

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Se incluyen nuevas pautas de administración de anticonceptivos orales combinados.
- Se incluyen pautas de actuación ante problemas de cumplimiento y efectos adversos de la anticoncepción hormonal combinada.

INDICE

- 1. Anticoncepción hormonal combinada**
 - a. Características del método
 - b. Vías de administración
 - c. Eficacia
 - d. Criterios de elegibilidad
 - e. Requisitos previos a la prescripción
 - f. Seguimiento
 - g. Efectos beneficiosos no anticonceptivos
 - h. Efectos adversos
- 2. Anticoncepción con sólo gestágenos**
 - a. Características del método
 - b. Vías de administración
 - c. Eficacia
 - d. Criterios de elegibilidad
 - e. Requisitos previos a la prescripción
 - f. Seguimiento
 - g. Efectos beneficiosos no anticonceptivos
 - h. Efectos adversos
- 3. Anexo I: Criterios de elegibilidad**
- 4. Anexo II: Pautas de actuación ante problemas de cumplimiento y efectos adversos**
- 5. Bibliografía**

1. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Los Anticonceptivos Hormonales Combinados son fármacos compuestos por un estrógeno y un progestágeno, que pueden administrarse a través de distintas vías y cuyo mecanismo de acción fundamental es la inhibición de la ovulación, lo que les confiere una alta eficacia anticonceptiva, reversible tras su suspensión.

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO

Están compuestos por un estrógeno y un gestágeno. El **estrógeno** que contienen la mayoría de los preparados comercializados en la actualidad es el **Etinil Estradiol**, estrógeno sintético de alta potencia, cuya dosis oscila entre 35 y 15 microgramos diarios en los llamados preparados de baja dosis. Hoy día, también se comercializan dos preparados con estrógeno natural (Valerato de estradiol y 17 β estradiol), menos potente y con distinto perfil de efectos adversos, dada su rápida metabolización hepática.

Además, cabe destacar la reciente aparición de un preparado que contiene **Estetrol (E4)**, un estrógeno natural sintetizado por el hígado fetal humano, con actividad tisular específica y un buen perfil de seguridad, ya que presenta un impacto limitado sobre la función hepática (al no ser metabolizado por la enzima citocromo P450), el metabolismo lipídico y de los carbohidratos, y la activación hemostática.

El **progestágeno** difiere en los distintos preparados comercializados. Todos ellos tienen una potente actividad antigonadotrófica, lo que les confiere su alta eficacia anticonceptiva, y además, una

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Anticoncepción hormonal de corta duración

actividad progestagénica y antiestrogénica; pero difieren en su capacidad para interactuar con los receptores de andrógenos, de glucocorticoides o de mineralocorticoides.

Progestágeno	Anti-estrogénica	Estrogénica	Androgénica	Anti-androgénica	Glucocorticoide	Riesgo tromboembólico	Observaciones
Clormadinona	+	-	-	+	+		Alternativa para hiperandrogenismo
Ciproterona	+	-	-	++	+	+++	Gran eficacia en acné, hirsutismo e hipertrichosis
Dienogest	+/-	+/-	-	++	-		Marcado efecto sobre endometrio
Drospirenona	+	-	-	+++	-		Antimineralocorticoide
Etonogestrel	+	-	+	-	-	++	3ª generación. Buen perfil lipídico. Mayor riesgo TE.
Gestodeno	+	-	+	-	+	++	3ª generación. Buen perfil lipídico. Mayor riesgo TE.
Desogestrel	+	-	-	+	-	++	3ª generación. Buen perfil lipídico. Mayor riesgo TE.
Levonorgestrel	+	-	+	-	-	+	2ª generación. Aumenta TG y LDL. Disminuye HDL.
Acetato de nomegestrol	+	-	-	+/-	-		Marcado efecto sobre endometrio
Noretisterona	+	+	+	-	-		
Norgestimato / Norelgestromina	+	-	+	-	-	+	4ª generación. Buen perfil lipídico
Progesterona	+	-	-	+/-	+		

Tabla 1: Características de los principales progestágenos

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

➤ VÍA ORAL

En función del **número de píldoras del preparado** diferenciamos:

