

ACTUALIZACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN
- ▶ ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)
 - Orales
 - Transdérmicos
 - Vaginales
- ▶ ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE PROGESTÁGENO SOLO (AHP)
 - Orales
 - Subdérmicos
 - Intrauterinos
 - Intramusculares
- ▶ EFECTOS ADVERSOS
 - Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)
 - Anticonceptivos hormonales de progestágeno solo (AHP)
- ▶ ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA
- ▶ SELECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS
- ▶ INTERACCIONES
- ▶ ¿QUÉ HACER EN CASO DE OLVIDOS?
- ▶ BENEFICIOS NO ANTICONCEPTIVOS
- ▶ IDEAS CLAVE

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es un aspecto esencial para promover el bienestar y la autonomía de las mujeres, de sus familias y comunidades. El respeto por las decisiones informadas, la privacidad y la confidencialidad son aspectos a considerar ya que inciden en la calidad de la atención de las personas que demandan algún método anticonceptivo¹.

La anticoncepción hace referencia al uso de técnicas para el control de la fertilidad por parte de individuos o parejas en un momento determinado. Entre los métodos anticonceptivos, solo la esterilización masculina o femenina se consideran permanentes (sin posibilidad de fecundación). El resto de métodos son reversibles y se dispone de múltiples opciones: naturales, barrera, dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y anticoncepción hormonal^{1,2}.

Según la última encuesta nacional de anticoncepción (año 2020), el 70,7% de las mujeres españolas en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo. El preservativo es el método más utilizado (31,3%), seguido de la anticoncepción hormonal oral (18,5%)³.

En la actualidad se dispone de una gran variedad de anticonceptivos hormonales (AH), con diferente composición, dosificación y vías de administración (ver tabla 1).

El objetivo de este boletín es revisar la evidencia actual sobre la eficacia, los efectos adversos e informar a los profesionales para la selección óptima de un anticonceptivo hormonal.

Tabla 1. Presentaciones comerciales de anticonceptivos hormonales

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS DE ESTRÓGENO Y PROGESTÁGENO (AHC)

Estrógeno	Progestágeno	Medicamento	Presentación	Financiación
FORMAS ORALES				
Monofásicos				
Etinilestradiol 35 µg	Norgestimato 250 µg	Edelsine®, Liberelle®	21 comp	SÍ
Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 150 µg	Ovoplex 30/150®, Rigevidon®	21 comp	SÍ
		Microgynon®	21 comp	NO
		Seasonique®	91 comp	NO
	Clormadinona 2 mg	EFG, Balianca®, Belara®, Elynor®	21 comp	NO
		Balianca diario®, Belara diario®	28 comp (21+7P)	NO
	Desogestrel 150 µg	EFG	21 comp	SÍ
		Microdiol®	21 comp	NO
	Gestodeno 75 µg	Gynovin®, Minulet®, Tevalet®	21 comp	NO
	Drospirenona 3 mg	EFG, Antin®, Dretine®, Drosiane®, Drosure®, Yasmin®, Yira®	21 comp	NO
		EFG diario, Antin diario®, Dretine diario®, Drosbela diario®, Drosiane diario®, Drosure diario®, Yasmin diario®	28 comp (21+7P)	
	Dienogest 2 mg	EFG, Ceciliana®, Sibilla®, Verezana®	21 comp	SÍ
		Ailyn®, Danielle®, Donabel®	21 comp	NO
		Ceciliana diario®, Oedien®, Serisima diario®, Sibilla diario®	28 comp (21+7P)	SÍ
		Ailyn diario®	28 comp (21+7P)	NO

Estrógeno	Progestágeno	Medicamento	Presentación	Financiación	
Etinilestradiol 20 µg	Levonorgestrel 100 µg	EFG, Anaomi®, Keriette®, Levobel®, Linelle®, Loette®	21 comp	SÍ	
		EFG diario, Anaomi diario®, Keriette diario®, Levesialle diario®, Levobel diario®, Linelle diario®, Loette diario®, Tricen diario®	28 comp (21+7P)	SÍ	
	Desogestrel 150 µg	EFG	21 comp	SÍ	
		Bemasive®, Suavuret®	21 comp	NO	
	Gestodeno 75 µg	EFG	21 comp	SÍ	
		Gestinyl®, Harmonet®, Meliane®, Melteva®	21 comp	NO	
		Meliane diario®	28 comp (21+7P)	NO	
	Drospirenona 3 mg	Antinelle®, Yasminelle®	EFG, Dretinelle®, Drosurelle®, Liofora®	21 comp	NO
			Drosianelle®	21 comp	NO
			Daylette®, Drelle®, Drospil®, Yaz®	28 comp (24+4P)	NO
			Antinelle diario®, Yasminelle diario®	28 comp (21+7P)	NO
			EFG, Dretinele diario®, Drosbelalle diario®, Drosianelle diario®, Rosurelle diario®, Liofora diario®	28 comp (21+7P)	NO
			Drosbelalleflex®	5x24 comp	NO
Etinilestradiol 15 µg			Gestodeno 60 µg	Melodene-15®, Minesse®	28 comp (24+4P)
Hemihidrato de estradiol 1,5 mg	Nomegestrol 2,5 mg	Zoely®	28 comp (24+4P)	NO	
Monofásicos con efecto antiandrogénico					
Etinilestradiol 35 µg	Ciproterona 2 mg	EFG, Diane®	21 comp	SÍ	
		Diane diario®, Gyneplen®	28 comp (21+7P)	SÍ	
Bifásicos (días 1-7 y 8-22)					
Etinilestradiol (40-30 µg)	Desogestrel (25-125 µg)	Gracial®	22 comp	NO	
Trifásicos (días 1-6; 7-11 y 12-21)					
Etinilestradiol (30-40-30 µg)	Levonorgestrel (50-75-125 µg)	Triagynon®, Triciclor®	21 comp	NO	
	Gestodeno (50-70-100 µg)	Tri-Minulet®, Trigynovin®	21 comp	NO	
Multifásico					
Valerato de estradiol (3-2-1 mg)	Dienogest 2-3 mg	Qlaira®	28 comp	NO	
FORMAS NO ORALES					
Etinilestradiol 600 µg	Norelgestromina 6 mg	Evra®	3 parches 9 parches	NO	

