

*PROTOCOLO*

*DE*

*PLANIFICACIÓN FAMILIAR*

---

*Este protocolo ha sido elaborado a partir del documento editado por el Departamento de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social del Gobierno Vasco (Vitoria, 1985). Asimismo, ha sido revisado por un experto, especialista en Ginecología y Obstetricia (Dr. Buil, responsable de la Unidad de Orientación y Planificación Familiar del Ambulatorio I. Jiménez) y discutido por profesionales sanitarios (médicos y matronas) de distintos grupos de Atención Primaria del Área 3.*

# ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>1.-INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>2.-OBJETIVOS DEL PROTOCOLO</b> .....	6
<b>3.-POBLACIÓN DIANA</b> .....	8
<b>4.-ACTIVIDADES</b> .....	10

## **ANEXOS:**

<i>Anexo I Elección del método anticonceptivo</i> .....	13
<i>Anexo II Métodos barrera y espermicidas</i> .....	14
<i>Anexo III Contracepción hormonal</i> .....	21
<i>Anexo IV Dispositivo intrauterino (D.I.U.)</i> .....	32
<i>Anexo V Métodos contraceptivos definitivos</i> .....	36
<i>Anexo VI Fracaso de la contracepción. Interrupción voluntaria del embarazo</i> ....	39
<i>Anexo VII Educación sanitaria</i> .....	40
<i>Anexo VIII Tabla comparativa de los diferentes métodos anticonceptivos</i> .....	41
<i>Anexo IX Hoja interconsulta de anticoncepción</i> .....	42

*1*



## *INTRODUCCIÓN*

*Según la definición de la Organización de Naciones Unidas (1967): "El derecho a decidir sobre el número e intervalo de nacimientos debe de ser considerado un derecho fundamental del hombre y un elemento indispensable de la dignidad humana".*

*Esta definición se perfila más en la realizada por la Conferencia Mundial sobre la Población, celebrada en Bucarest: "Todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello".*

*Por otra parte, se entiende por contracepción la manera de evitar que la actividad sexual vaya obligatoriamente ligada a la reproducción, facilitando unas relaciones sexuales más libres.*

2



*OBJETIVOS DEL PROTOCOLO*

*Con el presente Protocolo se pretende dar una información sobre los diferentes métodos contraceptivos, con el fin de incorporar a la Asistencia Primaria determinados aspectos del Programa de Contracepción, como son:*

---

*2.1.- ORIENTAR A LOS PACIENTES SOBRE LOS MÉTODOS Y SU UTILIZACIÓN.*

*2.2.- DERIVAR A OTROS CENTROS ESPECIALIZADOS LOS CASOS QUE NO SE PUEDEN ATENDER EN LA CONSULTA.*

*2.3.- LLEVAR EL CONTROL DE ALGUNOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, PARTICULARMENTE LOS HORMONALES ORALES DE BAJO RIESGO.*

3



*POBLACIÓN DIANA*

*Las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).*

4



*ACTIVIDADES*

*4.1.-CAPTACIÓN.*

*Aquellas mujeres que acudan solicitando orientación sobre métodos de planificación familiar serán derivadas a la matrona o al médico de familia con el objetivo de recibir orientación e información sobre métodos anticonceptivos (ver ANEXO I "Elección del método anticonceptivo").*

#### **4.2.-DERIVACIÓN.**

*Los métodos naturales y barrera serán instruidos por la propia matrona o el médico de familia en su defecto. En el caso de la contracepción hormonal de bajo riesgo el control recaerá en el médico, el resto serán derivadas al Centro de Orientación y Planificación Familiar (COF) o ginecólogo de referencia.*

#### **4.3.-PRIMERA VISITA.**

*En aquellos casos de elección de anticoncepción hormonal el médico realizará:*

##### **4.3.1.- HISTORIA CLÍNICA QUE RECOGERÁ COMO MÍNIMO:**

- \* Antecedentes ginecológicos (fecha de la última regla, características de la menstruación, menarquia y antecedentes de infecciones vaginales).*
- \* Antecedentes obstétricos (número de gestaciones, abortos y nacimientos vivos).*
- \* Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y consumo habitual de medicamentos).*
- \* Edad de inicio de relaciones sexuales y frecuencia.*

##### **4.3.2.- EXPLORACIÓN: T.A. Y PESO, EXPLORACIÓN ABDOMINAL.**

##### **4.3.3.- ANALÍTICA: HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, TRANSAMINASAS, BILIRRUBINA Y/O FOSFATASAS ALCALINAS Y ANTITROMBINA III**

##### **4.3.4.- COMENZAR SI NO EXISTEN SITUACIONES ESPECIALES CON PREPARADOS MICRODOSIS O TRICÍCLICOS. (VER ANEXO II "ANTICONCEPCIÓN HORMONAL": TIPOS, MECANISMOS DE ACCIÓN, CONTRAINDICACIONES, ETC).**

#### **4.4.-CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL.**

##### **4.4.1.- A los 6 meses:**

- 1) Ver tolerancia del producto, tanto física como psíquica.*
- 2) Comprobar si lo toma bien.*
- 3) Exploración abdominal y/o ginecológica.*
- 4) Toma de T.A. y peso.*

##### **4.4.2.- Anualmente:**

- 1) Realizar un control semejante a la 1ª visita.*

# *A N E X O S*

## ANEXO I

### *ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO*

*Una de las funciones del médico de familia y/o de la matrona es la de ofrecer una adecuada y sencilla información a la pareja sobre los diferentes métodos anticonceptivos, su eficacia, sus contraindicaciones, su modo de utilización, su costo, etc. Pero, salvo contraindicaciones, la elección, en último instante va a depender de la mujer o de la pareja.*

*A modo de resumen, los puntos a tener en cuenta a la hora de elegir un determinado método son:*

- 1. El método que, de entrada, pida la mujer o idealmente la pareja.*
- 2. El nivel de estabilidad y de acuerdo entre la pareja.*
- 3. La frecuencia de los contactos sexuales y del tipo de relaciones.*
- 4. El tiempo de contracepción deseado.*
- 5. El grado de eficacia que se desee.*
- 6. Si existen contraindicaciones médicas para un tipo determinado de contracepción.*

*Atendiendo únicamente a los deseos de contracepción que muestra la pareja, de un modo esquemático, podemos dividir la contracepción en:*

<b>TEMPORAL:</b>	<i>1ª elección</i>	<i>2ª elección</i>
<i>Absoluta:</i>	<i>Hormonales</i>	<i>D.I.U.</i>
<i>Relativa:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>– Barrera (preservativo y diafragma)</i></li> <li><i>– Espermicidas</i></li> <li><i>– Otros: temperatura basal,.....</i></li> </ul>	
<b>DEFINITIVA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>– Ligadura de trompas</i></li> <li><i>– Vasectomía</i></li> </ul>	

## ANEXO II

### *MÉTODOS BARRERA Y ESPERMICIDAS*

#### **1.-PRESERVATIVO.**

##### **1.1.-TIPOS:**

###### *1.1.1.- De intestino:*

*Se pueden utilizar varias veces; son caros y difíciles de adquirir. Uso muy minoritario.*

###### *1.1.2.- De látex:*

*Se desechan tras su utilización.*

###### *1.1.3.- No lubricados:*

- \* Del glande: es un pequeño capuchón que se coloca en el extremo del pene. Desaconsejados por la posibilidad de que se pierdan en el vagina y porque pueden originar parafimosis.*
- \* Con reservorio: poseen en su extremidad ciega una bolsa para recoger el eyaculado.*
- \* Sin reservorio: sus dimensiones estándar son 175 mm. por 49 mm.*

###### *1.1.4.- Lubricados:*

- \* Mediante una sustancia que facilita su colocación.*
- \* Con crema espermicida incorporada.*

