión y manejo de la anticoncepción de urgencia que garantice la accesibilidad a las mujeres que la necesiten.

Manejo clínico de los métodos anticonceptivos

Requisitos previos para la prescripción de un anticonceptivo hormonal o dispositivo intrauterino

<i>Buena práctica clínica</i>	Antes de prescribir un determinado anticonceptivo se sugiere realizar una historia clínica que incluya una anamnesis detallada para identificar a mujeres con factores de riesgo y antecedentes patológicos que contraindiquen su uso, de acuerdo con los diferentes criterios de elegibilidad disponibles (consultar Algoritmo 1).
<i>Fuerte</i>	Antes de prescribir un anticonceptivo hormonal combinado o un inyectable de solo gestágenos se recomienda tomar la presión arterial y calcular el índice de masa corporal (consultar Algoritmo 1).
<i>Débil</i>	Se sugiere no realizar de manera rutinaria una exploración ginecológica ni mamaria, o una citología, antes de prescribir un anticonceptivo (consultar Algoritmo 1).

Controles necesarios para el seguimiento de usuarias de anticonceptivos hormonales e intrauterinos

<i>Buena práctica clínica</i>	En el momento en que la mujer escoja un determinado método anticonceptivo, se sugiere informarla sobre la conveniencia de consultar cualquier efecto secundario u otros problemas derivados del método anticonceptivo o si desean cambiar el método. Las usuarias también deben recibir información sobre los principales síntomas de alerta que permitan identificar situaciones en las que deba considerarse una modificación en el uso del anticonceptivo.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere una visita a los tres meses tras el inicio de un tratamiento hormonal combinado (oral, anillo o parche) o de sólo gestágeno, o a las 3-6 semanas de la inserción en el caso del DIU.
<i>Buena práctica clínica</i>	En las visitas de control, se sugiere comprobar cuál es su satisfacción con el método y posibles problemas derivados de su uso.

<i>Buena práctica clínica</i>	En las visitas de control, se sugiere explorar cualquier cambio en la historia clínica de la usuaria que pueda causar un cambio en los criterios de elegibilidad para el uso seguro de los anticonceptivos.
<i>Débil</i>	Se sugiere valorar cambios en el peso de la usuaria en cada visita de control y discutir esta circunstancia con la usuaria que pueda asociar un eventual cambio en el peso con el método anticonceptivo hormonal.
<i>Débil</i>	Se sugiere realizar una medición de la presión arterial en cada visita de control de las usuarias de anticonceptivos hormonales combinados (píldora, parche o anillo).

Manejo de las alteraciones del patrón de sangrado en anticoncepción

<i>Buena práctica clínica</i>	Antes de iniciar el tratamiento con un anticonceptivo hormonal o intrauterino debe informarse a la usuaria de la modificación en su patrón de sangrado. Principalmente en el caso de los dispositivos intrauterinos y los métodos hormonales combinados la modificación del patrón del sangrado puede ser habitual al inicio del uso del método, y tiende a desaparecer con su uso continuado.
<i>Buena práctica clínica</i>	En el proceso de elección de un anticonceptivo hormonal o intrauterino debe realizarse una anamnesis orientada a identificar factores de riesgo u otras situaciones que permitan anticipar alteraciones en el patrón de sangrado.
<i>Débil</i>	En usuarias de implante o inyectable se sugiere que ante la persistencia del sangrado, y en ausencia de problemas ginecológicos, se trate con antiinflamatorios no esteroideos. En caso de sangrado frecuente o prolongado se sugiere un tratamiento con anticonceptivos combinados o estrógenos en dosis bajas.
<i>Débil</i>	En usuarias de anticonceptivos hormonales combinados se sugiere que ante la persistencia del sangrado, y en ausencia de problemas ginecológicos, se interrumpa el tratamiento durante 3 ó 4 días consecutivos. Estos días de descanso del anticonceptivo, no están indicados en los primeros 21 días de uso del método hormonal combinado en ciclos extendidos, ni está indicado realizarlos en más de una ocasión en el mismo mes, ya que el anticonceptivo puede reducir su eficacia.

Eventualidades en el uso de la anticoncepción

Manejo de los olvidos de las píldoras combinadas y de solo gestágeno

<i>Buena práctica clínica</i>	Durante una consulta de anticoncepción, cada profesional sanitario debería informar sobre el posible impacto de un olvido y responder a las posibles dudas de cada usuaria, valorando la posibilidad de proporcionar folletos informativos sobre este aspecto.
<i>Buena práctica clínica</i>	En caso de que se produzca un olvido en la toma de un anticonceptivo hormonal oral combinado, se sugiere considerar el momento en el que se produjo el olvido y el número de píldoras olvidadas, para aconsejar a la usuaria la manera más adecuada de retomar el uso adecuado del anticonceptivo (consultar Algoritmo 3).
<i>Buena práctica clínica</i>	En caso de que se produzca un olvido en la toma de un anticonceptivo hormonal de solo gestágeno, se sugiere considerar el momento en el que se produjo el olvido, para aconsejar a la usuaria la manera más adecuada de retomar el uso adecuado del anticonceptivo (consultar Algoritmo 4).

