

Sumario

ANTICONCEPTIVOS: ¿QUÉ HAY DE NUEVO?

- NOVEDADES EN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL
 - Anticonceptivos orales
 - Parches transdérmicos
 - Anillos vaginales
 - Implantes subdérmicos de progestágenos
 - Sistema intrauterino de liberación de progestágenos (DIU de levonorgestrel)
- CONTRACEPCIÓN POSTCOITAL DE EMERGENCIA CON LEVONORGESTREL
- ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
- PRESENTACIONES COMERCIALES

ANTICONCEPTIVOS: ¿QUÉ HAY DE NUEVO?

El objetivo de la presente revisión es proporcionar una puesta al día de los métodos anticonceptivos recientemente disponibles en nuestro medio, que, sin pretender ser exhaustiva, proporcione una visión actualizada de la anticoncepción hormonal.

NOVEDADES EN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

1. Anticonceptivos orales combinados

■ Yasmin® (etinilestradiol 30 µg +drospirenona 3 mg) (1,2)

Es un anticonceptivo oral combinado (AOC) presentado en régimen de 21 comprimidos de etinilestradiol y drospirenona. Drospirenona es un derivado de la espironolactona, con actividad progestacional, antimineralocorticoide y antiandrogénica. Debido al efecto antimineralocorticoide de drospirenona (equivalentes a 25 mg de espironolactona), teóricamente contrarrestaría los efectos sobre retención de sodio y agua de los estrógenos.

No hay evidencia publicada que apoye las supuestas ventajas de este producto (frente a otros AOC de mayor experiencia de uso) respecto a ganancia de peso, condiciones de la piel o síndrome premenstrual.

Además, los potenciales riesgos cardiovasculares y de tromboembolismo venoso no están adecuadamente documentados. Podría aumentar los niveles de potasio si se usa junto con fármacos con el mismo potencial (IECA, ARA II, diuréticos ahorradores de potasio o AINE durante largos periodos).

■ Seasonale® (etinilestradiol 30 µg + levonorgestrel 150 µg) (3)

Se trata de un AOC comercializado en EEUU, cuya característica novedosa es su pauta: la mujer toma diariamente durante 84 días un comprimido activo y a continuación un comprimido inactivo durante 7 días. De este modo, se reducen los sangrados menstruales de 13 (con AOC convencional) a 4 al año.

Es al menos tan eficaz como la pauta convencional de 28 días. Las pacientes con la pauta ampliada experimentan globalmente un mayor número de días de sangrado no esperado intermenstrual. La seguridad a largo plazo de la pauta ampliada no está establecida.

Actualmente, no está comercializada en España.

2. Anticoncepción hormonal combinada transdérmica: Evra® (1,4,5)

Es el primer sistema transdérmico de liberación de hormonas, que diariamente libera de manera controlada 20 µg de etinilestradiol y 150 µg de norelgestromina. Se aplica un parche una vez a la semana durante tres semanas consecutivas, seguidas de una semana libre de parche por ciclo.

Parece que la eficacia y el control del ciclo del parche son similares a los de los AOC. En los estudios comparativos, ambos son bien tolerados, aunque las reacciones en el punto de aplicación, mastodinia y dismenorrea son significativamente más frecuentes con el parche.

Entre las potenciales ventajas del anticonceptivo hormonal en parche frente a la vía oral estaría un supuesto mejor cumplimiento con el parche.

Entre los posibles inconvenientes, señalar la "indiscreción" de la localización del parche, los frecuentes (5%) desprendimientos (totales o parciales) de los parches y que no es apto para mujeres con problemas dermatológicos ni para mujeres con peso superior a 90 Kg. No está establecido el riesgo de tromboembolismo venoso para usuarias del parche, pero no hay que olvidar que norelgestromina está relacionada con los progestágenos de tercera generación.

Señalar también que los parches usados mantienen una elevada cantidad de hormonas cuya eliminación debe ser "controlada" (las cajas tienen unos sobrecitos para guardarlos y entregarlos en la oficina de farmacia).