- **Pauta cíclica:** Con 21 comprimidos, para intercalar una semana de descanso en la que aparece el sangrado por privación. O con 28 comprimidos, conteniendo comprimidos placebo durante los cuales aparece el sangrado por privación.
También hay preparados diseñados con 24 o 26 comprimidos activos, que buscan mejorar la seguridad del método o disminuir el intervalo libre de hormonas (ILH) y actuar así sobre los síntomas por privación hormonal como el síndrome premenstrual, la mastalgia, etc.
- **Pauta prolongada o continuada:** Si el preparado contiene más de 28 comprimidos. Este tipo de pautas han aparecido recientemente y su objetivo es disminuir el número de ILH por año, bien por comodidad para la usuaria, o buscando el beneficio médico de la supresión del ILH (dismenorrea, endometriosis, síndrome premenstrual).
 - Pautas prolongadas:
 - Fijas: 84/7: ILH programado de 7 días, 4 veces al año.

- Flexible: Permitiendo el sangrado por privación cuando ocurre un episodio de sangrado uterino persistente, momento en que se inicia un ILH.
 - Pauta continua: 365 píldoras activas. No ILH programado.

Una revisión reciente de la Cochrane no sólo avala la seguridad de uso de este tipo de preparados (perfil de seguridad y eficacia anticonceptiva similar a pautas cortas), sino que también destaca una serie de ventajas frente a las mismas: Mejoría de cefaleas, cansancio, distensión abdominal y dismenorrea.

➤ VÍA TRANSDÉRMICA

En la actualidad contamos con un producto que libera 150 mcg de norelgestromina y 20 mcg de etinilestradiol cada 24 horas. Se administran 3 parches por ciclo, con una periodicidad semanal, seguido de una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por privación. El patrón farmacocinético es comparable a la vía oral.

Sus características principales son similares a la vía de administración vaginal:

- Evita el primer paso hepático que ocurre con la administración por vía oral.
- No se compromete su absorción y por tanto su eficacia por procesos intestinales intercurrentes como pueden ser vómitos o diarreas.
- La aplicación semanal puede mejorar el cumplimiento frente a la toma diaria, lo cual se traduce en una mayor efectividad que las píldoras orales.

➤ VÍA VAGINAL

La administración de preparados hormonales combinados puede hacerse también a través de un dispositivo vaginal (en forma de anillo) de, principalmente Etilen vinil acetato.

Estos dispositivos son de uso intravaginal mensual, y liberan 120 mcg de etonogestrel y 15 mcg de etinilestradiol diarios durante 3 semanas. Así, se inserta un anillo intravaginal manteniéndolo durante 3 semanas, tras las cuales se realiza su extracción de la vagina. Tras una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por privación se coloca un nuevo anillo.

La exposición sistémica a estrógenos que presenta el anillo es inferior a la vía oral o transdérmica.

Esta forma de administración tiene una serie de características:

- Evita el primer paso hepático que ocurre con la administración por vía oral, lo que disminuye la síntesis de factores hepáticos procoagulantes.
- Aporta seguridad y un buen control del ciclo.
- No se compromete su absorción y por tanto su eficacia, por procesos intestinales intercurrentes como pueden ser vómitos o diarreas.
- La aplicación vaginal de espermicidas o antimicóticos no compromete la liberación hormonal de los componentes del anillo.
- La aplicación mensual puede mejorar el cumplimiento y la adherencia al método.

EFICACIA

La eficacia anticonceptiva de los distintos preparados, teniendo en cuenta su mecanismo de acción fundamental, es decir, la inhibición ovulatoria, es muy alta y próxima al 100 %.

El índice de Pearl (uso habitual) para los distintos preparados sería:

- Píldora combinada 2,1
- Anillo vaginal 1,23
- Parche transdérmico 1,24

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La Organización Mundial de la Salud en base a la evidencia disponible ha desarrollado 4 categorías en función de que no existan restricciones al uso de estos productos (Categoría 1), las ventajas de uso

superen a los riesgos (Categoría 2), los riesgos generalmente superen los beneficios (Categoría 3) o se contraindique el uso de ACH (Categoría 4).