Estrógeno	Progestágeno	Medicamento	Presentación	Financiación
Etinilestradiol 2,7 mg	Etonogestrel 11,7 mg	Dolna®, Ornibel®, Ringo®, Setlona®	1 y 3 anillos vaginales	SÍ
		Circlet®	3 anillos vaginales	SÍ
		Nuvaring®	1 anillo vaginal	NO

EFG: Equivalente Farmacéutico Genérico; P: comprimidos de placebo.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE PROGESTÁGENO SOLO (AHP)

Progestágeno	Medicamento	Duración	Presentación	Financiación
FORMAS ORALES				
Desogestrel 75 µg	EFG, Aristiane®, Azalia®, Cerazet®, Desopop®, Kerizet®, Nacrez®	1 mes	28 comp	SÍ
Drospirenona 4 mg	Slinda®	1 mes	28 comp	NO
FORMAS NO ORALES				
Medroxiprogesterona acetato 150 mg	Depo-Progevera®	3 meses	1 vial IM	SÍ
Etonogestrel 68 mg	Implanon NXT®	3 años	Implante	SÍ (con visado)
Levonorgestrel 52 mg (20 µg/24 h.)	Mirena®, Levosert®	5 años	Dispositivo intrauterino (DIU)	NO
Levonorgestrel 13,5 mg	Jaydess®	3 años		NO
Levonorgestrel 19,5 mg	Kyleena®	5 años		NO

ANTICONCEPTIVOS DE URGENCIA (ORALES)

Composición	Medicamento	Presentación	Financiación
Levonorgestrel 1,5 mg	EFG, Cumbran®, Moonbell®, Navela®, Norlevo®, Postinor®	1 comp	NO
Ulipristal 30 mg	EFG, Ellaone®	1 comp	NO

Fuente: Consejo Gral. de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [BOT Plus. Catálogo de medicamentos 2022](#). Madrid, 2022. [Consultado: 23/05/2022].

Los anticonceptivos hormonales (excepto los de urgencia), requieren prescripción médica para su dispensación en farmacias.

INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN

Antes de iniciar un método anticonceptivo hormonal, se debe informar a las personas usuarias de todas las posibilidades, fármacos y vías disponibles, de forma objetiva, detallada y actualizada. Además, se debe respetar el método que se elija según sus preferencias, salvo que coexistan problemas de salud o estilos de vida que aconsejen otro². La elección debe basarse en una serie de factores que incluyen los criterios de elegibilidad médica como son: efectividad, efectos adversos y riesgos, facilidad de uso, planificación de futuros embarazos, coste, síntomas concretos que se quieren controlar y preferencia personal de la usuaria^{4,5}.

Puede resultar útil consultar los siguientes enlaces, con información para la población sobre métodos anticonceptivos:

- Enlaces del *National Institute for Health Research (NIHR)* del Colegio Universitario de Londres:
<https://www.contraceptionchoices.org/infographic>
<https://www.contraceptionchoices.org/whats-right-for-me>
- Enlace al Manual de Planificación Familiar de *World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School Public Health and United States Agency for International Development Bureau for Global Health*:
<https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>
- Enlaces en castellano:
https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911_metodosAnticonc.pdf
https://sego.es/Area_de_la_Mujer#anticoncepcion

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)

Los AHC contienen un estrógeno y un progestágeno. La mayoría contienen como estrógeno el etinilestradiol, con dosis variables (15 a 35 µg) y diferentes tipos de progestágenos, entre ellos⁴⁻⁷:

- Levonorgestrel (presenta un perfil de efectos adversos más conocido)
- Desogestrel, norgestimato y gestodeno (presentan la ventaja de mejorar el perfil lipídico)
- Dienogest (tiene propiedades antiandrogénicas importantes)
- Clormadinona (presenta efecto antiandrogénico moderado)
- Drospirenona (tiene actividad antiandrogénica moderada y efecto diurético)
- Ciproterona (indicada en acné andrógeno dependiente y/o hirsutismo)
- Nomegestrol (mejor tolerado en personas con trastornos del estado de ánimo)

Todos los AHC presentan una eficacia teórica similar, aunque la vía de administración utilizada puede condicionar el cumplimiento. Pueden ser administrados por vía oral (diaria), transdérmica (semanal) o vaginal (mensual)^{6,7}.