3. Anticoncepción hormonal combinada en anillo vaginal: NuvaRing® (1)

Es un anillo flexible transparente de 54 mm de diámetro y 4 mm de grosor que se coloca en la vagina, donde permanece durante tres semanas consecutivas (libera 15 µg de etinilestradiol y 120 µg de etonorgestrel al día). Se retira el anillo y se inicia la semana de descanso, durante la cual se produce la hemorragia de privación.

Se trata de una nueva forma de anticoncepción hormonal combinada, de baja dosis de estradiol y gestágeno de 3ª generación, que presenta las mismas indicaciones y contraindicaciones que los AOC, pero que puede resultar atractiva para las mujeres que prefieran la vía vaginal.

Como posibles inconvenientes, citar que no es adecuado para mujeres con prolapso uterino o estreñimiento pertinaz.

4. Implantes subdérmicos de progestágenos: Implanon®, Jadelle® (1,6,7)

Los implantes subdérmicos suponen una nueva vía de administración de progestágenos solos. Tras su inserción en la cara interna del brazo, liberan de forma controlada el progestágeno.

Existen comercializadas dos presentaciones: Implanon® (un implante monovarilla que libera etonorgestrel de manera continuada, proporcionando protección anticonceptiva durante tres años) y Jadelle® (dos cilindros flexibles que liberan levonorgestrel como contraceptivo de mantenimiento hasta un máximo de 5 años, aunque tras 4 años de uso debería considerarse la sustitución del implante, sobre todo en mujeres que pesan más de 60 kg).

Dadas sus características, los implantes subcutáneos garantizan el cumplimiento y su eficacia anticonceptiva es superior a otros métodos. Son de utilidad en mujeres en las que el cumplimiento sea problemático y/o muestren preferencia por la vía subcutánea de administración.

Este sistema induce trastornos del ciclo menstrual (hemorragias frecuentes, irregulares o prolongadas) en la mayoría de las usuarias, lo que origina abandonos del tratamiento. En el brazo portador de los implantes han sido más frecuentes las tromboflebitis y flebitis superficiales.

5. Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel: Mirena® (8)

Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel de 52 mg con una tasa inicial de liberación de 20 µg/ 24h.

En los ensayos clínicos, el DIU de levonorgestrel ha mostrado ser algo más eficaz en la prevención de embarazos que los DIU de cobre < 250 mm³ y una eficacia similar a la de los DIU de cobre > 250 mm³. Con el DIU de levonorgestrel se observa una mayor incidencia de amenorrea que con los DIU de cobre.

Durante los primeros meses puede dar lugar a sangrados intermitentes, manchado; tras 3-6 meses de tratamiento se ha reseñado la aparición de un 20% de casos de amenorrea. Además, por tratarse de un tratamiento hormonal, puede presentar, en los primeros meses, un perfil de reacciones adversas similar al de los progestágenos.

El DIU de levonorgestrel puede ser una alternativa anticonceptiva especialmente beneficiosa para mujeres no nulíparas con menstruaciones abundantes y prolongadas, y en las que la posible amenorrea (con la incertidumbre de un posible embarazo) no suponga un rechazo.

PRESENTACIONES COMERCIALES ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES "MENSUALES"