Categoría 4:

- Lactancia materna en las primeras 6 semanas.
- Tabaquismo de más de 15 cigarrillos/día en mayores de 35 años.
- Obesidad >40 IMC.
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes, hipertensión, perímetro cintura >88 cm.)
- Hipertensión arterial no controlada: sistólica mayor de 160 mm Hg o diastólica mayor de 100 mm Hg.
- Antecedentes personales de trombosis venosa profunda (TEV) o embolismo pulmonar (EP).
- TEV/EP actual.
- Cirugía mayor con inmovilidad prolongada.
- Trombofilia familiar diagnosticada: situaciones en las que existen mutaciones de genes con carácter trombogénico.
- Cardiopatía isquémica.
- Ictus isquémico.
- Valvulopatía complicada con hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis o prótesis metálicas.
- Diabetes Mellitus de más de 20 años de evolución o asociada con vasculopatía, neuropatía o nefropatía.
- Cefaleas migrañosas con aura.
- Migraña sin aura en mayores de 35 años.
- Historia actual de cáncer de mama (últimos 5 años).
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis descompensada.
- Adenoma hepático o hepatocarcinoma.

Categoría 3:

- Lactancia materna entre las 6 semanas postparto y los 6 meses.
- Postparto inmediato sin lactancia (primeras 3 semanas).
- Tabaquismo de menos de 15 cigarrillos/día en mayores de 35 años.
- Edad mayor de 35 años y sin fumar menos de un año.
- Obesidad 35-39 IMC.
- Hipertensión no controlada sistólica de 140-159 mm Hg o diastólica de 90-99 mm Hg.
- Inmovilidad no relacionada con la cirugía.
- Sospecha de trombofilia por antecedente personal no filiado, antecedente familiar de primer grado < 45 años o localización atípica.
- Ictus hemorrágico.
- Hiperlipemia con otros factores de riesgo.
- Migraña sin aura en menores de 35 años continuadoras.
- Migraña sin aura en mayores de 35 años iniciadoras.
- Historia anterior de cáncer de mama (antes de los últimos 5 años).
- Enfermedad vesicular activa actual y/o en tratamiento médico.
- Historia de colestasis asociada a la toma de previa de AH.
- Cirrosis hepática compensada.
- Toma de fármacos como rifampicina o anticonvulsivos.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Anticoncepción hormonal de corta duración

REQUISITOS PREVIOS A LA PRESCRIPCIÓN

- 1) **Anamnesis Orientada.** Es el pilar fundamental en el que asienta la prescripción de un anticonceptivo hormonal. Debe incluir historia familiar, historia personal, síntomas y antecedentes médicos, con especial atención a:
 - Toma de tratamientos farmacológicos
 - Despistaje de cefalea, especialmente de migraña
 - Factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, obesidad, hipertensión, posibles trombofilias, episodios de TVP, e hiperlipidemia)
- 2) **Toma de TA.** Se recomienda la toma de la tensión arterial antes de la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados.
- 3) **Cálculo del IMC.** Tras la última revisión de los criterios de elegibilidad el cálculo del índice de masa corporal (IMC) no es necesario para determinar la elegibilidad de cualquier método anticonceptivo.
- 4) **Proporcionar información sobre el método.**

SEGUIMIENTO

No es necesario realizar controles periódicos específicos. Se recomienda un contacto de seguimiento entre los 3 y 6 meses tras haber iniciado el método anticonceptivo para mejorar la adherencia al tratamiento.

EFFECTOS BENEFICIOSOS NO ANTICONCEPTIVOS

- a) **Ciclo menstrual.** Regulan el ciclo menstrual, disminuyen el volumen del sangrado menstrual, y eliminan o mejoran la dismenorrea, así como el dolor periovulatorio.
- b) **Disminuye incidencia de embarazo ectópico y enfermedad pélvica inflamatoria.**
- c) **Mejora del acné, seborrea e hirsutismo.**
- d) **Osteoporosis.** Tiene un efecto protector sobre la densidad mineral ósea, que aumenta con la mayor duración de uso.
- e) **Cáncer de endometrio.** Reducen el riesgo aproximadamente un 50 % tras 2-3 años de uso que se mantiene durante 10-15 años tras suspender el tratamiento.
- f) **Cáncer de ovario.** Existe una reducción de 40% en el riesgo que aparece desde los 3-6 meses de uso y aumenta hasta un 80 % a los 10 años de uso. El beneficio se mantiene a los 10-15 años tras su uso.