Están contraindicados en caso de cáncer de mama, tromboembolismo actual o pasado y 2 o más factores de riesgo cardiovascular arterial (edad mayor de 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión)⁸.

“ El cumplimiento es un condicionante de la elección y la eficacia del método anticonceptivo. ”

1) AHC ORALES

Se pueden dosificar de forma cíclica o continua. Originalmente se comercializaban con 21 comprimidos de fármaco activo para intercalar con una semana de descanso y desencadenar un sangrado que imitaba el ciclo menstrual. Posteriormente se comercializaron presentaciones con 21 comprimidos de fármaco activo más 7 de placebo para mejorar el cumplimiento, al evitar los olvidos (también hay presentaciones de 24 + 4). Hay mujeres que prefieren sangrados menstruales menos frecuentes y se ha comprobado que el uso continuo de AHC suprimiendo sangrados es efectivo y seguro^{4,9}. Existe alguna presentación comercial con 91 comprimidos activos (su uso supone limitar a 4 los sangrados anuales). Además, así se pueden evitar los efectos adversos relacionados con el sangrado por privación, como hinchazón y dolor pélvico, dolor de cabeza y alteración del estado de ánimo, lo que probablemente mejore la satisfacción y la adherencia a este método anticonceptivo^{4,10}.

Dosis de etinilestradiol de 30-35 µg se asocian con una mayor probabilidad de patrón de sangrado regular, pero con más efectos secundarios como sensibilidad de los senos o náuseas. Dosis más bajas de etinilestradiol disminuyen estos efectos secundarios, pero aumentan la probabilidad de irregularidades en el patrón de sangrado¹⁰.

No hay evidencia de que los efectos adversos difieran entre las distintas combinaciones. Las presentaciones secuenciales (bifásicas, trifásicas o multifásicas), que tienen diferente composición según la fase del ciclo, no han demostrado ventajas y multiplican los riesgos de errores en la toma⁷.

2) AHC TRANSDÉRMICOS

Es un parche adhesivo que se aplica una vez a la semana durante 3 semanas, seguido de 1 semana sin parche. Su eficacia y efectos adversos son similares a los de los AHC orales, aunque en mujeres de más de 90 Kg de peso, el parche presenta mayor tasa de fallo en el efecto anticonceptivo. Como ventajas teóricas se proponen: mejor cumplimiento por su pauta sencilla y menor potencial de interacciones, al evitar el efecto de primer paso hepático⁶. Como desventajas, puede producir irritación en el lugar de aplicación, mayor sensibilidad de los senos (solo durante los 2 primeros ciclos) y más dismenorrea⁷.

3) AHC VAGINALES

Es un anillo flexible de material plástico que se mantiene en la vagina durante 3 semanas y se retira 7 días, durante los cuales se produce el sangrado por privación. Presenta una eficacia anticonceptiva similar a los preparados orales y tiene las ventajas de que el cumplimiento es mejor y algunos efectos secundarios son menores (sangrado intermenstrual y náuseas)^{6,11}.

Hay disponible una ficha de i-botika para aclarar dudas sobre su uso (nº 21/2015)

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE PROGESTÁGENO SOLO (AHP)

El principal objetivo de los anticonceptivos con solo progestágeno es evitar los efectos secundarios metabólicos y clínicos de los estrógenos. Son una opción anticonceptiva razonable para pacientes con alto riesgo de enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad tromboembólica venosa, hipertensión u otras circunstancias en las que los estrógenos están contraindicados, como las personas transgénero¹². Algunas de las presentaciones disponibles ofrecen la opción de una anticoncepción de acción prolongada, con la ventaja de mejorar el cumplimiento (implante subdérmico, dispositivo intrauterino, inyección intramuscular de depósito)⁷.

1) AHP ORALES

Se dispone de preparados de desogestrel con 28 comprimidos activos y de drospirenona en pauta de 24 comprimidos activos y 4 de placebo, para tomar diariamente de forma continuada. Su eficacia anticonceptiva es similar a la de los AHC orales⁸. Debido a la corta duración de su acción y la corta vida media del progestágeno, es esencial tomarlos todos los días a la misma hora, para maximizar la eficacia anticonceptiva¹².

Los beneficios de los anticonceptivos orales que contienen solo progestágeno incluyen su facilidad de inicio y discontinuación, el retorno a la fertilidad dentro de un ciclo, mejor perfil de seguridad y efecto mínimo sobre los parámetros hemostáticos¹⁰.

Los patrones de sangrado pueden ser impredecibles, por lo que no deben usarse en pacientes con sangrado vaginal inexplicable, enfermedad hepática grave (por ej. cirrosis descompensada), cáncer de mama actual o con antecedentes. También deben usarse con precaución en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular⁴.