ESTRÓGENO	PROGESTÁGENO	ESPECIALIDAD	PRESENTACIÓN	PRECIO (€)
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES				
Monofásicos con progestágenos de 2ª generación				
Etinilestradiol 50 µg	Levonorgestrel 250 µg	NEOGYNONA®	21 grageas	5,58
			3x21 grageas	8,30
Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 150 µg	OVOPLEX®	21 grageas	4,99
			3x21 grageas	14,98
Etinilestradiol 20 µg	Levonorgestrel 100 µg	MICROGYNON®	21 grageas	4,50
		OVOPLEX 30/150®*	21 grageas	1,72
		LOETTE®	21 comp	10,55
			3x21 comp	31,64
Monofásicos con progestágenos de 3ª generación				
Etinilestradiol 30 µg	Desogestrel 150 µg	MICRODIOL®	21 comp	6,99
		GYNOVIN®	21 grageas	6,70
	Drospirenona 3 mg	MINULET®	3x21 grageas	19,99
		YASMIN®	21 grageas	7,00
Etinilestradiol 20 µg	Desogestrel 150 µg		3x21 grageas	21,00
			21 comp	9,97
	Gestodeno 75 µg	YIRA®	3x21 comp	28,50
		SUAVURET®	21 comp	9,97
Etinilestradiol 15 µg	Gestodeno 60 µg		21 comp	8,95
			3x21 comp	23,79
		HARMONET®	21 grageas	9,00
		MELIANE®	3x21 grageas	27,00
			21 grageas	9,00
			3x21 grageas	27,00
		MELODENE 15®	28 grageas♦	9,97
		MINESSE®	28 grageas♦	9,89
			3x28 grageas♦	29,68
Monofásicos con efecto antiandrogénico[■]				
Etinilestradiol 35 µg	Ciproterona 2 µg	DIANE 35®	21 grageas	8,50
		DIANE 35 DIARIO®*	28 grageas♦ ♦	5,92
		ETINILESTRADIOL / CIPROTERONA GINESERVICE EFG®*	21 comp	4,46
Bifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-7 y 8-22)				
Etinilestradiol 40 µg	Desogestrel 25 µg	GRACIAL®	22 comp	9,97
Etinilestradiol 30 µg	Desogestrel 125 µg		3x22 comp	28,45
Trifásicos con progestágenos de 2ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)				
Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 50 mg	TRIAGYNON®	21 grageas	5,50
Etinilestradiol 40 µg	Levonorgestrel 75 µg			
Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 125 µg	TRICICLOR®		
Trifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)				
Etinilestradiol 30 µg	Gestodeno 50 mg	TRI MINULET®	21 grageas	7,00
Etinilestradiol 40 µg	Gestodeno 70 µg	TRIGYNOVIN®	3x21 grageas	21,00
Etinilestradiol 30 µg	Gestodeno 100 µg		21 grageas	6,70
			3x21 grageas	19,99
Progestágenos solos orales				
—	Desogestrel 75 µg	CERAZET®	28 comp	6,14
			3x28 comp	16,31
PARCHES TRANSDÉRMICOS				
Etinilestradiol 600 µg	Norelgestromina 6 mg	EVRA®	3 parches	14,50
			9 parches	43,50
ANILLOS VAGINALES				
Etinilestradiol 2,7 mg	Etonorgestrel 11,7 mg	NUVA RING®	1 anillo vaginal	12,80

♦ 4 grageas placebo sin actividad farmacológica ♦♦ 7 grageas placebo sin actividad farmacológica.

■ Las Fichas Técnicas de las especialidades Diane 35®, Diane 35 Diario®, Etinilestradiol / Ciproterona Gineservice EFG®, hacen especificaciones en cuanto al tiempo de uso y a la indicación de las mismas, en el sentido de que deben utilizarse únicamente como tratamiento de enfermedades andrógeno-dependientes en mujeres, tales como: formas pronunciadas de acné, alopecia androgénica, y formas leves de hirsutismo. No se debe iniciar una terapia con dichas especialidades con fines meramente anticonceptivos. Además, se recomienda la suspensión del tratamiento 3 ó 4 ciclos después de la resolución completa de las enfermedades andrógenas-dependientes mencionadas, no debiéndose continuar su administración solamente con fines anticonceptivos.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES A LARGO PLAZO CON PROGESTÁGENOS SOLOS

ESTRÓGENO	PROGESTÁGENO	ESPECIALIDAD	PRESENTACIÓN	PRECIO (€)
Implantes subdérmicos de progestágenos				
—	Etonorgestrel 68 mg (duración 3 años)	IMPLANON®	1 varilla	162,09
—	Levonorgestrel 75 mg (duración 4-5 años)	JADELLE®	2 varillas	162,09
Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel				
—	Levonorgestrel 52 mg (duración 4-5 años)	MIRENA®	Dispositivo intrauterino	168,54
Inyecciones intramusculares de progestágenos				
—	Medroxiprogesterona acetato 150 mg (duración 3 meses)	DEPO PROGEVERA®*	1 vial	2,55

Fuente: Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2004 y <http://www.portalfarma.com>

* Financiación: Los anticonceptivos hormonales no son financiados en general. Sólo los señalados con * (Diane 35 Diario®, Etinilestradiol / Ciproterona Gineservice EFG®, Ovoplex® 30/150 y Depo Progevera®) son financiados vía receta.