##### **1.2.-EFICACIA:**

*Entre un 8 y un 28 % (Índice de Pearl).*

*Su eficacia aumenta si se utiliza asociado a espermicidas. El uso conjunto con el Diafragma aumenta la eficacia de ambos métodos. Es importante comprobar la fecha de caducidad, en el momento de adquirirlos.*

##### **1.3.-VENTAJAS:**

*1.3.1.- Es inocuo, de fácil aplicación.*

*1.3.2.- No requiere control médico.*

*1.3.3.- Por el momento, es el único método contraceptivo transitorio masculino.*

*1.3.4.- Sirve como protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.*

#### **1.4.-UTILIZACIÓN:**

*1.4.1.- Colocación inmediata antes del coito.*

*1.4.2.- Retirada inmediata a la eyaculación, antes de que desaparezca la erección.*

#### **1.5.-EFECTOS SECUNDARIOS:**

*Los mismos que se detallan al hablar del diafragma.*

## **2.-DIAFRAGMA.**

#### **2.1.-CARACTERÍSTICAS:**

*2.1.1.- Es un disco de látex, cuyo borde circular está reforzado por un anillo metálico flexible.*

*2.1.2.- Se fabrica en diferentes tamaños, siendo los más utilizados entre 65 y 75 mm.*

#### **2.2.-MECANISMO DE ACCIÓN:**

*Actúa a modo de barrera frente a los espermatozoides y es fundamental utilizarlo con cremas espermicidas, que sirven, a la vez, como lubricantes para facilitar la colocación del aparato.*

#### **2.3.-EFICACIA:**

*Variable, entre un 2 -18% (x 10%).*

#### **2.4.-VENTAJAS:**

*2.4.1.- Bien tolerado.*

*2.4.2.- Se puede utilizar también asociado a otros métodos anticonceptivos.*

#### **2.5.-EFECTOS SECUNDARIOS:**

*2.5.1.- No tiene, salvo irritación local, bien mecánica o química, por los espermicidas.*

*2.5.2.- Los rechazos del método suelen ser debidos a:*

- \* Oposición por parte del varón.*
- \* Aprendizaje relativamente difícil.*
- \* Repugnancia al objeto en sí.*
- \* Temor al embarazo.*

## 2.6.-CONTRAINDICACIONES:

- 2.6.1.- *Prolapso uterino.*
- 2.6.2.- *Cistocele.*
- 2.6.3.- *Dehiscencias perineales.*

## 2.7.-MODO DE UTILIZACIÓN:

- 2.7.1.- *1º Es necesario realizar una exploración ginecológica, encaminada a:*
  - \* *Descubrir problemas orgánicos que contraindiquen su utilización.*
  - \* *Tomar medida de la vagina para determinar el tamaño del diafragma a utilizar.*
- 2.7.2.- *Debe prescribirse el tamaño más grande que la mujer pueda llevar confortablemente.*
- 2.7.3.- *Explicar detenidamente a la paciente su colocación y ver cómo se lo pone.*
- 2.7.4.- *Hacer hincapié en las siguientes indicaciones:*
  - \* *Puede ser colocado de 2 a 4 horas antes de la relación sexual.*
  - \* *En este tiempo no debe practicar ningún deporte, ni ejercicio violento, ni defecar. Es preferible su inserción en el momento antes del coito.*
  - \* *Es indispensable el empleo de espermicidas. Hay que depositarlo en ambas caras del diafragma y en su borde.*
  - \* *Debe permanecer en la vagina durante 6 a 8 horas después del coito.*
  - \* *Si hay un nuevo coito en este período de tiempo, tiene que ponerse espermicida local, sin retirar el diafragma, y esperar otras 6 a 8 horas.*
  - \* *Una vez retirado el diafragma, se conservará limpio y protegido con polvos de talco.*
  - \* *No se debe de llevar más de 24 horas puesto para evitar infecciones locales.*
  - \* *Es aconsejable que se compruebe con regularidad la integridad del diafragma, mirándolo al trasluz. Si se observa el más mínimo agujero hay que desecharlo.*

## 2.8.-CONTROLES:

- 2.8.1.- *El primer control a la semana para comprobar si lo coloca bien.*
- 2.8.2.- *El segundo control a los tres meses, para ver la adaptación al método, si el diafragma utilizado corresponde al tamaño correcto y si no hay dispareunia. Es conveniente hacer una exploración vaginal con el fin de ver si hay fenómenos inflamatorios locales.*
- 2.8.3.- *Hacer un control anual de las mismas características.*
- 2.8.4.- *Tras el parto es necesario volver a tomar medida de la vagina, al igual que cuando hay variaciones de peso de más de 5 Kg.*

*El Diafragma, si se conserva en condiciones adecuadas, puede llegar a durar 2 años.*

## 2.9.-FALLOS DEL MÉTODO:

2.9.1.- *Habitualmente se deben a:*

- \* *Sucesivas introducciones del pene en la vagina, en el momento del coito, que pueden provocar un desplazamiento del diafragma.*
- \* *Colocación, en el acto sexual, de la mujer sobre el varón.*

## 3.-ESPERMICIDA.

### 3.1.-MECANISMO DE ACCIÓN:

*Inutilizan o matan los espermatozoides depositados en la vagina antes de que puedan alcanzar el cuello uterino.*

### 3.2.-UTILIZACIÓN:

*Suelen usarse asociados a los métodos de barrera, alcanzando una gran eficacia.*

*Cuando se utilizan como único anticonceptivo su eficacia es variable, entre un 2 y 30%.*

### 3.3.-INDICACIONES:

3.3.1.- *Asociado al D.I.U. en los primeros meses.*

3.3.2.- *Asociado al condón o al diafragma.*

3.3.3.- *En el post-parto, para reforzar el efecto anticonceptivo de la lactancia.*

3.3.4.- *Cuando se olvida alguna toma de anticonceptivos orales.*

3.3.5.- *En mujeres premenopáusicas. Tienen la ventaja de que lubrican la vagina.*

3.3.6.- *En relaciones sexuales infrecuentes o imprevistas.*

### 3.4.-MARCAS COMERCIALES:

– *Lavolen.*

– *Crema y mini-óvulo contraceptivo Lanzas.*

### 3.4.1.- Lavolen:

Composición:

*Sal trisódica de éter sulfúrico de polisacárido y Fenoxinonilpolietoxietanol (Nonoxinol-9)*

Utilización:

*Introducir un óvulo lo más profundamente posible en el canal vaginal, como mínimo 10 minutos antes del coito. La duración del efecto, una vez introducido, es de 1 hora y media, pero únicamente para una sola eyaculación.*

*No utilizar ningún tipo de detergentes antes ni después de la aplicación del óvulo. Únicamente lavarse con agua.*

*Si se desea realizar alguna irrigación vaginal (que no es necesario) deberá esperarse 6 horas.*

Conservación:

*A temperatura ambiente (20°C). Si hace mucho calor, sumergir el óvulo en agua fría. Si hace mucho frío, aumentar el tiempo de espera a 15 minutos.*

Eficacia:

*Tiene una eficacia superior a la de otros espermicidas, por sus dos componentes. El laboratorio estima un índice de Pearl de 0,3 a 0,8.*

### 3.4.2.- Mini-óvulo contraceptivo Lanzas:

Composición:

*Cloruro de Benzalconio*

Utilización:

*Un óvulo introducido profundamente en la vagina, 3 a 5 minutos antes del coito.*

Incompatibilidades:

*El jabón, incluso en cantidades mínimas ya que neutra liza el principio activo. Asimismo, también está contraindicada cualquier medicación intravaginal.*

Eficacia:

*Según el laboratorio, tiene un Pearl menor que 1.*

Ventajas:

*Previene la transmisión de tricomoniasis y gonococias.*

#### **4.- MÉTODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA.**

- *Ogino-Knaus.*
- *Temperatura Basal.*
- *Métodos combinados.*

##### **4.1.- VENTAJAS:**

*Son inocuos.*

##### **4.2.- INCONVENIENTES:**

- 4.2.1.- *Porcentaje alto de fracasos, ya que no hay seguridad absoluta de que no se produzca una ovulación fuera del plazo estimado.*
- 4.2.2.- *No se pueden aplicar en circunstancias que alteren el ciclo.*
- 4.2.3.- *Limitan los contactos sexuales a unas fechas preestablecidas.*
- 4.2.4.- *Dificultad en la realización de los cálculos. En el método de la Temperatura Basal, dificultad en la interpretación de la curva, así como la dependencia del termómetro.*

##### **4.3.- CONDICIONES:**

- 4.3.1.- *Seguir con rigor todas las indicaciones.*
- 4.3.2.- *Cooperación en la abstinencia de los dos miembros de la pareja.*
- 4.3.3.- *Tener un registro completo de las fechas de los últimos doce ciclos.*

##### **4.4.- CONTRAINDICACIONES:**

- 4.4.1.- *Si el ciclo más largo de un año fue superior a 10 días con respecto al más corto.*
- 4.4.2.- *Ante circunstancias que puedan alterar el ciclo, tales como: esfuerzos físicos, emociones, enfermedades, parto reciente, etc.*

#### 4.5.-MÉTODOS:

##### 4.5.1.- Método Ogino-Knaus:

- \* Registrar las fechas de las 12 últimas menstruaciones, continuando este control habitualmente mientras se utiliza este método. En el caso de que únicamente se tenga un registro de 8 ciclos se añadirán dos imaginarios de 23 y 33 días cada uno.
- \* El período fértil es el comprendido entre los días 18 y 11 antes de la fecha probable de la próxima regla.
- \* Primer día fértil: restar 18 del número de días que haya tenido el ciclo más corto.
- \* Último día fértil: restar 11 del número de días del ciclo más largo.
- \* Porcentaje de fracasos: más de un 14%.

##### 4.5.2.- Método de la Temperatura Basal:

- \* Su fundamento es que al producirse la ovulación la temperatura aumenta entre 2-4 décimas.
- \* Se trata de evitar toda relación sexual entre el comienzo del ciclo y el tercer día después de la elevación de la temperatura.
- \* Porcentaje de fracasos: 1 - 4%. En la práctica el índice es mucho más elevado.
- \* Medición de la temperatura: Tomarse la temperatura diariamente en el ano o en la vagina, por la mañana, sin moverse, y tras un período de descanso de por lo menos 6 horas. Anotar si tiene tos, gripe, etc...
- \* Señalar los días de la menstruación o de cualquier otra metrorragia.

##### 4.5.3.- Métodos combinados:

Se basan en la utilización conjunta de ambos métodos.

#### 4.6.- OTROS SISTEMAS:

Al registro de la Temperatura Basal se suman los cambios en el moco cervical:

- \* Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreción vaginal.
- \* Luego hay un aumento de secreción turbia.
- \* Después se hace clara, viscosa y lubricante, que dura 1 o 2 días, que es lo que se denomina "síntoma máximo de moco", y que es el aviso de la ovulación.
- \* Tras la ovulación la secreción se hace espesa, pegajosa y opaca.

Cuando se utiliza este método, hay que practicar abstinencia sexual a partir del comienzo de los síntomas de moco hasta el tercer día consecutivo de temperatura elevada.

##### 4.6.1.- Eficacia:

No existe aún valoración de su eficacia.

## ANEXO III

### CONTRACEPCIÓN HORMONAL

*Actualmente, el campo de la terapia anovulatoria se ha limitado a las píldoras combinadas, dejando los demás tipos para casos especiales, que, generalmente, superan la asistancia primaria.*

#### **1.- TIPOS DE CONTRACEPTIVOS HORMONALES.**

⇒ **COMBINADA:**

*Ciclos de 21 días de estrógeno y gestágenos combinados, con 1 semana de descanso. Se consideran también dentro de este grupo los Trifásicos.*

⇒ **SECUENCIAL:**

*Actualmente en total desuso, por su menor eficacia.*

⇒ **GESTÁGENO:**

*Como único componente durante 21, 22 o 23 días,*

⇒ **CONTINUA:**

*Estrógenos más gestágenos sin interrumpir la toma de pastillas, sólo aparecen 4 o 5 reglas al año. Estas dos últimas variedades también están prácticamente en desuso.*

⇒ **DOSIS MENSUAL:**

*Compuestas por asociaciones de estrógenos más gestágenos.*

\* *I.M. entre el 7º y 10º día del ciclo. Su eficacia es algo menor (1-1,2), y tiene el inconveniente de que produce más trastornos del ciclo menstrual. Su utilización se debe limitar a pacientes que no siguen bien las indicaciones de las píldoras combinadas, o bien las rechazan.*

\* *Oral: Se toma el día 25 del ciclo.*

⇒ **DOSIS TRIMESTRAL:**

*Únicamente gestágenos.*

⇒ **PÍLDORA POST-COITAL:**

*Que impide la nidación del huevo. No está comercializada en España. En su lugar, se puede usar Neogynona, 2 comps. cada 12 h., durante 2 días, dentro de las 24-48 horas tras el coito.*

## 1.1.-PÍLDORA COMBINADA:

### 1.1.1.- Composición:

*Combinación de estrógenos más gestágenos.*

### 1.1.2.- Presentación:

\* *Dosis normal:*

- *Lyndiol 2,5: (0,25 mg. de linestrenol y 0,050 mg. de nestrional)*
- *Ovoplex y Neogynona: (0,25 mg. L-Norgestrel y 0,05 mg. Etinil-estradiol)*
- *Diane 3,5: (2 mg. Acetato de ciproterona y 0,35 mg. Etinil-estradiol)*

\* *Microdosis:*

- *Micogynon y Ovoplex 30/150: (0,15 mg. de L-Norgestrel y 0,03 mg. Etinil-estradiol)*
- *Neo-Lindyol: (0,25 de Linestrenol y 0,25 de Etinil-estradiol)*
- *Ovovesta micro: (0,75 mg. de Linestrenol y 0,0275 mg Etinil-estradiol)*

\* *Gestágenos de 3ª generación:*

- *Microdiol: (0,125 de Desogestrel y 0,3 de Etinil-estradiol)*
- *Gynovin-Minulet: (0,75 de Gestodeno y 0,3 de Etinil-estradiol)*

*Las píldoras trifásicas se explican en otro apartado.*

### 1.1.3.- Mecanismo de acción:

- \* *Inhibición de la FSH y sobre todo de la LH, cuya carga preovulatoria desaparece.*
- \* *Alteración de la motilidad de la trompa, provocando un transporte rápido del óvulo a la cavidad uterina.*
- \* *Modificación del endometrio con tendencia a la atrofia (variable según el preparado), dificultando la nidación del huevo.*
- \* *Modificación del moco cervical, que se hace impermeable a los espermatozoides. Estas dos últimas acciones son debidas al progestágeno de síntesis.*

### 1.1.4.- Eficacia:

*Índice de Pearl de 0,7 / 100.*

1.1.5.- Efectos secundarios:

*La valoración de los riesgos de la contracepción hormonal se debe de realizar, siempre, en relación con los que conlleva el embarazo y el parto, puesto que, en definitiva, es lo que se pretende evitar.*

⇒ **CARDIO-VASCULARES:**

- *Sobre el corazón:* *aumenta el débito cardíaco.*
- *Sobre la tensión arterial:* *a las dosis normales, no repercute en la T.A. Únicamente en las mujeres predispuestas se puede producir un aumento, siendo necesaria la interrupción del tratamiento. Su efecto desaparece en unos días.*

*Por lo tanto, es importante el valorar los antecedentes de H.T.A. en el embarazo, enfermedad renal o historia de H.T.A. familiar.*

- *Sobre los factores de coagulación:* *produce un aumento del fibrinógeno, de los factores VII, IX y X y disminuye la adhesión plaquetaria.*

*Estas variaciones se dan con poca frecuencia, y son similares a las observadas durante el embarazo.*

- *Accidentes tromboembólicos:* *se ha observado que el riesgo tromboembólico aumenta proporcionalmente al contenido estrogénico de las pastillas. Según las estadísticas inglesas, basadas en píldoras de > 50 mcgr. la mortalidad por tromboembolismo en las consumidoras de anovulatorios era:*

20 - 30 años .....	1.3/100.000
35 - 44 años .....	3.4/100.000

*Mientras que la estadística general daba un promedio de mortalidad en mujeres de esas edades de 1,53/100.000. El riesgo mayor se da en mujeres de más de 35 años, consumidoras de píldoras y que son fumadoras. Sin embargo el riesgo no ha sido demostrado con píldoras de < 30 mcgr.*

**Factores que favorecen los fenómenos tromboembólicos:**

*Es necesario comentar que no existe ningún método analítico que sirva para determinar la probabilidad que tiene una paciente de padecer estos problemas. Únicamente hay que valorar los factores predisponentes, tales como:*

- *La existencia de alteraciones en los lípidos.*
- *La obesidad.*
- *La diabetes.*
- *El tabaquismo.*
- *Las intervenciones quirúrgicas y las pacientes encamadas.*
- *Los antecedentes de accidentes tromboembólicos previos.*
- *Varices: La frecuencia de trombosis venosas superficiales el doble en las mujeres que consumen anovulatorios.*

⇒ **SOBRE LA GLUCEMIA:**

*La glucemia en ayunas a veces se eleva con los estrógenos-progestágenos a dosis altas; en cambio, es menos frecuente en los preparados de dosis baja.*

*Estas modificaciones se presentan con más frecuencia en mujeres con un estado diabético latente.*

⇒ **SOBRE LOS LÍPIDOS:**

*Los preparados microdosis y gestágenos de 3ª generación aumentan las lipoproteínas de alta densidad (HDL).*

⇒ **SOBRE LAS FUNCIONES HEPÁTICAS:**

*Los esteroides son metabolizados a nivel hepático. Se producen alteraciones más frecuentemente con los preparados de dosis alta, y son raras con los de dosis normal o baja.*

*Al comienzo de tratamiento puede haber pequeñas alteraciones de la BSP, que se normalizan con el tiempo.*

*Hay que tener en cuenta los antecedentes de hepatopatía, sobre todo los de ictericia gravídica, en los que está claramente contraindicado el tratamiento anovulatorio.*

⇒ **SOBRE LA FUNCIÓN TIROIDEA:**

*No la modifican; únicamente alteran los valores del PBI y del I ligado a proteínas aumentándolos, y disminuyendo la T3.*

⇒ **SOBRE LAS SUPRARRENALES:**

*No modifican su función; únicamente hay que suprimir la toma de anovulatorios 4 a 6 semanas antes de efectuar pruebas funcionales suprarrenales.*

⇒ **RELACIÓN MIGRAÑA ANOVULATORIOS:**

*Es muy compleja y variable. Frecuentemente, se produce un aumento de la migraña premenstrual o menstrual.*

*A veces hay mujeres que se quejan de cefaleas durante la semana de descanso; en estos casos, es conveniente cambiar a un anovulatorio de dosis baja y añadir un preparado con Vit B6.*

⇒ **SOBRE LA LIBIDO:**

*Es un problema difícil de valorar, por los numerosos factores psicológicos que influyen. Se dan habitualmente fenómenos contradictorios.*

⇒ *SOBRE LA DEPRESIÓN:*

*No está claramente demostrado un efecto depresivo.*

*En la práctica, si existen antecedentes depresivos, sobre todo en el postparto, es necesario mantener un control estrecho de la paciente. Están contraindicados en las pacientes que presenten trastornos psiquiátricos debido a los problemas relacionados con el consumo y/o interacciones medicamentosas.*

⇒ *ANOVULATORIOS Y CLOASMA GRAVÍDICO:*

*Su aparición con la toma de pastillas es un fenómeno poco frecuente. Para evitarlo es conveniente:*

- *Evitar los preparados de dosis altas de progestágenos.*
- *Desaconsejar su toma en mujeres que hayan tenido un cloasma importante durante el embarazo.*

*En el caso de producirse, es necesario:*

- *Retirar los anovulatorios.*
- *Evitar la exposición al sol.*

*Suele tardar en desaparecer.*

⇒ *ANOVULATORIOS Y CARCINOMA GINECOLÓGICO:*

*No existe ningún estudio concluyente.*

*El carcinoma de cuello no se ve modificado por las hormonas.*

*Los tumores benignos de mama son menos frecuentes en las usuarias de la píldora. Los malignos no se ven influí dos.*

*Hay datos suficientes para suponer que las mujeres que consumen anovulatorios durante períodos prolongados padecen una incidencia menor de cáncer de ovario y de endometrio.*

*A la paciente que toma anovulatorios, anualmente, en su control habitual, se le practica una citología de cuello, y se la instruye en la palpación mamaria, por lo que están más controladas que las mujeres que no consumen anovulatorios.*

⇒ *ANOVULATORIOS Y ACNÉ:*

*Los preparados de dosis normal o baja no tienen efectos virilizantes.*

*El Diane contiene acetato de ciproterona como progestágeno, el cual tiene un efecto antiandrógeno, por lo que se utiliza para el tratamiento del acné, de la hipertriosis, etc.*

⇒ *VAGINITIS Y ANOVULATORIOS:*

*No está muy demostrada su relación, puesto que no se sabe si es consecuencia de los anovulatorios o del aumento de las relaciones sexuales.*

⇒ *SOBRE EL PESO:*

*Suelen producir un aumento de peso, debido a una estimulación del apetito producido por los estrógenos. A veces, también se observan aumentos rápidos de peso en los primeros ciclos, por retención hídrica solo con los preparados de 50 mcgr.*

*Todo aumento de peso mayor de 3 o 4 kg. justifica un estudio de glucemia, en busca de una prediabetes.*

⇒ *ALTERACIONES EN EL RITMO E INTENSIDAD DE LAS MENSTRUACIONES:*

- *Metrorragias: a veces se dan en los tres primeros ciclos; si persisten hay que descartar una causa orgánica.*

*Cuando se producen en mujeres que llevan ya un tiempo tomando anovulatorios, pueden ser debidas a una causa orgánica o a una atrofia de la mucosa uterina.*

- *Spotting o sangrado débil intermenstrual, que suele ceder con el transcurso del tiempo.*
- *Amenorrea: cuando se produce en el intervalo entre la toma de dos envases, no suelen tener importancia y hay que continuar el tratamiento sin modificaciones.*

*Si persiste, hay que sospechar:*

- *Embarazo: por toma irregular de los comprimidos*
- *Atrofia importante del endometrio.*

*Si la amenorrea se produce tras la interrupción de la toma de anovulatorios:*

- *Hacer una determinación de la temperatura basal, para ver si se restablece la ovulación.*

*Normalmente se trata de un fenómeno pasajero.*

*Si persiste, es necesario derivar para realizar un estudio.*

⇒ *NÁUSEAS Y VÓMITOS:*

*Suele ser un fenómeno transitorio; es menos frecuente con las píldoras microdosis. Se debe al componente estrogénico.*

*No se aconseja suspender la toma de anovulatorios. Se puede recomendar la toma de las pastillas antes de la cena.*

⇒ *ANOVULATORIOS Y FERTILIDAD:*

*No se afecta a la fertilidad. No está justificada la afirmación de que se produce un fenómeno de rebote, tras la suspensión de las pastillas.*

1.1.6.- *Efectos beneficiosos:*

- \* *Mejora el acné, disminuyen la hipertrichosis y otros signos de virilización.*
- \* *Provoca menstruaciones menos abundantes y regulares.*
- \* *Sirven para el tratamiento de la dismenorrea y del síndrome de tensión premenstrual (por la ovulación).*
- \* *Disminuyen la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica.*

1.1.7.- *Utilización de los anovulatorios en relación con:*

⇒ *EL EMBARAZO:*

*En el caso de que se produzca el embarazo durante la toma de anovulatorios, generalmente por utilización incorrecta de los mismos, hay que tranquilizar a la paciente, puesto que los actuales preparados de dosis normal o micro no tienen efecto virilizante sobre el feto.*

⇒ *TRAS EL PARTO O EL ABORTO:*

- *Post-parto: esperar 40 días, y si no se produce la regla, tratar con Acetato de Medroxiprogesterona (Progevera) 4 comprimidos de 5 mg al día durante 5 días. Después se producirá la menstruación. Al 1º ó al 5º día de este ciclo se iniciará el tratamiento anovulatorio.*
- *Post-aborto: esperar la aparición de la primera regla para iniciar la toma de anovulatorios. También se puede empezar a tomarlos el 1º día tras el aborto, útil sobre todo en aquéllos casos que se sospeche la reanudación rápida de relaciones sexuales.*

⇒ *LA LACTANCIA:*

*Los preparados de dosis normal o micro no influyen nada o casi nada sobre la secreción láctea.*

*Se aconseja que no se comience el tratamiento hasta el 10º ó 15º día del inicio de la lactancia.*

*Se secreta un 2% por la leche; ésta es una dosis muy pequeña que no afecta al niño.*

⇒ *LA MENOPAUSIA O PREMENOPAUSIA:*

*No alteran su fecha de comienzo ni su evolución.*

*En la actualidad están en revisión algunas conclusiones relativas a los anticonceptivos hormonales en relación con esta etapa de la vida. Frente al tradicional riesgo tromboembólico, resaltan los beneficios de control correcto del ciclo, disminución del riesgo relativo de hiperestrinismo, evitar embarazos que serían de alto riesgo y probablemente prevenir la osteoporosis.*

1.1.8.- *Contraindicaciones de los anovulatorios:*

⇒ **ABSOLUTAS:**

- *Accidentes tromboembólicos.*
- *Coronariopatías.*
- *Accidentes vasculares cerebrales.*
- *Accidentes vasculares oculares.*
- *Hipertensión arterial.*
- *Nefropatías.*
- *Cardiopatías arrítmicas.*
- *Hiperlipemias.*
- *Colostasis, Ictericia gravídica (por déficit enzimático), Síndrome de Rotor, de Dubin Johnson.*
- *Cáncer hormonodependiente.*
- *Adenoma hipofisario (de prolactina, sobre todo).*
- *Enfermedades psiquiátricas.*

⇒ **RELATIVAS:**

- *Diabetes no insulino-dependiente.*
- *Diabetes insulino-dependiente.*
- *Obesidad.*
- *Varices.*
- *Distrofia ovárica.*
- *Tabaquismo.*
- *Antecedentes vasculares familiares.*
- *Depresión.*
- *Porfiria.*
- *Mastopatías benignas.*
- *Intervenciones quirúrgicas (es necesario interrumpir la medicación 6 semanas antes).*

*Como se observa en esta relación, muchas contraindicaciones son relativas.*

*En estos casos, es necesario estudiar cada circunstancia en concreto, ver las posibilidades de utilización de otros métodos anticonceptivos.*

*En el caso de prescribir anovulatorios, es obligado mantener un control estrecho de estas pacientes.*

1.1.9.- *Precauciones:*

*En las mujeres jóvenes, sin hijos, que presenten desde la pubertad irregularidades menstruales, principalmente del tipo de oligomenorrea, en principio no se aconseja la administración de anovulatorios sin un previo estudio de su etiología ya que, en muchas ocasiones, se debe a una alteración de la función hipotalámica que no conviene inhibir con los anovulatorios, ya que se pueden provocar amenorreas secundarias.*

*En las hepatitis agudas están contraindicados mientras no se normalice la función hepática.*

*En caso de ingesta masiva de anovulatorios, no necesita tratamiento, ya que es muy poco tóxico. Si se trata de niños se puede producir una ginecomastia o una ligera metrorragia que cede espontáneamente.*

*En el caso de estar embarazada, la ingesta masiva de anovulatorios no tiene efecto abortivo, y no afecta al feto, si tiene lugar antes de las seis semanas de la gestación.*

*En las mujeres mayores de 35-40 años no se aconseja, en principio, la utilización de anticonceptivos hormonales, salvo bajo control ginecológico.*

*En estos casos los métodos de elección son:*

- Temporales: 1º D.I.U.*
- 2º De Barrera asociados a espermicidas.*
- Definitivos: Ligadura de Trompas*
- Vasectomía*

#### *1.1.10.-Incompatibilidad e interacciones:*

*De la lista de medicamentos que se presenta, en la práctica, conviene tener en cuenta, fundamentalmente:*

- Rifampicina*
- Barbitúricos*
- Difenilhidantoínas*
- Fenilbutazonas y derivados*

*Estos productos son inductores enzimáticos, por lo que disminuyen la eficacia de los anovulatorios.*

*En estos casos es necesario utilizar otro método anticonceptivo.*

#### *1.1.11.-Normas para su uso y consejos prácticos:*

*⇒ Inicio del tratamiento. Hay dos posibilidades: comenzar a tomar la pastilla el 1º día del ciclo, o el 5º día. La primera asegura mayor eficacia contraceptiva, mientras que la segunda la aparición de spotting es menor al menos durante el primer mes.*

*Al finalizar la serie de 21 píldoras, se descansa una semana, comenzando a tomar la siguiente caja el 8º día.*

*⇒ Se recomienda tomar la pastilla todos los días a la misma hora, normalmente al acostarse.*

⇒ *Olvido de una toma: Se deberá tomar la pastilla tan pronto como lo recuerde. Si el retraso es de más de 36 horas se aconseja utilizar otro método anticonceptivo asociado.*

*Si el olvido es de más de 48 horas, es conveniente continuar la toma de pastillas, con el fin de no alterar el ritmo de los ciclos menstruales, siendo consciente de que se ha perdido su capacidad anovulatoria.*

⇒ *Si se produce un vómito dentro de las 4 horas posteriores a la toma de la píldora se deberá repetir la dosis.*

⇒ *En el caso de tener una gastroenteritis entre los días 3 al 16 del ciclo, se aconseja asociar otro método anticonceptivo.*

⇒ *En los tratamientos con microdosis, si al tomar antibióticos se produce spotting, es conveniente asociar otro método anticonceptivo, puesto que es posible que haya disminuido el efecto de la píldora.*

⇒ *Cuando una paciente vaya a ser sometida a una intervención de cirugía mayor, se recomienda suspender la contracepción oral 6 semanas antes de la intervención y 4 semanas después.*

*Este criterio también se debe aplicar en los casos de inmovilización prolongada.*

⇒ *La hepatitis como antecedente no contraindica la contracepción hormonal.*

⇒ *No es necesario, en principio, realizar pausas en el tratamiento con anovulatorios, si el control periódico de la paciente es el adecuado.*

*En el caso de mujeres jóvenes que nunca han estado embarazadas y que desean, posteriormente, tener descendencia, puede ser conveniente realizar interrupciones en el tratamiento para neutralizar una excesiva inhibición del sistema de regulación.*

*En los casos en los que tras seis meses de tratamiento, al hacer la pausa no se presenta la regla durante varios ciclos, la píldora no es el anticonceptivo más adecuado.*

## **1.2.-ANTICONCEPTIVOS HORMONALES TRIFÁSICOS:**

### **1.2.1.- Nombre comerciales:**

⇒ **TRIAGYNON**

⇒ **TRICICLOR**

1.2.2.- *Composición:*

⇒ *Llevan tres tipos de grageas:*

- \* *Seis grageas con 50 mcg. de Levonorgestrel y 30 mcg. de etinil-estradiol.*
- \* *Cinco grageas con 75 mcg. de Levonorgestrel y 40 mcg. de etinil-estradiol.*
- \* *Diez grageas con 125 mcg. de Levonorgestrel y 30 mcg. de etinil-estradiol.*

1.2.3.- *Utilización:*

⇒ *Semejante a los otros anovulatorios combinados:*

- \* *Iniciar la toma el primer día de la regla, tanto si comienza el tratamiento anovulatorio como si cambia de pastillas.*
- \* *Entre envase y envase descansar 7 días.*
- \* *Si olvida una dosis, deberá tomarse dentro de las 12 horas a partir de la hora habitual en la que las toma.*
- \* *Si se olvida más de una gragea, continuar el tratamiento para evitar trastornos del ciclo menstrual, pero utilizar otro método anticonceptivo.*
- \* *Eficacia, indicaciones, contraindicaciones, etc., iguales que los contraceptivos combinados.*

1.2.4.- *Ventajas:*

- ⇒ *Al tener menor dosis de gestágenos, disminuyen los efectos secundarios debidos a este componente.*
- ⇒ *Destaca una menor alteración de las lipoproteínas de baja densidad y, por lo tanto, menor afectación vascular.*
- ⇒ *Se producen menos casos de spotting que con las microdosis.*

1.2.5.- *Prescripción de anovulatorios según las características de la mujer:*

*El tratamiento de 1ª elección será con preparados de baja dosis: tricíclicos o microdosis, excepto en mujeres que presenten acné, oligomenorrea, amenorrea, metrorragia u otras alteraciones que justifiquen otro tipo de anti-concepción hormonal.*

- ⇒ *En mujeres jóvenes, sin problemas de spotting, usar píldoras microdosis.*
- ⇒ *En mujeres multíparas, más mayores, o con fenómenos de spotting con las microdosis, utilizar pastillas trifásicas.*
- ⇒ *En mujeres con problemas de acné, hipertrichosis y otros síntomas de virilización utilizar Diane.*
- ⇒ *En mujeres que presentan metrorragia con las píldoras microdosis y trifásicas, remitir al ginecólogo.*

## ANEXO IV

### *DISPOSITIVO INTRAUTERINO (D.I.U.)*

#### **1.- TIPOS.**

##### **1.1.-DE PLÁSTICO O POLIETILENO:**

*Su mecanismo de acción se basa fundamentalmente en un fenómeno local o mecánico.*

##### **1.2.-METÁLICOS (COBRE):**

*Son los que más se están utilizando actualmente. Están fabricados en polietileno y tienen en su parte vertical una fina espiral de cobre.*

*Parece que su mecanismo de acción es un efecto químico local. Tienen una duración estimada de 2 y de 5 años, según las marcas.*

*Los más utilizados son:*

*⇒ Nova T (duración de 5 años).*

*⇒ T 200 (duración de 2 años).*

*⇒ Multiload 250 (duración 2 años).*

*⇒ Multiload 375 (duración 5 años).*

##### **1.3.-FARMACOLÓGICOS:**

*Son simples tubos huecos, de plástico, que contienen en su interior hormonas (Progesterona), que se van eliminando en el interior del útero.*

*Tienen la ventaja de que disminuyen las complicaciones hemorrágicas de los D.I.U.*

*Su duración es de 1 año.*

## **2.-EFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES.**

### **2.1.-HEMORRAGIAS:**

*Más frecuentes en los primeros ciclos y que en ocasiones obligan a retirar el D.I.U.*

### **2.2.-DOLOR:**

*Normalmente se produce en las primeras horas, tras su colocación y suele ceder con analgésicos suaves.*

### **2.3.-AUMENTO DEL FLUJO:**

*Debido a la irritación local que producen los hilos guía del D.I.U.*

### **2.4.-PERFORACIÓN UTERINA:**

*Es poco frecuente, y suele suceder durante la colocación del D.I.U., o más raramente, cuando se produce a su extracción. Se acompaña de un dolor intenso.*

### **2.5.-ANEXITIS:**

*Para prevenirla, es importante, al colocar el D.I.U., descartar enfermedades venéreas. Aunque el dispositivo solo favorece la vehiculización de la infección no su aparición.*

### **2.6.-EMBARAZO EXTRAUTERINO:**

*No sería el D.I.U. la causa directa, sino que al haber mayor frecuencia de anexitis, puede haber como consecuencia un mayor índice de embarazos extrauterinos (los datos son controvertidos en la actualidad).*

## **3.-CONTRAINDICACIONES.**

### **3.1.-ABSOLUTAS:**

- \* *Embarazo.*
- \* *Fibromas múltiples.*
- \* *Alergia al cobre, enfermedad de Wilson.*
- \* *Malformaciones uterinas.*
- \* *Enfermedad pélvica inflamatoria. Pelvipерitonitis.*
- \* *Carcinoma de útero.*
- \* *Metrorragias sin diagnosticar.*

### **3.2.-RELATIVAS:**

- \* *Valvulopatías.*
- \* *Mujer con más de un compañero sexual.*

#### **4.-EFICACIA.**

*Índice de Pearl: 2 a 3% (promedio 2,4%).*

*El riesgo de embarazo va decreciendo con el tiempo, dependiendo de la vida media del dispositivo.*

*Las expulsiones del D.I.U. se estiman en un 10%, de las cuales el 50% tienen lugar en los tres primeros meses, por lo que se aconseja utilizar otro método anticonceptivo asociado, durante estos meses.*

#### **5.-COLOCACIÓN.**

*5.1.-En el período menstrual, entre el 3° y 5° día del ciclo, momento en el que el cuello uterino está más dilatado.*

*5.2.-Tras el parto o el aborto, se pueden colocar en la primera menstruación, aunque es más aconsejable esperar 3 meses para que se normalice el útero.*

*5.3.-Su inserción corresponde al ginecólogo y tiene que realizarse en las mejores condiciones de asepsia posible.*

#### **6.-CUIDADOS INMEDIATOS.**

*Debe ser referida al ginecólogo:*

*6.1.-Toda paciente que presente un dolor sostenido, que no cese con analgésicos suaves, en las horas siguientes a la colocación de un D.I.U.*

*6.2.-Toda metrorragia mayor que una regla.*

*6.3.-Dolor agudo en hipogastrio.*

*6.4.-Fiebre.*

#### **7.-CONTROL DEL D.I.U.**

**7.1.-PREVIO A SU COLOCACIÓN:**

- \* *Anamnesis*
- \* *Exploración ginecológica*
- \* *Analítica:*
  - *Hematimetría completa*
  - *V.S.G.*
  - *Urea y glucemia*
  - *VDRL*
  - *Orina y sedimento*

**7.2.-TRAS LA PRIMERA REGLA, CON EL FIN DE:**

- a) *Ver la tolerancia tanto física como psíquica del D.I.U.*
- b) *Comprobar que está bien colocado.*

**7.3.-UN CONTROL ANUAL:**

*Posteriormente, con los mismos fines que en el primer control, en el que se solicitaría una hematimetría completa.*

*Si la paciente presenta flujo se aconseja realizar un frotis en fresco, un gram, o un cultivo.*

*Es conveniente aprovechar este control para realizar una citología del cuello para diagnóstico precoz del cáncer.*

*Se realizará anualmente comprobación del hilo Testigo.*

## ANEXO V

### MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DEFINITIVOS

#### 1.- ESTERILIZACIÓN MASCULINA Y FEMEMINA.

##### 1.1.- VASECTOMÍA O SECCIÓN DE LOS CONDUCTOR DEFERENTES:

*Se trata de una pequeña intervención quirúrgica que no requiere anestesia general y que se practica a nivel ambulatorio. Su mortalidad es prácticamente nula.*

##### 1.1.1.- Complicaciones:

⇒ *En la primera semana de la intervención:*

- \* *Dolor en el lugar de la intervención. En estos casos se pueden administrar analgésicos suaves, pero en el caso de que sea muy intenso hay que sospechar un hematoma o una infección.*
- \* *Infiltración de la piel del escroto, que a veces se extiende a la región abdominal inferior, y que no precisa tratamiento, ya que desaparece en unas semanas.*
- \* *Hematoma post-operatorio, que puede prevenirse realizando una correcta hemostasia quirúrgica, así como procurando que el paciente descanse después de la intervención y no realice trabajos pesados en uno o dos días.*
- \* *Infección local, que se trata con antibióticos.*
- \* *Formación de un granuloma en la cicatriz.*
- \* *Lesión de la arteria testicular (muy poco frecuente).*

⇒ *A largo plazo:*

- \* *Infección secundaria, orquitis, epididimitis, granuloma espermático, fístula, nódulo fibroso sobre los extremos cortados del conducto, induración de la piel y reanastomosis espontánea.*

*Este conjunto de complicaciones son muy poco frecuentes, y evitables con una buena técnica y experiencia, así como con unas condiciones de esterilidad adecuadas.*

1.1.2.- Verificación de la intervención:

*Antes de poder decir que la intervención ha tenido éxito deberán tomarse dos muestras libres de espermatozoides. Antes de recoger la primera muestra de semen es necesario que se hayan producido, por lo menos, doce eyaculaciones. En general, se estima que la esterilidad completa no se consigue hasta 8-10 semanas después de la intervención. Por lo tanto, durante este tiempo debe utilizarse otro método anticonceptivo.*

1.1.3.- Efectos secundarios:

*No existen efectos colaterales biológicos sobre la sexualidad del varón. Se han descrito efectos psicológicos y sexológicos, con disminución acusada de la libido e incluso impotencia, por sentimiento de castración. Estas reacciones aparecen en pacientes con problemas psicológicos previos o condicionados por una información errónea.*

1.1.4.- Efectividad:

*Es de un 100%, salvo situaciones excepcionales en las que se produce reanastomosis de los conductos. De todas formas, el paciente debe estar informado de esta eventualidad.*

1.1.5.- Reversibilidad:

*En principio, es conveniente insistir en la irreversibilidad de la intervención, a la hora de que el paciente se decida por este método. De todas formas, actualmente, se están realizando intervenciones de reanastomosis con una reversibilidad de un 20-25% debida, probablemente, más a una inhibición de la producción de espermatozoides, que no se reanuda, que a un problema quirúrgico.*

**2.1.-LIGADURA DE TROMPAS:**

*Este procedimiento requiere anestesia general y hospitalización, por lo que resulta más caro que la vasectomía, siendo su mortalidad más elevada, aunque esta eventualidad es muy poco frecuente.*

2.1.1.- Técnicas:

⇒ *Por vía abdominal:*

*Mediante laparotomía, deja una cicatriz de un tamaño que oscila entre 2 y 10 cm. Requiere una hospitalización de 24 a 48 horas.*

⇒ *Por vía vaginal:*

*Requiere un ingreso de 24 horas.*

⇒ *Mediante laparoscopia:*

*Necesita también anestesia general y un período de hospitalización de 24 horas.*

⇒ *Mediante la histeroscopia:*

*Es menos seguro que los otros métodos. Por las características del procedimiento, que solamente destruye el origen de las trompas, puede ofrecer algunas posibilidades de recanalización. Los cuidados post-operatorios son mínimos, y requiere un ingreso de 24 horas. Posteriormente se comprueba el resultado con una histerosalpingografía. Momento más adecuado para la intervención. Se puede practicar en cualquier momento. Es posible realizarla durante las primeras 48-76 horas del post-parto. Si no se hace en este plazo de tiempo hay que esperar 6 u 8 semanas. También se suelen llevar a cabo durante la cesárea, generalmente, por indicación médica tras la tercera cesárea.*

#### 2.1.2.- *Complicaciones:*

- \* *Infección.*
- \* *Malestar post-operatorio.*
- \* *Hemorragia.*
- \* *Las propias de la anestesia general.*
- \* *Perforación intestinal, en las ligaduras practicadas con laparoscopia.*

#### 2.1.3.- *Efectos secundarios:*

*No afecta a nivel hormonal ni sexual a la mujer.*

*Es necesario explicar a la paciente que las trompas cumplen un papel mecánico, de transporte del huevo al útero, y que su ligadura solo interrumpe esa función. Los ciclos se mantienen iguales y no hay adelantamiento de la menopausia.*

#### 2.1.4.- *Eficacia:*

*Prácticamente de un 100%, salvo error quirúrgico o reanastomosis posterior (excepcional).*

#### 2.1.5.- *Reversibilidad:*

*En principio, es conveniente insistir en la irreversibilidad de la intervención, a la hora de que la paciente tome la decisión. Existen posibilidades de reanastomosis, con unos resultados muy variables.*

## ANEXO VI

### *FRACASO DE LA CONTRACEPCIÓN. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO*

*El presente protocolo estaría incompleto o alejado de la realidad actual si no se incluyera, aunque sólo sea en líneas generales, la interrupción voluntaria del embarazo. Al margen de consideraciones ideológicas, la práctica cotidiana de la asistencia primaria obliga a afrontar estas situaciones. El aborto supone un trauma importante para la mujer, no solamente a nivel físico, sino, principalmente, psíquico. Es función del equipo de Asistencia Primaria el prestar apoyo psico-social a estas mujeres o parejas, así como desarrollar programas de planificación para prevenir estas situaciones.*

*Si no se elaboran estos programas, es difícil que las mujeres o las parejas se decidan a plantear estos problemas al médico de familia. Por una parte, por lo que tienen, todavía, de tabú en nuestra sociedad. Por otra, porque este tema ha estado tradicionalmente al margen de las prestaciones de la Seguridad Social, y en muchas ocasiones, porque no se plantean la necesidad de utilizar otro método anticonceptivo que no sea el coitus interruptus hasta que les "falla".*

*Los problemas a tener en cuenta antes y/o después de un aborto se pueden resumir en:*

- ⇒ La situación socioeconómica, el nivel cultural, la edad ...*
- ⇒ El nivel de acuerdo en la pareja, su estabilidad, las relaciones familiares ...*
- ⇒ Los deseos de la paciente, los motivos que la inducen al aborto.*
- ⇒ Es importante el conocer si la paciente ha tenido antecedentes de depresiones, con el fin de prevenir cuadros psiquiátricos post-aborto, por lo que sería adecuado contar con la asesoría de un psicólogo o psiquiatra.*
- ⇒ Aparición de complicaciones post-aborto, tales como:*
  - ⇒ Metrorragias*
  - ⇒ Dolor abdominal*
  - ⇒ Fiebre*
  - ⇒ Malestar general que obligan a derivar a la paciente a un centro hospitalario.*
- ⇒ Si hay incompatibilidad Rh hay que administrar inmunoglobulina anti D, en las primeras 72 horas.*
- ⇒ Tras el aborto, procurar dar una adecuada información sobre métodos anticonceptivos e insistir en la necesidad de prevenir un nuevo embarazo no deseado.*

## ANEXO VII

### EDUCACIÓN SANITARIA

*Si la Educación Sanitaria es una pieza clave de la Atención Primaria de Salud, en este programa es donde alcanza su máxima significación, ya que si las actividades de contracepción no se acompañan de actividades educativas están condenadas al fracaso más rotundo.*

*La Educación Sanitaria, a nuestro nivel, va a limitarse, fundamentalmente, a una faceta individual y de pareja en el marco de la consulta y, en la medida de las posibilidades, es importante realizar experiencias de grupo.*

*En este protocolo no se va a ofrecer una hoja modelo de Educación Sanitaria, puesto que ya se han diseñado numerosos folletos por parte de los centros de planning. Únicamente se procurará establecer unas líneas básicas de educación, como son:*

- ⇒ La importancia de que los hijos sean deseados, tanto para la madre como para el futuro hijo.*
- ⇒ El significado de contracepción, entendiéndola como "los métodos que se utilizan para evitar que la actividad sexual vaya obligatoriamente ligada a reproducción"*
- ⇒ Ver las ventajas de la planificación familiar, en cuanto a que:*
  - \* Permite escoger libre y responsablemente el número de hijos que se desean y el momento más oportuno para tenerlos.*
  - \* Ayuda a los que desean tener hijos y no consiguen su propósito.*
  - \* Ofrece la posibilidad de obtener una correcta información sexual.*
  - \* Orienta respecto a problemas hereditarios o genéticos.*
  - \* Previene el cáncer ginecológico y las enfermedades venéreas.*
- ⇒ El tipo de métodos contraceptivos, en cuanto a:*
  - \* Método*
  - \* Quién debe usarlo*
  - \* Como actúa*
  - \* Ventajas e inconvenientes*
  - \* Contraindicaciones absolutas y relativas*
  - \* Controles*
  - \* Eficacia*

\* Costo

**ANEXO VIII**

**TABLA COMPARATIVA DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

VENTAJAS	INCONVENIENTES	CONTRAINDICACIONES		CONTROLES	ÍNDICE PEARL	OBSERVACIONES
		ABSOLUTAS	RELATIVAS			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> <li>• Regularidad del ciclo menstrual</li> <li>• Disminución del sangrado menstrual y la dismenorrea</li> <li>• Algunas (Diane) sirven para el tto. del acné y la hipertricosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración diaria</li> <li>• Necesitan control médico</li> <li>• Posibles efectos secundarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes tromboembólicos</li> <li>• Coronariopatías</li> <li>• A.C.V.</li> <li>• Accidentes vasculares oculares</li> <li>• H.T.A.</li> <li>• Nefropatías</li> <li>• Diabetes insulino-dependientes</li> <li>• Arritmias</li> <li>• Hiperlipemias</li> <li>• Colostasis</li> <li>• Ictericia gravídica</li> <li>• Ca. hormonodependiente</li> <li>• Ca. de cuello</li> <li>• Adenoma hipofisario</li> <li>• Enf. psiquiátricas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes no insulino-dependiente</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Varices</li> <li>• Distrofia ovárica</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Antecedentes vasculares familiares</li> <li>• Depresión</li> <li>• Porfiria</li> <li>• Mastopatías benignas</li> <li>• Intervenciones quirúrgicas</li> </ul>	<p>ANUALMENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración</li> <li>• Analítica: glucemia, colesterol, lípidos y triglicéridos, GOT y GPT, Bilirrubina, VDRL</li> <li>• Diagnóstico precoz del cáncer</li> </ul> <p>CADA 6 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver tolerancia al método</li> <li>• T.A. y peso</li> </ul>	0,7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 35-40 años, no se aconseja</li> <li>• En mujeres con oligomenorrea hay que estudiar su etiología</li> <li>• Contraindicaciones en hepatitis agudas hasta que se normalice su función</li> <li>• Disminuye la eficacia:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Rifampicina</li> <li>* Barbitúricos</li> <li>* Difenhidantoinas</li> <li>* Fenibutazonas</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las mismas que la combinada</li> <li>• Menos efectos secundarios</li> <li>• Menos spotting</li> </ul>	• Ídem	• Ídem	• Ídem	• Ídem	Ídem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadas en mujeres que tienen spotting con las microdosis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comodidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del ciclo</li> <li>• Resto igual</li> </ul>	• Ídem	• Ídem	• Ídem	1 1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización limitada a pacientes no toman bien las píldoras</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comodidad</li> <li>• Seguridad aceptable</li> <li>• Menos efectos secundarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos segura que la píldora</li> <li>• Hemorragias más frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo</li> <li>• Fibromas múltiples</li> <li>• Alergia al Cu.</li> <li>• Enf. de Wilson</li> <li>• Malformaciones uterinas</li> <li>• Pelvipерitonitis</li> <li>• Enf. pélvica inflamatoria</li> <li>• Ca. de útero</li> <li>• Metrorragias sin diagnosticar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valvulopatías</li> <li>• Mujer con más de un compañero sexual</li> </ul>	<p>ANUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración</li> <li>• Analítica: O y S VSG, hemati-metría Urea y glucemia VDRL</li> <li>• Diagnóstico precoz del cáncer</li> <li>• Frotis en fresco si flujo</li> </ul>	2.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su duración varía entre 2 y 5 años según el tipo de D.I.U.</li> <li>• Generalmente se utilizan los de Cu.</li> </ul>

<i>MÉTODO</i>	<i>PÍLDORA COMBINADA</i>	<i>PÍLDORA TRIFÁSICA</i>	<i>INYECTABLE MENSUAL</i>	<i>D.I.U.</i>
---------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------

## ANEXO IX

### HOJA INTERCONSULTA DE ANTICONCEPCIÓN

FECHA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1.- DATOS PERSONALES:**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 Nº S.S.: \_\_\_\_\_ Nº Hª COF: \_\_\_\_\_ Nº Hª C.S.: \_\_\_\_\_  
 ESTADO: Casada  Pareja estable  EDAD INICIO RELACIONES SEXUALES: \_\_\_\_\_  
 Soltera  No pareja fija  FRECUENCIA RELACIONES SEXUALES: \_\_\_\_\_

**2.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

MENARQUIA: \_\_\_ CARACTERÍSTICAS MENSTRUALES: \_\_\_ FECHA ÚLTIMA REGLA: \_\_\_  
 GESTACIONES: \_\_\_\_\_  
 PARTOS: \_\_\_\_\_  
 ABORTOS: \_\_\_\_\_

**3.- ANTECEDENTES GENERALES:**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_  
 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES MÉDICOS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 HÁBITOS: Alcohol  Tabaco   
 Medicamentos o drogas  ¿Cuales?: \_\_\_\_\_

**4.- ANTICONCEPCIÓN ANTERIOR:**

MÉTODOS: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO: \_\_\_\_\_ TOLERANCIA: \_\_\_\_\_  
 INFECCIONES GINECOLÓGICAS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5.- DESEO ANTICONCEPCIÓN ACTUAL:**

MÉTODO ELECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO PREVISTO (APROX.): \_\_\_\_\_

**6.- EXPLORACIÓN:**

TALLA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ T.A.: \_\_\_\_\_  
 GINECOLÓGICA: \_\_\_\_\_ MAMAS: \_\_\_\_\_ CITOLOGÍA: \_\_\_\_\_  
 ANALÍTICA: \* Hemograma: \_\_\_\_\_  
 \* Glucemia: \_\_\_\_\_ \* Creatinina: \_\_\_\_\_ \* Ácido Úrico: \_\_\_\_\_  
 \* Sistemático de orina: \_\_\_\_\_  
 \* Serología: lúes \_\_\_\_\_ rubéola \_\_\_\_\_ toxoplasma \_\_\_\_\_  
 VIH \_\_\_\_\_ Antígeno Australia \_\_\_\_\_  
 \* Grupo sanguíneo y Rh: \_\_\_\_\_

**7.- TRATAMIENTO HORMONAL INSTAURADO:** \_\_\_\_\_

**8.- FECHA DE LA PRÓXIMA REVISIÓN:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**9.- OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_