2) AHP SUBDÉRMICOS (IMPLANTE)

Es una varilla que contiene etonogestrel (metabolito activo del desogestrel) que se inserta en la cara interna del brazo por personal especializado. Su duración de acción es de 3 años y su eficacia es alta, por lo que puede ser la opción preferida en personas que deseen evitar el embarazo durante varios años, incluyendo mujeres jóvenes o nulíparas. La fertilidad vuelve rápidamente tras su retirada por personal especializado y, a diferencia de otros métodos anticonceptivos, no se ha demostrado pérdida de eficacia en mujeres obesas⁶.

Puede asociarse a efectos adversos locales (hematoma, dolor, irritación local) y posible riesgo de infección en el punto de inserción. El patrón de sangrado es variado e impredecible. Se puede insertar durante la lactancia y está contraindicado en mujeres con antecedentes de cáncer de mama, sangrado vaginal inexplicable o enfermedad hepática grave^{4,5}.

3) AHP INTRAUTERINOS

Es un dispositivo intrauterino (DIU) de plástico en forma de T que contiene levonorgestrel con una duración de acción de 3-5 años⁶.

Reduce significativamente el sangrado menstrual abundante en comparación con los DIU de cobre y, aunque el manchado o el sangrado frecuente son comunes en los primeros 3-5 meses, la mayoría de las mujeres desarrollarán un patrón de sangrado muy leve o amenorrea después de 6 meses^{4,5}.

Parece que puede producir depresión, ansiedad y problemas para dormir, por lo que se recomienda usar el de menor dosis¹³.

No debe usarse en pacientes con distorsiones de la cavidad uterina o fibromas uterinos, sangrado vaginal inexplicable, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones por cervicitis, clamidia o gonorrea, sepsis puerperal o enfermedad trofoblástica gestacional; en caso de cáncer de endometrio, ovario o cuello uterino deberá consultarse con Oncología⁴.

4) AHP INTRAMUSCULARES

Consiste en una inyección intramuscular que contiene medroxiprogesterona de depósito que se administra trimestralmente⁶. Su uso resulta adecuado en mujeres que tienen dificultad para cumplir con los regímenes anticonceptivos orales diarios o quienes se benefician de la amenorrea (personas con trastornos del desarrollo, discapacidades psíquicas, diátesis hemorrágica, etc.). Se les debe informar de la posibilidad

de trastornos menstruales y un potencial retraso en la reaparición de la fertilidad de forma completa (12-18 meses)^{4,5}. Debido a que su administración prolongada puede producir una pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y aumento del riesgo de fractura, deberá realizarse un análisis del beneficio/riesgo en mujeres pre-menopáusicas^{10,14}.

Las inyecciones de medroxiprogesterona están contraindicadas en personas con cáncer de mama, sangrado vaginal no diagnosticado, tromboflebitis, hipertensión mal controlada (>160/100 mmHg) y disfunción hepática grave³.

Las posibles ventajas se han visto superadas por la disponibilidad de otros métodos anticonceptivos de más larga duración (implantes, DIU).

EFFECTOS ADVERSOS

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)

Efectos adversos menores

Los efectos secundarios más comunes (náuseas, sensibilidad de las mamas, cefalea) suelen ser leves y se resuelven en pocos días. Puede producirse alteración en el patrón de sangrado en los primeros 3-6 meses de uso, que suele mejorar con el tiempo; si no cede después de 3 meses y se descartan otras causas, se puede considerar aumentar la dosis de estrógeno o cambiar el tipo de progestágeno a levonorgestrel o desogestrel^{4,9}.

“ El patrón de sangrado irregular de los AHC suele resolverse con el tiempo. ”

En general, no tienen efectos negativos sobre el peso, libido y fertilidad futura^{8,15,16}. Se debe tener precaución en mujeres con antecedentes personales o familiares de depresión¹³.

Efectos adversos mayores

Tromboembolismo venoso

El riesgo más importante de los AHC es el aumento del riesgo de sufrir eventos de tromboembolismo venoso (TEV) (7-10/10000 mujeres-año) respecto a las no usuarias (2/10000 mujeres-año), pero el riesgo es mucho menor que durante el embarazo (29/10000 mujeres-año) y el posparto inmediato (300-400/10000 mujeres-año)¹⁷. El riesgo de TEV es mayor en los primeros meses de uso o después de un descanso de al menos un mes, pero se reduce durante el primer año. Los factores de riesgo de TEV, que son contraindicaciones para el uso de AHC, son: TEV actual o pasado, antecedentes de TEV en familiar de primer grado menor de 45 años, cirugía de piernas o que provoque inmovilización más de una semana, obesidad (IMC>35 Kg/m²), edad mayor de 35 años y fumadora de más de 15 cigarrillos por día, tomarlos menos de 3 semanas después del parto o cuando hay otros factores de riesgo^{4,10,17}.

“ El tromboembolismo venoso (TEV) es un efecto raro de los AHC. ”

El riesgo de TEV depende de la dosis de etinilestradiol y del tipo de progestágeno (parece ser menor con levonorgestrel)^{15,17,18}.