Anticoncepción hormonal e interacciones medicamentosas

<i>Buena práctica clínica</i>	Si una mujer desea iniciar un tratamiento con anticonceptivos hormonales, se debe recopilar información sobre los tratamientos que está tomando o ha tomado recientemente.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se debe advertir a la mujer que está utilizando un anticonceptivo hormonal que ciertos medicamentos pueden alterar la eficacia del anticonceptivo y que debe consultar a un médico antes de iniciar cualquier tratamiento medicamentoso.
<i>Buena práctica clínica</i>	Cuando se realice con la mujer la elección del anticonceptivo debe considerarse la duración de un posible tratamiento concomitante, la causa por la que se debe prescribir este tratamiento, y aquellas situaciones en las que puede ser necesario tomar alguna medida contraceptiva adicional.
<i>Buena práctica clínica</i>	En la elección de un anticonceptivo ante una posible interacción medicamentosa se sugiere consultar cualquiera de los documentos disponibles para determinar los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

Manejo clínico de la anticoncepción intrauterina

Profilaxis antibiótica en la inserción de un DIU

<i>Fuerte</i>	No se recomienda administrar profilaxis antibiótica en la inserción de un DIU.
---------------	--

Uso de misoprostol durante la inserción de un DIU

<i>Fuerte</i>	No se recomienda administrar misoprostol de manera rutinaria antes de la inserción de un DIU con la finalidad de facilitar este procedimiento.
---------------	--

Situaciones específicas

Usuaris adolescentes

<i>Débil</i>	Se sugiere ofrecer información a las mujeres adolescentes sobre los diferentes tipos de anticonceptivos, destacando los beneficios adicionales de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
<i>Buena práctica clínica</i>	Debe aconsejarse a las usuarias de DIU realizar una visita de seguimiento en los primeros meses de uso para valorar su tolerancia, y recordarles que deben consultar cualquier duda sobre el método anticonceptivo.

Edad reproductiva avanzada

<i>Fuerte</i>	Se recomienda no utilizar la edad de la usuaria como el único criterio en la decisión sobre la interrupción de un anticonceptivo.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere que, en mujeres sin factores de riesgo ni problemas médicos relevantes que desean evitar un embarazo no deseado, se mantenga la anticoncepción hormonal hasta la menopausia.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere que en la decisión de utilizar o continuar un determinado método anticonceptivo en mujeres con edad reproductiva tardía, se individualice la decisión teniendo en cuenta sus riesgos y beneficios, incluidos los no anticonceptivos.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere que las usuarias de un método anticonceptivo no hormonal como el DIU de cobre interrumpan su uso transcurridos dos años tras el último ciclo menstrual en las mujeres menores de 50 años, periodo que puede ser de un año en las mujeres mayores de 50 años.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere informar a las usuarias de un DIU de cobre insertado a partir de los 40 años sobre la posibilidad de mantener el dispositivo hasta la aparición de la menopausia.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere extraer el DIU de levonorgestrel entre los 40 y 44 años a aquellas mujeres a las que se les había insertado entre los 35 y 39 años. El DIU puede renovarse o sustituirlo por un método alternativo.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere mantener el DIU de levonorgestrel durante siete años o hasta la aparición de la menopausia en las usuarias en las que se les insertara el dispositivo a partir de los 45 años de edad.

Sobrepeso y obesidad

<i>Buena práctica clínica</i>	En la elección de un método anticonceptivo para una mujer con sobrepeso u obesidad se sugiere individualizar la decisión de acuerdo a las características de cada usuaria y a las directrices reflejadas en los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, informando a la usuaria de las ventajas e inconvenientes de cada uno de los métodos.
<i>Fuerte</i>	No se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales combinados a las mujeres con obesidad en las que se identifican factores de riesgo cardiovascular adicional (edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión), debido a que aumenta el riesgo de sufrir alguna enfermedad cardiovascular secundaria.
<i>Débil</i>	En estas mujeres pueden considerarse métodos anticonceptivos que han mostrado una buena eficacia sin aumentar el riesgo cardiovascular, como los dispositivos intrauterinos o los métodos hormonales de sólo gestágeno.

Puerperio

<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere que los profesionales sanitarios promuevan durante el puerperio espacios en los que se pueda tratar con las mujeres y sus parejas aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad en esta etapa.
<i>Buena práctica clínica</i>	Se sugiere consultar los criterios de elegibilidad disponibles para el uso de anticonceptivos para individualizar la elección del método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características y antecedentes de cada mujer.
<i>Fuerte</i>	Se recomienda informar sobre la necesidad de anticoncepción y la introducción de un método adaptado a la situación específica de las mujeres que desean planificar sus futuros embarazos y que no mantienen lactancia materna exclusiva.
<i>Débil</i>	Se sugiere informar sobre la posibilidad de seguir el método lactancia-amenorrea (MELA) hasta los 6 meses tras el parto a aquellas mujeres en las que persiste la amenorrea, realizan lactancia materna exclusiva, y no presentan riesgo de transmitir o adquirir una infección de transmisión sexual.