EFFECTOS ADVERSOS

- **EFFECTOS ADVERSOS MENORES:** Náuseas y vómitos, aumento de peso, cefaleas, mastalgia, cloasma, acné, depresión, inapetencia sexual, infecciones urinarias, sangrado disfuncional, amenorrea, amenorrea post-píldora, colestiasis, colelitiasis.
- **EFFECTOS ADVERSOS MAYORES:**
 - a) **Tromboembolismo Venoso (TEV).** Es la complicación vascular más frecuente. El riesgo relativo (RR) de TEV en las usuarias de ACH es de 3 a 4 veces mayor que las no usuarias, siendo mayor durante el primer año de uso, y ligeramente mayor para preparados que contienen gestágenos de 3ª generación. Se recomienda utilizar anticonceptivos con bajas dosis de estrógenos (EE < 35 mgr) para reducir el riesgo relativo de TEV.
 - b) **Tensión arterial.** La tensión arterial puede elevarse ligeramente con la toma de anticonceptivos hormonales orales y suele ocurrir en los primeros 6 meses de uso.

- c) **Infarto Agudo de Miocardio (IAM).** Antes de la prescripción es necesario estudiar los factores de riesgo cardiovascular como: tabaquismo, hipertensión arterial, hiperlipidemia o diabetes mellitus.
- d) **Accidente Cerebrovascular Agudo (ACV).** Los estudios recientes apoyan la hipótesis de que es la presencia de otros factores de riesgo lo que modifica el riesgo entre usuarias de anticonceptivos hormonales combinados de baja dosis.
- e) **Cáncer de mama.** El riesgo absoluto es muy bajo y debe equilibrarse con las reducciones importantes en los riesgos de cáncer de ovario y endometrio.
- f) **Cáncer de cérvix.** El perfil de usuarias de AHC, así como a la edad media de aparición de cáncer cervical, revela un impacto mínimo en el riesgo absoluto de desarrollo del cáncer en estas usuarias. Además, este aumento de riesgo existe sólo en mujeres con infección persistente por el Virus del Papiloma Humano y durante más de 5 años.

2. ANTICONCEPCIÓN CON SÓLO GESTÁGENOS

La anticoncepción con sólo gestágenos abarca una amplia variedad de posibilidades que comparten la presencia de un gestágeno como componente hormonal único que será el que confiera la eficacia anticonceptiva al producto y evita los efectos secundarios imputables al uso de estrógenos, disminuyendo principalmente el riesgo trombótico.

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO

La eficacia anticonceptiva de los métodos hormonales reside fundamentalmente en el componente gestagénico a través de diferentes mecanismos de acción:

- Inhibición de la secreción de gonadotropinas a nivel del eje hipotálamo hipofisario, impidiendo la maduración del folículo y la ovulación.
- Transformación con aumento de la densidad del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.
- Anular el efecto de los estrógenos sobre el endometrio impidiendo la transformación del mismo.
- Inhibición de la capacitación de los espermatozoides.
- Disminución de la motilidad tubárica.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

En este protocolo, nos centraremos en la vía oral como método de anticoncepción de corta duración.

➤ **VÍA ORAL. PÍLDORA SÓLO GESTÁGENOS (PSG).**

En la actualidad en España, existen 2 formulaciones disponibles. Una que contiene 75 mcg de desogestrel (DSG), en formulación de 28 comprimidos, y otra autorizada recientemente que contiene 4 mg de drospirenona (DRSP), con 28 comprimidos de los cuales 24 son efectivos y 4 son placebo, que presenta una alta efectividad, un buen perfil de seguridad, y buen control del ciclo.

La toma se inicia habitualmente el primer día de una menstruación y se continúa con una píldora diaria de forma ininterrumpida.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Anticoncepción hormonal de corta duración

CON/SIN REGLA	POST-PARTO sin lactancia	POST-ABORTO
Del día 1 al 5 del ciclo sin protección adicional.	Hasta el día 21 sin protección adicional.	El mismo día sin protección adicional.
Otro momento del ciclo o amenorrea, con seguridad razonable de no embarazo, usar con 48 horas de protección adicional.	Después del día 21 con protección adicional de 48 horas.	> 5 días con protección adicional de 48 horas.

El margen de seguridad está establecido en 12 horas por lo que un atraso en la toma superior a ese tiempo se considera un olvido.