Enfermedad arterial

El uso de AHC también se asocia con un aumento de 1,6-1,7 veces del riesgo relativo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico, respectivamente⁴. Sin embargo, el riesgo absoluto es muy bajo, y según la edad, oscila entre 2-20 casos por millón de mujeres, a menos que estén presentes factores de riesgo adicionales como: cardiopatía, hipertensión, diabetes, otros factores de riesgo cardiovascular y migraña con aura¹⁷.

El riesgo parece aumentar con la dosis de estrógeno y no depende del tipo de progestágeno^{8,19}.

Cáncer

Los riesgos y efectos beneficiosos sobre diferentes tipos de cáncer en usuarias de AHC se han evaluado en estudios observacionales a largo plazo, en los que el uso de AHC se asoció con la protección contra los cánceres de ovario, endometrio y colorrectal. El riesgo de cáncer de mama y cuello uterino aumentó temporalmente con el uso actual o reciente de AHC, pero esta asociación desapareció a los 2-5 años posteriores a su interrupción y, por tanto, fue superada por los efectos oncoprotectores observados a largo plazo⁸.

Cáncer de mama

En un metanálisis de más de 53.000 mujeres de 54 estudios en 25 países, el uso de anticonceptivos orales combinados se asoció con un mayor riesgo de cáncer de mama (HR=1,24; IC95%;1,15-1,33), que disminuyó durante los años posteriores a la interrupción; después de 1-4 años (HR=1,16), después de 5-9 años (HR=1,07) y desapareció después de 10 años o más. La duración del uso y la formulación de los anticonceptivos no tuvieron efecto sobre este riesgo⁸.

En un estudio prospectivo con 1,8 millones de mujeres danesas con seguimiento durante 11 años, se observó que el riesgo relativo de cáncer de mama en las usuarias de anticonceptivos hormonales fue de (HR=1,20; IC95%;1,14-1,26) y aumentaba hasta (HR=1,38; IC95%;1,26-1,51) con más de 10 años de uso^{20,21}.

En un estudio observacional de más de 256.000 mujeres se observó un aumento de riesgo de cáncer de mama entre usuarias de AHC frente a no usuarias, limitado a los 2 primeros años después de la interrupción de la píldora (HR=1,55; IC95%;1,06-2,28). No se observó un aumento de riesgo con el aumento de la duración del uso^{8,22}.

Por todo ello, los AHC no deben usarse en pacientes con cáncer de mama actual o con antecedentes personales de cáncer de mama o que sean portadoras de mutaciones genéticas como BRCA1 o BRCA2^{4,8}.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE PROGESTÁGENO SOLO (AHP)

Las irregularidades menstruales y el sangrado no programado son comunes en las usuarias de anticonceptivos de progestágeno solo y suponen las causas más frecuentes de interrupción de su uso¹². Suelen resolverse con el tiempo, pero no siempre; cambiar a un progestágeno diferente (desogestrel) puede mejorar la regularidad del sangrado en algunas usuarias⁴.

No hay evidencia de que los AHP estén asociados a un riesgo elevado de cáncer de mama¹². Tampoco parecen aumentar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, ni de patología arterial, en comparación con las no usuarias de anticonceptivos^{7,18}. Deben usarse con precaución en mujeres con depresión actual o pasada¹³.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Está indicada para evitar embarazos no deseados tras un coito no protegido (ausencia de uso de método anticonceptivo o por fallo del mismo, accidente o uso incorrecto) y en casos de violación^{1,2}. Debe utilizarse lo antes posible, preferiblemente dentro de las primeras 12 horas, con un límite máximo de 3 días para levonorgestrel y de 5 días para ulipristal o DIU¹⁸.

Se dispone de dos vías de administración para la anticoncepción de urgencia:

- Vía oral: levonorgestrel o ulipristal. El ulipristal no debe recomendarse a mujeres que están tomando fármacos antiácidos o inhibidores de la bomba de protones, por el riesgo de disminuir su absorción por aumento del pH gástrico¹⁸.

La eficacia de los dos medicamentos es similar en las primeras 72 h^{10,18}. Ambos tratamientos presentan efectos adversos similares, siendo la cefalea (20%) y las náuseas los más frecuentes. Debe advertirse a las mujeres de posibles alteraciones del ciclo menstrual después del uso de la anticoncepción de urgencia^{1,2,18}.

Tras la administración de levonorgestrel, se puede reanudar el uso del anticonceptivo habitual o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato. Tras la administración de ulipristal, se puede reanudar o comenzar a usar cualquier método anticonceptivo (AHC o AHP) 6 días después. Adicionalmente, se recomienda usar un método de barrera como protección hasta el siguiente ciclo menstrual¹⁸.

Levonorgestrel y ulipristal son medicamentos no financiados por el Sistema Nacional de Salud y pueden dispensarse en las oficinas de farmacia sin requerir receta médica.

Hay disponible una ficha de i-botika sobre el uso de la píldora del día después (nº 11/2014)

- Vía intrauterina (DIU de cobre). Es el método anticonceptivo de urgencia más efectivo y no se ve alterado por el IMC o el uso de medicamentos inductores enzimáticos. Se puede insertar hasta 5 días después de la relación sexual sin protección⁴.