Tabla 1. ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN SITUACIONES ESPECIALES

SITUACIÓN CLÍNICA	COMENTARIOS
MIGRAÑA	
Con aura, cualquier edad	El uso de contraceptivos hormonales combinados (CHC*) está contraindicado. Considerar la utilización de DIU o métodos barrera. Se puede considerar la utilización de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos** en el caso de inicio de tratamiento.
Sin aura y edad > 35 años	Considerar la utilización de DIU o de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos.
Sin aura y edad < 35 años	Considerar la utilización de DIU o de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos. Se pueden considerar los CHC en el caso de inicio de tratamiento.
EPILEPSIA	
En tratamiento con fármacos inductores enzimáticos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	Considerar el uso de DIU o de sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel; también puede considerarse el uso de inyectables hormonales combinados así como el de inyectables de progestágenos solos. No se recomienda el uso de CHC ni de progestágenos solos vía oral o en implantes subdérmicos.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
Si PA sistólica 140-159 mmHg o PA diastólica 90-99 mmHg	El uso de CHC no está recomendado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos solos.
Si PA sistólica >160 mmHg o PA diastólica >100 mmHg	El uso de CHC está contraindicado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos solos (excepto inyectables).
Con enfermedad vascular	El uso de CHC está contraindicado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos solos (excepto inyectables).
DIABETES MELLITUS	
Controlada, sin complicaciones y sin otros factores de riesgo CV	Considerar el uso de cualquier método contraceptivo.
Con complicaciones (nefropatía, retinopatía, neuropatía, hipertensión arterial...)	El uso de CHC está contraindicado.
TABAQUISMO	
Mujer <35 años y fumadora	Considerar el uso de cualquier método contraceptivo. En el caso de optar por CHC es necesario informar a la paciente de la importancia del abandono del hábito tabáquico.
Mujer >35 años y fumadora	El uso de CHC está contraindicado (aumento del riesgo de eventos cardiovasculares con la edad y número cigarrillos). Es adecuado cualquier sistema anticonceptivo con progestágenos solos, DIU o métodos barrera.
CANCER DE MAMA	
	La contracepción hormonal está contraindicada. Recomendado el DIU.
HEPATITIS VÍRICA ACTIVA	
	La contracepción hormonal no está recomendada. Recomendado el DIU.
LACTANCIA	
	Es adecuado cualquier sistema anticonceptivo con progestágenos solos, DIU o métodos barrera. No se recomienda el uso de CHC hasta pasados 6 meses del parto.

Adaptada de: WHO (2004) Medical eligibility criteria for contraceptive use (third edition). World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/index.htm

* CHC: incluye anticonceptivos orales combinados (AOC), parches transdérmicos y anillos vaginales. No hay evidencia clínica que indique que los parches o los anillos sean más seguros que los AOC, por lo que las advertencias y consideraciones a tener en cuenta con los AOC se pueden considerar aplicables a ambos métodos.

** Sistemas anticonceptivos de progestágenos solos incluyen preparados de administración oral, inyectables, implantes subdérmicos y sistema de liberación intrauterino.

Tabla 2. EFECTIVIDAD (EFICACIA REAL) DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La eficacia de un método anticonceptivo es la capacidad que ofrece para impedir la gestación. Suele expresarse mediante 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 año. Deben considerarse dos parámetros: la **eficacia teórica**, que sería la tasa de embarazos por 100 mujeres en un año de utilización de un método anticonceptivo en condiciones óptimas, y la **eficacia real**, que es la condicionada por posibles fallos humanos en su utilización.

EFECTIVIDAD DE GRUPO	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ÍNDICE DE PEARL	
		Eficacia real (Uso "habitual")	Eficacia teórica (Uso "pérfecto")
	Sin Método	85	85
Sólo algo efectivos usados de manera habitual Efectivos usados correctamente	Espermicidas	29	18
	<i>Coitus interruptus</i>	27	4
	Abstinencia periódica o "métodos basados en el conocimiento de la fertilidad"	24	1-9
	Esponja (con espermicida)		
	Mujeres no nulíparas	32	20
	Mujeres nulíparas	16	9
	Diafragma (con espermicida)	16	6
	Preservativo		
	Femenino	21	5
	Masculino	15	2
Efectivos usados de forma típica Muy efectivos usados correctamente	AOC	8	0,3
	Parche transdérmico	8	0,3
	Anillo vaginal	8	0,3
	Progestágenos inyectables	3	0,3
Siempre muy efectivos	DIU cobre	0,8	0,6
	Sistema intrauterino de levonorgestrel	0,1	0,1
	Implantes de progestágenos	0,05	0,05
	Esterilización femenina	0,5	0,5
	Esterilización masculina	0,15	0,10