En caso de olvido, se recomienda la toma inmediata de la píldora olvidada, y además cuando el olvido > 12 horas se utilizará doble método durante 2 días y en el caso de coito de riesgo en ese periodo se aconseja anticoncepción de urgencia.

Tiene un impacto mínimo sobre el metabolismo hidrocarbonado y lipídico, dada su poca acción androgénica y no afecta a los parámetros hemostáticos, la tensión arterial u otros sistemas fisiológicos.

La persistencia de crecimiento folicular, debido al mantenimiento de los niveles de FSH, puede dar lugar a la aparición de masas quísticas pélvicas de entre 10 y 30 mm de diámetro en los primeros meses de tratamiento, con tendencia a disminuir con el tiempo de uso. Suelen ser asintomáticas y no requerir ningún tipo de actuación.

EFICACIA

En cuanto a la eficacia de los MSG podemos afirmar que se halla entre los métodos que tienen una eficacia más elevada como podemos ver en base al índice de Pearl: Píldora solo gestágeno (PSG) 0,4.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La Organización Mundial de la Salud en base a la evidencia disponible ha desarrollado 4 categorías en función de que no existan restricciones al uso de estos productos (Categoría 1), las ventajas de uso superen a los riesgos (Categoría 2), los riesgos generalmente superen los beneficios (Categoría 3) o se contraindique el uso de ACH (Categoría 4).

REQUISITOS PREVIOS A LA PRESCRIPCIÓN

- 1) **Anamnesis Orientada.**
- 2) **Proporcionar información sobre el método y sobre las posibles alteraciones del patrón de sangrado.**

SEGUIMIENTO

No es necesario realizar controles periódicos específicos. Se recomienda un contacto de seguimiento entre los 3 y 6 meses tras haber iniciado el uso del método anticonceptivo para mejorar la adherencia al tratamiento.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Anticoncepción hormonal de corta duración

EFFECTOS BENEFICIOSOS NO ANTICONCEPTIVOS

- Tratamiento de la menorragia e hipermenorrea.
- Mejoría de la anemia ferropénica y de la anemia drepanocítica al reducir el número de crisis.
- Disminución de la frecuencia de convulsiones en pacientes con epilepsia.
- Mejora de la dismenorrea y del dolor asociado a la endometriosis.
- Disminución de la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Disminución del número y tamaño de los miomas.
- Efecto protector frente al cáncer de endometrio y de ovario.

EFFECTOS ADVERSOS

- Alteraciones del patrón de sangrado (más frecuente). Hay que tener en cuenta que 2/10 mujeres no menstrúan, 4/10 mujeres tienen sangrado regular y 4/10 mujeres tienen sangrado irregular.
- Cefaleas, náuseas, cambios de humor.
- Cambios en el peso, mastodinia, acné y otros síntomas androgénicos.
- Quistes funcionales de ovario.

3. ANEXO I: Criterios de elegibilidad

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para el Uso de Anticonceptivos – para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de depósito de medroxiprogesterona (DMPA), enantato de noretisterona (NET-EN), dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre)

CONDICIÓN	AOC	DMPA/NET-EN	DIU de cobre
Edad			
Desde la menarca hasta los 39 años de edad	1	1	1
De 40 años de edad o más	2	2	2
Desde la menarca hasta los 17 años de edad	2	2	2
De 18 años hasta los 45 años de edad	1	1	1
Más de 45 años de edad	2	2	2
Menarca hasta los 19 años de edad	2	2	2
20 años de edad o más	2	2	2
Nulíparas	1	1	1
Lactancia materna			*
Menos de 6 semanas posparto	2	2	2
De 6 semanas a 6 meses posparto	1	1	1
de 6 meses posparto o más	1	1	1
Tabaquismo			
Edad < 35 años	1	1	1
Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día	2	2	2
Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día	4	4	4
Hipertensión			
Historia de hipertensión cuando la presión arterial:			
NO SE PUEDE evaluar	4	4	4
Está controlada y PUEDE evaluarse	1	1	1
Sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99	2	2	2
Sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100	4	4	4
Dolores de cabeza			
Sin migraña (leve o grave)	1	1	1
Migraña sin aura (edad < 35 años)	1	1	1
Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)	2	2	2
Migrañas con aura	2	2	2
Antecedentes de trombosis venosa profunda	4	4	4
Tromboflebitis superficial	1	1	1
Enfermedades complicadas de las válvulas cardíacas	4	4	4
Cardiopatía isquémica/Accidente cerebrovascular	4	4	4
Diabetes			
Sin enfermedad vascular	1	1	1
Enfermedad vascular o diabetes de > 20 años	2	2	2
Malaria	1	1	1
Tuberculosis no pélvica	1	1	1
Enfermedad de la tiroides	1	1	1
Anemia ferropénica	1	1	1
Anemia de células falciformes	1	1	1

- Categoría 1** No hay restricciones para el 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, una mujer con esa condición pertenece a la categoría indicada – así esté iniciando o continuando el uso del método.