Es importante informar del riesgo de infecciones de transmisión sexual ante un coito no protegido. La anticoncepción de urgencia debería ser un método de uso ocasional, por lo que debe recomendarse el uso de métodos anticonceptivos convencionales⁶.

La anticoncepción de urgencia se puede proporcionar sin conocimiento de los padres a adolescentes menores de 16 años cuando se consideren competentes para tomar esta decisión. En caso de riesgo grave para la salud, el profesional de la salud debe informar a los padres o tutores⁶.

SELECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

En la tabla 2 se recogen aspectos a tener en cuenta en la elección del tipo de anticonceptivo en función de los condicionantes de salud.

Tabla 2. Criterios clínicos de elegibilidad de anticonceptivos^{9,10,23,24}

Situación clínica		Observaciones
Lactancia materna		Los AHC no deben usarse hasta pasadas 6 semanas después del parto, si la lactancia está bien establecida. Hay disponible una ficha de i-botika sobre la utilización de anticonceptivos durante la lactancia (nº 33/2017)
Postparto sin lactancia materna		Pueden usarse AHC pasadas 3 semanas después del parto, si no hay factores de riesgo adicionales de tromboembolismo. El DIU o el implante pueden insertarse 4 semanas después del parto, con o sin lactancia.
Postaborto		Se puede usar cualquier anticonceptivo si el aborto se produce en el 1 ^{er} o 2 ^o trimestre. El DIU se puede insertar inmediatamente después de un legrado aséptico, pero está contraindicado inmediatamente después de un aborto séptico.
Edad reproductiva avanzada		En mujeres sin factores de riesgo ni problemas médicos relevantes, se recomienda mantener la anticoncepción hormonal hasta la menopausia, pero no se recomienda el uso de AHC en mayores de 50 años debido a que los riesgos superan los beneficios.
Tabaquismo	Edad < 35 años	Puede usarse cualquier anticonceptivo.
	Edad > 35 años	Están contraindicados los AHC. Puede usarse desogestrel oral sin interrupción o implante de etonorgestrel.
Obesidad	Si IMC > 30 Kg/m ²	Se prefieren usar AHP frente a AHC No se recomienda el uso de AHC en mujeres obesas con factores de riesgo cardiovascular adicional. No se recomienda medroxiprogesterona de depósito.
Hipertensión arterial	Hipertensión controlada adecuadamente	No usar AHC. Considerar el uso de AHP.
	PA sistólica 140-159 o diastólica: 90-99 mmHg	
	PA sistólica ≥ 160 y diastólica ≥ 100 mmHg	Están contraindicados los AHC y medroxiprogesterona de depósito. Considerar el uso de AHP.
	Vasculopatía	
Trastornos venosos superficiales	Varices	Pueden usarse AHC sin restricciones.
	Trombosis venosa superficial	En general, pueden usarse AHC.
Dislipemias sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos		En general, pueden usarse AHC.
Cefaleas	Sin migraña	Se puede usar cualquier anticonceptivo, aunque se prefieren los no combinados.
	Migraña	Los AHC están contraindicados.
Diabetes mellitus	Antecedentes de diabetes gestacional solamente	Se puede usar cualquier anticonceptivo.
	Enfermedad no vascular	Se puede usar cualquier anticonceptivo, aunque se prefiere el DIU de cobre.
	Nefropatía, retinopatía, neuropatía u otra enfermedad vascular o diabetes > 20 años de duración	Los AHC o medroxiprogesterona de depósito están contraindicados.

Situación clínica	Observaciones
Cáncer de mama	Está contraindicada la anticoncepción hormonal. Se recomienda el DIU de cobre.
Alto riesgo de infección por VIH o con enfermedad VIH asintomática o leve	Puede usarse cualquier método anticonceptivo. Consultar interacciones (ver tabla 3). Además se recomienda utilizar el doble método (anticonceptivo+preservativo).
Infecciones de transmisión sexual	Se puede usar cualquier método anticonceptivo, incluso iniciar o continuar el uso de DIU de cobre o DIU con levonorgestrel, excepto si existe alto riesgo para la salud (cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea). Además se recomienda utilizar el doble método (anticonceptivo+preservativo).

Adaptada de^{23,24}: [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos \(OMS, 2015\)](#) y [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos \(CDC, 2020\)](#)

INTERACCIONES

Siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de una interacción medicamentosa en el momento de prescribir un anticonceptivo hormonal (incluso en anticoncepción de emergencia), o en el momento de prescribir un tratamiento a una mujer que está tomando anticonceptivos. Se debe advertir a las mujeres que ciertos medicamentos pueden alterar la eficacia del anticonceptivo y, por tanto, puede ser necesario tomar alguna medida anticonceptiva adicional¹⁸.

En la tabla 3 se recogen algunos fármacos que pueden modificar los niveles de los anticonceptivos y por tanto, la eficacia o efectos secundarios de los mismos.