0-1

Muy efectivo

2-9

Efectivo

10-30

Algo Efectivo

Adaptado de: WHO (2004) Medical eligibility criteria for contraceptive use (third edition). World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/index.htm [Accedido: 30-9-2004]

WHO (2002) Selected practice recommendations for contraceptive use (first edition). World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_027/spr.pdf [Accedido: 8-10-2004]

CONTRACEPCIÓN POSTCOITAL DE EMERGENCIA CON LEVONORGESTREL SOLO

La contracepción postcoital de emergencia (CPE) puede definirse como la utilización de un *medicamento o dispositivo (DIU)* con el objetivo de prevenir un embarazo después de un coito no protegido o fallo en el método anticonceptivo (9).

El *método Yuzpe* ha sido el tratamiento estándar durante los últimos 25 años, y actualmente ha sido superado y desplazado por la administración de *levonorgestrel (LE) solo* (dosis de 1500 µg) que presenta mayores tasas de embarazos evitados y una menor frecuencia de efectos adversos (náuseas, vómitos, vértigo y fatiga) (10).

Existe otro método de CPE *no hormonal* como es la **colocación del DIU** que previene el 98% de los posibles embarazos. Estaría indicado como método de CPE de elección en el caso de que hayan transcurrido más de 72 horas del coito no protegido o fallo del método anticonceptivo (9).

Aunque no se ha definido un mecanismo de acción específico para LE como contraceptivo de emergencia, podría actuar inhibiendo o retrasando la ovulación, alterando la motilidad tubárica, interfiriendo la fertilización o impidiendo la implantación del óvulo fecundado, mediante la alteración del endometrio. LE no es eficaz una vez que se ha producido la implantación (11,12).

La eficacia del método disminuye conforme se retrasa la instauración del tratamiento (9,13):

TIEMPO DE INSTAURACIÓN CPE CON LEVONORGESTREL	PROPORCIÓN DE EMBARAZOS EVITADOS
< 24 horas	95%
24-48 horas	85%
48-72 horas	58%

Por otro lado, los datos provenientes de ensayos clínicos sobre la eficacia de la instauración del tratamiento después de las 72 horas son limitados, por lo que LE no puede recomendarse como CPE en esta situación (9,11,14).

Actualmente se recomienda la administración de **dos comprimidos de 750 µg de LE en una sola toma** dentro de las primeras 12 horas, y no más tarde de las 72 horas (3 días) tras coito no protegido (9,14). En el caso de vómito durante las tres horas siguientes a la toma de los dos comprimidos, se recomienda administrar otros dos comprimidos inmediatamente. Para reducir las náuseas y vómitos puede considerarse la administración previa o simultánea de un antiemético (domperidona 10 mg) (9).

Se desaconseja la administración repetida de LE dentro de un mismo ciclo menstrual, ya que puede inducir alteraciones (12,14).

Los efectos adversos descritos con LE 1500 µg administrados en una sola toma (13) son: náuseas (14%); dolor abdominal (14%), fatiga (14%), vértigo (10%), cefalea (10%), tensión mamaria (8%), sangrado (31%), retraso de más de 7 días en la menstruación (5%), diarrea (4%), vómitos (1%).

Los fármacos inductores enzimáticos (barbitúricos, fenitoína, carbamazepina, rifampicina, ritonavir, rifabutina, griseofulvina, topiramato, plantas medicinales como Hierba de San Juan) pueden aumentar el metabolismo y reducir la eficacia de los contraceptivos hormonales. Si la mujer está o ha estado en los 28 días previos en tratamiento con fármacos inductores, se recomienda como método de CPE el DIU (9). Algunos autores proponen aumentar la dosis de LE un 50% (un comprimido adicional de 750 µg 12 horas después de la dosis inicial de 1500 µg) (9). Esta última pauta no está incluida en su ficha técnica autorizada.