* La lactancia materna no afecta la iniciación y uso del DIU. Independientemente del estado de la lactancia materna, la inserción del DIU durante el posparto es Categoría 2 hasta las 48 horas posparto, Categoría 3 de las 48 horas a las cuatro semanas, y Categoría 1 cuatro semanas y después.

** La evaluación debe proseguirse cuanto antes.



4. ANEXO II: Pautas de actuación ante problemas de cumplimiento y efectos adversos

VÍA ORAL

En el caso de un olvido de una píldora de anticonceptivos combinados en régimen monofásico, se recomienda tomarla inmediatamente, y seguir tomando el resto de manera habitual, sin que sea necesario el uso de un método adicional.

En el caso de dos o más olvidos de una píldora de anticonceptivos combinados, se recomienda tomar inmediatamente la última píldora, y seguir tomando el resto de manera habitual. En este caso se recomienda el uso de un método de barrera adicional (preservativo) durante 7 días.

- Si los olvidos se producen entre la 1ª y 7ª píldora, se debería considerar la anticoncepción de urgencia.
- La anticoncepción de urgencia no se recomienda si los olvidos se producen entre la 8ª y 14ª píldora.
- Si los olvidos se producen entre la 15ª y 21ª píldora, se recomienda omitir el periodo libre y continuar con un nuevo envase.

Si el régimen utilizado es multifásico, o nos encontramos ante usuarias de pautas prolongadas o continuadas, se atenderán las indicaciones específicas del fabricante.

Los vómitos y diarreas pueden comprometer la eficacia del método. Es necesario informar de repetir la toma si ocurren tras las 2-4 horas de la toma de la pastilla. Si persisten es necesario utilizar un método adicional al menos durante 7 días.

VÍA TRANSDÉRMICA

Si se olvida cambiar un parche: Al inicio del ciclo, se debe poner un nuevo parche y considerar, desde ese momento éste como el nuevo día de cambio semanal. En la mitad del ciclo (más de siete días), se cambia el parche y no es necesario tomar medida adicionales si el intervalo transcurrido es menor de 2 días (48 h); si se olvida cambiarlo durante más de 2 días se deberá cambiar de todos modos y utilizar otra forma de anticoncepción durante 7 días y considerarlo como nuevo día de cambio semanal.

El tratamiento no pierde su eficacia si un parche se pierde o se despega y han pasado menos de 24 horas. En este caso se coloca un nuevo parche y se sigue como referencia para los cambios ese día de la semana. Si se tienen dudas o han pasado más de 24 horas, se debe colocar otro lo más pronto posible y utilizar medidas anticonceptivas adicionales durante 7 días.

VÍA VAGINAL

Si el anillo se cae o se sale puede lavarse con agua templada y volver a colocarlo en la vagina. Las retiradas de menos de 3 horas no tienen trascendencia en la eficacia o en el control del ciclo. Si se retira el anillo por más de tres horas, se debe utilizar método adicional durante los siguientes siete días.

5. BIBLIOGRAFÍA

- The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) Guideline. Combined Hormonal Contraception. 2019.
- PROSEGO/SEC. Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción hormonal combinada. Oral, transdérmica y vaginal. 2019.
- PROSEGO/SEC. Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción con solo gestágenos. 2021.
- PROSEGO/SEC. Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Contracepción. Beneficios no contraceptivos en anticoncepción. 2019.
- Guía de buena práctica clínica en anticoncepción. Atención Primaria de calidad. Ministerio de Sanidad. 2005.

Autores	Dra. Judit Serón Navas / Dra. Concepción Ceballos Morillas		
Fecha elaboración	Fecha 01/10/2022	Vigencia	01/10/2026