Tabla 3. Interacciones farmacológicas que pueden modificar la eficacia de los anticonceptivos hormonales^{9,10,18,25}

Fármacos	Observaciones
Fármacos que pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos (inductores enzimáticos)	
Antiepilépticos: Carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, primidona, topiramato, lamotrigina	De modesta a marcada reducción del etinilestradiol y progestágenos. Posible reducción de eficacia contraceptiva. Topiramato a dosis bajas parece no afectar a la eficacia anticonceptiva. Lamotrigina disminuye el nivel de levonorgestrel, aunque parece que no afecta a los AHC. No hay datos con AHP.
Antibióticos: rifabutina, rifampicina	Reducción de eficacia de etinilestradiol y progestágenos.
Fármacos que aumentan el pH gástrico: inhibidores de bomba de protones, antiácidos, antagonistas H2	No se recomienda el uso concomitante. Reducción de la eficacia de ulipristal en anticoncepción de emergencia.
Antiretrovirales (inhibidores de proteasa): ritonavir, saquinavir, atazanavir, tipranavir,	Reducción del nivel de etinilestradiol. Se hace necesario el uso de métodos contraceptivos adicionales y/o alternativos.
Antiretrovirales (inhibidores no nucleósidos de transcriptasa inversa): efavirenz, nevirapina	Reducen el nivel de metabolitos de norgestimato. Nevirapina: reduce moderadamente el nivel de etinilestradiol.
Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)	Puede reducir la eficacia anticonceptiva.
Fármacos que aumentan la concentración de hormonas anticonceptivas (inhibidores enzimáticos)	
Eritromicina	Incremento de niveles de estradiol y dienogest; por ello, puede aumentar la incidencia de efectos adversos.
Antifúngicos: fluconazol, itraconazol, ketoconazol, voriconazol	Incremento moderado de etinilestradiol y progestágenos y aumento de incidencia de efectos adversos hormonales.

Fármacos	Observaciones
Tacrolimus	La relevancia clínica no está clara pero el incremento hormonal parece ser pequeño.
Etoricoxib	Riesgo potencial de eventos adversos relacionados con los estrógenos.
Estatinas: atorvastatina, rosuvastatina	Incremento moderado en los niveles de etinilestradiol y progestágenos, pero relevancia clínica pequeña.

¿QUÉ HACER EN CASO DE OLVIDOS?

Los olvidos son un motivo bastante habitual de consulta en usuarias de anticonceptivos. Tanto los casos de olvido o imposibilidad de tomar los AHC orales, como los errores de dosis durante el uso del parche, disminuyen la eficacia del método anticonceptivo, aumentando el riesgo de embarazo, por lo que deben seguirse una serie de recomendaciones:

- Es importante reanudar el uso de los anticonceptivos tan pronto como sea posible cuando se omite alguna dosis; tomar una píldora activa, volver a aplicarse el parche o aplicarse uno nuevo, o volver a insertarse el anillo vaginal o insertarse uno nuevo¹.
- Si se omite alguna dosis, la probabilidad de que se produzca un embarazo depende no solo del número de dosis omitidas, sino también de cuándo se omitieron las dosis. Según datos sobre ovulación, el olvido o la imposibilidad de tomar tres o más píldoras activas (con hormonas) (dos o más píldoras en caso de que contengan $\leq 20 \mu\text{g}$ de etinilestradiol) en cualquier momento del ciclo, justifica tomar precauciones adicionales. El riesgo de embarazo es mayor cuando se omiten píldoras activas (con hormonas) al principio o al final de la serie de píldoras activas, es decir, cuando se prolonga el intervalo sin hormonas. En el caso de olvido del uso del parche y del anillo vaginal, también deben tomarse precauciones adicionales¹.
- Los vómitos y la diarrea pueden interferir con la absorción de los anticonceptivos. Si se producen vómitos y han pasado menos de dos horas desde que se tomó, se debe tomar otra píldora lo antes posible. Si los vómitos o la diarrea son persistentes, es decir, duran más de 24 horas, se debe usar un método anticonceptivo adicional durante la enfermedad⁴.

Hay disponible una ficha de i-botika sobre los olvidos de la píldora anticonceptiva (n° 12/2014)

BENEFICIOS NO ANTICONCEPTIVOS

Los anticonceptivos hormonales, además de su efecto anticonceptivo, también pueden presentar efectos beneficiosos adicionales, puesto que regulan mejor el ciclo menstrual, disminuyen el sangrado menstrual frecuente o excesivo, mejoran la dismenorrea, el síndrome premenstrual y la endometriosis. Algunos también pueden mejorar el acné y el hirsutismo^{6,9,10,16,17}.

IDEAS CLAVE

- El consejo anticonceptivo debe proporcionar información de todos los métodos disponibles, sus ventajas e inconvenientes, para que se pueda elegir libremente el que mejor se adapte a las necesidades personales según duración de acción, facilidad de cumplimiento, efectos adversos, etc.
- La eficacia de todos los anticonceptivos hormonales es alta, pero los implantes y los DIU tienen una duración de acción más prolongada.
- El patrón de sangrado irregular es uno de los principales motivos de abandono y se produce con más frecuencia con los AHP y con los AHC con dosis bajas de etinilestradiol.
- Aunque el tromboembolismo venoso es un efecto infrecuente de los AHC y el riesgo en mujeres sanas es pequeño, para minimizarlo es conveniente el uso de dosis bajas de etinilestradiol.
- A las usuarias con mayor riesgo de trombosis se les puede proporcionar un método con progestágeno solo, cuya mayor molestia es el patrón de sangrado irregular.
- El consejo anticonceptivo debe incluir siempre información sobre enfermedades de transmisión sexual.

Agradecemos al Dr. Iñaki Lete Lasa, médico especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Araba-Osakidetza, la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición](#) [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas). 2018. [Consultado: 23/05/2022]
2. Problemas de la reproducción y del aparato genital. *Anticoncepción*. AMF. 2020;16(10):584-590.
3. Observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC. [Encuesta de anticoncepción en España 2020 \(Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos\)](#). Fundación Española de Contracepción (FEC) Sociedad Española de Contracepción (SEC). [Consultado: 23/05/2022]
4. [Contraception: which option for which patient?](#) *Sexual Health Pregnancy and Reproductive Health*. July 2021:1-39. [Consultado: 23/05/2022]
5. Stewart M, Bateson D. [Choosing non-oral, long-acting reversible contraception](#). *Aust Prescr*. 2016;39:153-8. [Consultado: 23/05/2022]
6. [Anticonceptivos hormonales: Selección adecuada](#). *Boletín Terapéutico Andaluz*. 2016;31(1):1-10. [Consultado: 23/05/2022]
7. Nadal M, Cols M. Evidencias en anticoncepción. *FMC*. 2014;21(4):228-38.
8. Roe A, Bartz D, Douglas P. [Combined estrogen-prgestin contraception: Side effects and health concerns](#). Section Editors: Crowley W, Scheiber C. UpToDate May 06, 2022. [Consultado: 23/05/2022]
9. Allen R. [Combined estrogen-progestin oral contraceptives: patient selection, counseling, and use](#). Section Editors: Schreiber C, Crowley W. UpToDate Mar 28, 2022. [Consultado: 23/05/2022]
10. Teal S, Edelman A. [Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects. A Review](#). *JAMA*. 2021;326(24):2507-2518. [Consultado: 23/05/2022]
11. López-Picado A, Lapuente O, Lete I. [Efficacy and side-effects profile of the ethinylestradiol and etonogestrel contraceptive vaginal ring: a systematic review and meta-analysis](#). *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017; 22(2), 131-146. [Consultado: 23/05/2022]
12. Kaunitz A. [Progestin-only pills \(POPs\) for contraception](#). Section Editor: Courtney A Schreiber. UpToDate Apr 26, 2022. [Consultado: 23/05/2022]
13. Mu E, Kulkarni J. [Hormonal contraception and mood disorders](#). *Aust Prescr* 2022;45:75-9. [Consultado: 20/06/2022]
14. Lopez LM, Chen M, Mullins Long S, Curtis KM, Helmerhorst FM. [Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies](#) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD009849. [Consultado: 23/05/2022]
15. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. [Combination contraceptives: effects on weight](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD003987. [Consultado: 23/05/2022]
16. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). [Combined Hormonal Contraception](#) (January 2019, amended November 2020). FSRH. [Consultado: 23/05/2022]
17. Stewart M, Black K. [Choosing a combined oral contraceptive pill](#). *Aust Prescr*. 2015;38:6-11. [Consultado: 23/05/2022]
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. [Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina](#). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Consultado: 23/05/2022]
19. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. [Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 8. Art. No.: CD011054. [Consultado: 23/05/2022]
20. [Oral Contraceptives and Cancer Risk](#). National Cancer Institute. 2018. [Consultado: 23/05/2022]
21. Mørch LS, Charlotte W, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. [Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer](#). *N Engl J Med*. 2017;377:2228-39. [Consultado: 23/05/2022]
22. Karlsson T, Johansson T, Höglund J, Weronica E, Johansson A. [Time-Dependent Effects of Oral Contraceptive Use on Breast, Ovarian, and Endometrial Cancers](#). *Cancer Res*. 2021;81:1153-62. [Consultado: 23/05/2022]
23. [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos](#). Quinta edición 2015. Organización Mundial de la Salud. Resumen ejecutivo. [Consultado: 23/05/2022]
24. [Tabla resumida de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos](#). Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (actualizado en 2020). [Consultado: 23/05/2022]
25. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). [Clinical Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception](#) (January 2017, last reviewed 2019). Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/> [Consultado: 23/05/2022]

Fecha de revisión bibliográfica: junio 2022

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

Este boletín debe citarse: Actualización en anticoncepción hormonal. INFAC. 2022;30 (6):52-64.

NOTA: Se ha realizado una modificación en las conclusiones del apartado DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA HTA del INFAC nº 5 de 2022 "Actualización en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial".
El Boletín modificado está disponible en la siguiente dirección: [INFAC_Vol_30_5_HTA_es.pdf \(euskadi.eus\)](#)


Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Isabel Fontán, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Lorena Martínez, Mónica Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Inés San José, Elena Valverde, Miren Zubillaga.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>

 Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