LE puede aumentar el riesgo de toxicidad de la ciclosporina.

En la CAPV, levonorgestrel comprimidos se dispensa con receta médica que puede ser prescrita por cualquier facultativo. No es financiable. El precio de las presentaciones existentes en el mercado (Nor Levo® y Postinor® 750 µg 2 comprimidos) es de 19,18 €.

CONSIDERACIONES DE LA CPE:

- La CPE con LE no previene embarazos derivados de relaciones posteriores en el ciclo, por lo que se recomienda utilizar un método barrera hasta el inicio del siguiente ciclo menstrual. La utilización de LE no contraindica la continuación de la anticoncepción hormonal regular.
- La utilización de CPE es un método de uso ocasional. En ningún caso debe sustituir a un método anticonceptivo convencional.
- Deben recomendarse métodos anticonceptivos convencionales a aquellas mujeres que demandan tratamientos anticonceptivos de emergencia.
- Como es obvio, insistir en que los anticonceptivos de emergencia no evitan las infecciones de transmisión sexual.

ELECCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Las mujeres deben de recibir información completa sobre el abanico de métodos anticonceptivos existentes para poder hacer una elección informada. Habría que hacer una valoración de los beneficios y riesgos de la contracepción, planes de futuros embarazos, presencia y tratamientos de determinadas situaciones clínicas y de las preferencias de la mujer.

Si se prefiere un método anticonceptivo hormonal y el uso de estrógenos es apropiado, se puede considerar como opción de primera elección un AOC monofásico con 30-35 µg de etinilestradiol y dosis bajas de levonorgestrel. Las preparaciones que contienen 20 µg de estrógenos ofrecen ventajas limitadas frente a los preparados de 30-35

µg y los sangrados irregulares son más frecuentes. No hay indicios convincentes de que los preparados multifásicos causen menos efectos adversos u ofrezcan ninguna otra ventaja sobre los monofásicos (9).

En la Tabla 1 se recogen aspectos a tener en cuenta en la elección del anticonceptivo en distintas situaciones clínicas. Se trata de una adaptación del documento de la OMS sobre *criterios médicos de elegibilidad para el uso de contracepción* que proporciona recomendaciones basadas en la evidencia para facilitar la selección del método anticonceptivo más apropiado (15).

En la Tabla 2 se recoge la efectividad (eficacia real) de los diferentes métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez F, Parera N. Panorama anticonceptivo en 2004. *Rev Iber Fertilidad*. 2004;21:41-52.
2. Is Yasmin a "truly different pill"? *DTB*. 2002;40:57-9.
3. Anderson FD, Hait H. *Contraception*. 2003; 68:89-96.
4. Evra-a patch on oral contraception? *DTB*. 2003;41:89-91.
5. Ethinylestradiol+norelgestromin (Evra®). *Rev Prescrire*. 2004;24:5-9.
6. Implante subdérmico de levonorgestrel (Jadelle®). Ficha Nuevo Medicamento a Examen Nº 89-2004. CENM del País Vasco.
7. Etonorgestrel implant (implanon) for contraception. *DTB*. 2001;39:57-59.
8. DIU-Levonorgestrel (Mirena®). Ficha Nuevo Medicamento a Examen Nº 61-2002. CENM del País Vasco.
9. Prodigy. *PRODIGY Guidance: Contraception-emergency*. Newcastle: Prodigy, September 2004. Disponible en: <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Contraception-emergency> [Accedido el 25-10-2004].
10. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 1998;352(9126):428-33.
11. Anónimo. Emergency contraception OTC. *The Medical Letter*. 2004;46(Issue 1175):10-11.
12. Anónimo. Contracepción postcoital con levonorgestrel solo. *Bol Ter And*. 2001;14(4):15-16.
13. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G et al. For the WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 2002;360(9348):1803-10.
14. Ficha técnica NorLevo® (Laboratorio Alcalá Farma). Fecha revisión texto: junio 2004.
15. WHO (2004). *Medical eligibility criteria for contraceptive use (third edition)*. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/index.htm

Fecha revisión bibliográfica: Octubre 2004

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Anabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, Javier Martínez, Javier Meana, Carmela Mozo, Elena Olloquiegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD