



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL
ASESORAMIENTO
ANTICONCEPTIVO]**

Autor/a: Jennifer Aguado Rodríguez

Tutor/a: M^a Pilar Calvo del Valle

Resumen

La anticoncepción es cualquier método o dispositivo que se utiliza para prevenir el embarazo. Existen gran variedad de métodos anticonceptivos con propiedades diferentes para que se adecuen a cada mujer o pareja.

El personal sanitario tiene una gran influencia en la elección del método anticonceptivo, por lo que debe de conocer las características y la eficacia de los diferentes métodos. Además, se deben de tener en cuenta criterios personales y los propios del método, con el fin de que se tomen decisiones informadas.

En este trabajo se describen los distintos métodos anticonceptivos, su eficacia y sus indicaciones, para facilitar la toma de decisiones de la mujer, a través del adecuado asesoramiento por parte del personal de enfermería. El consejo contraceptivo se debe realizar basándose en los Criterios de elegibilidad de la O.M.S. como herramienta de trabajo que proporciona recomendaciones con las últimas evidencias científicas, catalogando y clasificando cada método por categorías, en cuanto a su indicación o contraindicación y en función de la situación o factor personal de la mujer.

Teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad de la O.M.S., se analizan las situaciones o factores personales más comunes de las mujeres, que pueden suponer motivo de consulta y se elabora como herramienta de trabajo para el profesional de enfermería tablas por colores basadas en los criterios de elegibilidad de la O.M.S. para facilitar el consejo contraceptivo y poder ofrecer información equilibrada y objetiva de cada método y así cada mujer o pareja escoja el más idóneo, consiguiendo un óptimo estado de salud.

Palabras claves: métodos anticonceptivos y consejo/asesoramiento anticonceptivo.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA	4
4. DESARROLLO DEL TEMA	5
-Clasificación de los métodos anticonceptivos.	5
-Criterios de elegibilidad y Consejo contraceptivo	15
-Asesoramiento anticonceptivo en situaciones especiales.	17
5. CONCLUSIONES	23
6. BIBLIOGRAFÍA	24
7. ANEXOS	26
Tabla 1. Índice de Pearl.....	27
Tabla 2. Progestágenos utilizados en la anticoncepción hormonal combinada.	27
Tabla 3. Anticoncepción solo con gestágenos comercializados en España.	28
Tabla 4. Criterios de elegibilidad para los anticonceptivos hormonales combinados.	28
Tabla 5. Criterios de elegibilidad para los anticonceptivos solo con progestágenos (AGS) y para DIU.	30

ABREVIATURAS

AHC: anticoncepción hormonal combinada.
AOC: anticoncepción oral combinada.
AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito
AVC: anillo vaginal anticonceptivo combinado.
AIC: anticonceptivos inyectables combinados.
AOSG: anticoncepción oral solo con gestágenos.
ASG: anticoncepción solo con gestágenos.
DMO: densidad mineral ósea.
DIU-CU: dispositivo intrauterino de cobre.
DIU-LNG: dispositivo intrauterino de levonorgestrel.
FSH: hormona folículo estimulante.
HDL: lipoproteína de alta densidad.
IMC: Índice de masa corporal.
ITS: Infecciones de transmisión sexual.
LH: hormona luteinizante.
NE: enantato de noretisterona.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PAC: parche anticonceptivo combinado
SAMFyC: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
SEC: Sociedad Española de Contracepción.
SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
TA: tensión arterial.

1. JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar los intervalos de tiempo de los embarazos, mediante la aplicación de los métodos anticonceptivos y las técnicas de reproducción asistida. La planificación familiar, además de ser un derecho, es una actividad preventiva, ya que en el año 2011 el 40% de los embarazos fueron no deseados o planificados según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según la OMS alrededor de 255 millones mujeres desean posponer o detener la procreación, pero la mayoría no usa ningún método anticonceptivo. Por ello, tanto la promoción de la planificación familiar como el acceso a métodos anticonceptivos son necesarios para favorecer el bienestar y la autonomía de las mujeres. Además de que ayuda a prevenir la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), disminuir los embarazos en adolescentes y reducir la mortalidad infantil. (1)

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente relacionados con la dignidad de la persona y con el libre desarrollo de la personalidad por lo que son protegidos a través de derechos fundamentales.

La legislación española recoge (según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo): “los servicios públicos garantizan el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia ha sido avalada por la evidencia científica, incluyéndolo en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.” (2)

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información en este campo, no sólo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres y las mujeres, sino que es además un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar. (3)

Los métodos anticonceptivos son dispositivos, acciones o medicamentos que se utilizan para evitar la concepción o un embarazo viable. No todas las mujeres y parejas pueden

usar todos los tipos de anticonceptivos, ya que se debe de tener en cuenta criterios sociales, médicos y personales, así como considerar la situación de la persona, las ventajas e inconvenientes y las preferencias del usuario.

Tras la encuesta del año 2016 sobre anticoncepción realizada por la Sociedad Española de Contracepción (SEC), conocemos que el 24,7% de las mujeres en edad fértil no utilizan ningún método anticonceptivo, aunque solo el 10% de total tienen riesgo real de quedarse embarazadas. A diferencia de otros años, el uso de anticoncepción hormonal está aumentando, aunque el preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más frecuente. (4)

Según el observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC, el personal sanitario incluyendo como tal, ginecólogos, matronas, enfermeras y médicos de familia, influye en un 40,1% en la elección definitiva del método anticonceptivo. Los profesionales ayudan a la toma de esta decisión basándose en su experiencia profesional y en la evidencia científica disponible. (4)

El consejo anticonceptivo es una práctica sanitaria, en la que se aporta “información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductivo” y en ello tiene un papel fundamental los profesionales de enfermería, realizando un asesoramiento anticonceptivo y educación sanitaria basada en las últimas recomendaciones y evidencias científicas publicadas.

2. OBJETIVOS

GENERAL:

- Analizar los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos según la última evidencia científica, para que los profesionales de enfermería dispongan de herramientas al realizar el asesoramiento contraceptivo.

ESPECÍFICOS:

- Conocer los diferentes métodos anticonceptivos y su eficacia.
- Describir los criterios de elegibilidad anticonceptiva según O.M.S.
- Aplicar en situaciones especiales muy comunes de la mujer el consejo contraceptivo individualizado.

3. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos planteados, el método de investigación se basa en la búsqueda bibliográfica en bibliotecas de revisión sistemática de artículos, en guías de anticoncepción y en las sociedades científicas más relevantes relacionadas con la anticoncepción, de los últimos diez años, introduciendo las palabras clave: métodos anticonceptivos y consejo / asesoramiento contraceptivo.

Las bibliotecas de revisión de artículos consultadas han sido: Cochrane, Dialnet y Cuiden.

Las sociedades científicas más relevantes relacionadas con la anticoncepción a nivel nacional e internacional consultadas han sido: la Sociedad Española de Contracepción (SEC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). No obstante, la revisión bibliográfica se centró principalmente en la última edición de los criterios de elegibilidad descritos por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), actualizada en 2015. Asimismo, se ha revisado documentación práctica para profesionales sanitarios, con el fin de hacer un asesoramiento anticonceptivo correcto e individualizado.

Por último, se han consultado las guías clínicas Fisterra, más concretamente la guía de anticoncepción Fisterra publicada y actualizada su última revisión en marzo 2017 y las últimas guías consensuadas publicadas en 2013 por la SEGO/SEC sobre anticoncepción.

4. DESARROLLO DEL TEMA

-Clasificación de los métodos anticonceptivos.

Uno de los factores que se debe tener en cuenta antes de asesorar es la eficacia. Este parámetro se mide mediante el Índice de Pearl, que mide el porcentaje de embarazos no deseados que se producen al año de uso del contraceptivo por cada 100 mujeres. Se consideran dos parámetros: la eficacia teórica, que es aquella donde las condiciones son óptimas con un uso perfecto del método y la efectividad o eficacia real, que es la capacidad de impedir la gestación en condiciones reales de uso, condicionada por posibles fallos del ser humano en la utilización del método. (Tabla 1) (5)

1. MÉTODOS NATURALES

Este tipo de métodos se basan en el conocimiento de la fisiología de la ovulación determinando que días son fértiles durante su ciclo menstrual. Por lo que requiere un aprendizaje y un entrenamiento por parte de la mujer, aunque generalmente este tipo de métodos son poco fiables.

La fase fértil de ciclo menstrual de la mujer es el comprendido entre los 6 días antes de la ovulación y un día antes de la misma. Existe dificultad para averiguar ese día por lo que se crean márgenes de seguridad para que los métodos naturales sean más eficaces.

Para saber qué días determinan es fase se utilizan diferentes métodos:

1. 1 **Método del ritmo:** se utilizan fórmulas para calcular los periodos de máxima fertilidad del ciclo. El gran inconveniente de este método es que limita mucho las relaciones sexuales. Para ello se necesita:
 - a) Tomar nota de la duración de 12 ciclos consecutivos.
 - b) Restar 19 al ciclo más corto: primer día fértil.
 - c) Restar 10 al ciclo más largo: último día fértil.

d) Se puede realizar el coito antes del primer día fértil y después del último día fértil.

1.2 **Método del moco cervical:** en este método podemos diferenciar cuatro fases que determinan los días fértiles y los días más seguros para mantener relaciones sexuales. El índice de Pearl es de 5,7%.

Fase 1: días secos, la secreción es nula y aparece inmediatamente después de la menstruación.

Fase 2: aumento progresivo de la secreción

Fase 3: la secreción es abundante y clara y nos indica que la ovulación se va a producir. El último día en el que la secreción es de este tipo se le llama pico y a las 24-48h se produce a ovulación.

Fase 4: la secreción se vuelve más espesa hasta la sequedad. En esta fase se considera que las relaciones son seguras.

1.3 **Método de la temperatura basal:** este método consiste en medir y registrar la temperatura basal tomada por vía bucal o rectal durante un periodo mínimo de 3 meses. El aumento de temperatura se produce por un aumento de la progesterona tras 24-48h de la ovulación.

Este método exige un gran disciplina de la mujer: debe tomarse la temperatura por la mañana, siempre a la misma hora y tras haber dormido 6 - 8 horas. Aunque también hay que tener en cuenta que la temperatura puede estar modificada por otros aspectos. Se estima un índice de Pearl de 0,8%.

1.4 **Método sintotérmico:** se combinan varios métodos para determinar la fecha de ovulación que incluye los síntomas de ovulación (hipersensibilidad en los pezones, hinchazón abdominal y mamaria, aumento de irritabilidad, dolor en el hipogastrio), la temperatura basal, ritmo y método del moco cervical.

Estos síntomas de ovulación sirven de apoyo para diagnosticar la ovulación. Se considera que el primer día “peligroso” está definido por el método ritmo

y por el inicio de la fase 2 del método del moco cervical y el último día “peligroso” se determina por la temperatura basal y por el moco cervical. El índice de Pearl es de 0,4 como efectividad. El valor de la eficacia teórica no se conoce.

1.5 **Método MELA:** la amenorrea que se produce durante el periodo de lactancia puede usarse como método anticonceptivo en el puerperio si se llevan a cabo como criterios: amenorrea, lactancia exclusiva y menos de seis meses de parto. El riesgo de quedarse embarazada es de un 2%, pero en el momento en que se produzcan cambios en la menstruación o se introduzcan nuevos alimentos en la dieta del bebé, este método no sería eficaz. (6)

2. MÉTODOS BARRERA.

Este tipo de métodos se caracterizan porque impiden el contacto entre el óvulo y el espermatozoide, evitando el embarazo.

2.1 **Preservativo masculino:** es el método anticonceptivo más usado en toda España por el temor de infección de VIH. El modo de empleo es sencillo, aunque debemos de dar un buen consejo contraceptivo sobre todo a adolescentes ya que un mal empleo del preservativo disminuye mucho su eficacia. Su índice de Pearl en la eficacia teórica es de 2 y en la efectividad es de 18.

2.2 **Preservativo femenino:** al igual que el anterior tiene una doble visión, una contraceptiva y otra prevención de ITS. Consiste en una vaina de poliuretano que la mujer se inserta en la vagina y con ayuda de un dedo lo introduce hasta el fondo. El índice de Pearl se sitúa en 21 en la efectividad y en 5 en la eficacia teórica.

2.3 **Espermicidas:** son productos químicos que dañan los espermatozoides y que se deben de colocar en la vagina antes del coito. Pueden encontrarse en forma de óvulos, cremas, tabletas y aerosoles. Su acción es limitada, por lo que no se recomienda que se use de manera única, sino que se combine con otros métodos como el preservativo.

Sin combinarlo con otro método, su índice de Pearl es de 28 la efectividad y de 18 en la eficacia teórica.

2.4 **Diafragma:** este dispositivo está formado por un casquete esférico de látex junto con un aro metálico cubierto por este tipo de material. Es necesaria la colaboración del personal sanitario ya que debe de calcular la medida del diafragma. Se coloca entre 2-3h del coito y debe retirarse a las 6 horas después del coito. Suele combinarse con el uso de espermicidas. Para una buena inserción, debe doblarse el aro con los dedos e introducirlo en la vagina siguiendo la pared vaginal posterior. Su índice de Pearl en la efectividad de 12 y en la eficacia teórica es de 6.

2.5 **Esponja vaginal:** trata de un círculo de poliuretano que contiene espermicida y posee una cuerda para facilitar su retirada. Debe mojarse en agua para que el espermicida se active y posteriormente introducirla en la vagina. No se puede retirar antes de las 6h después del coito y la vida de la esponja es de 24h. (6)

3. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Este método anticonceptivo es el más usado en nuestro país después del preservativo.

Se denomina anticoncepción hormonal a cualquier preparado que contenga bien estrógenos más progestágenos o bien sólo un progestágeno que pueda evitar la ovulación. En el primer caso se habla de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) que pueden administrarse de forma oral, en parches o vía vaginal y en el segundo caso de anticoncepción de solo gestágeno (ASG), que se puede administrar por vía oral, la denominada minipíldora, por vía intramuscular como implantes subdérmicos y DIU.

3.1 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA.

Composición: dos hormonas: un estrógeno y un gestágeno.

-Estrógeno: El más utilizado actualmente en la mayoría de los preparados es el etinilestradiol (EE), una molécula sintética derivada del estradiol, con dosis

entre 15 y 35 mcg. Considerando de dosis baja los que contienen menos 30mcg. También existen preparados con un estrógeno natural.

-Progestágeno: Los gestágenos se absorben bien por todas las vías, se eliminan por el riñón y pueden aparecer en leche materna. Se clasifican en: derivados de la progesterona, de la testosterona y de la espironolactona.

La clasificación de los gestágenos en segunda y tercera generación está basada en el momento de su introducción en el mercado.

Según la carga hormonal, los AHC se clasifican los monofásicos, con una cantidad constante de ambas hormonas; en los bifásicos la cantidad del estrógeno y/o del gestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo y los trifásicos aumentan la cantidad de estrógeno a mitad del ciclo, mientras que la concentración de gestágeno es inicialmente baja y aumenta posteriormente. (Tabla 2).

Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación por su acción a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario: el gestágeno inhibe la secreción de LH y el estrógeno actúa a nivel del ovario impidiendo el desarrollo folicular por el bloqueo de la FSH. Además se suman otros efectos coadyuvantes pero menos relevantes: se altera la motilidad y secreción tubárica, se consigue un endometrio poco adecuado para la anidación y se modifica el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. (7)

Vías de administración

- **Vía oral:** los anticonceptivos orales combinados (ACHO) suponen la vía de administración más utilizado por las mujeres. Consiste en la toma de un comprimido que contiene un estrógeno y un gestágeno durante 21 días, seguido de una semana de descanso donde aparece un sangrado por privación hormonal. Aunque existen preparados comercializados con pautas 24/4, pautas de 28 y pautas prolongadas con el fin de adaptarse a las necesidades de la mujer. La primera dosis debe tomarse el primer día de

menstruación y es recomendable que la toma siempre sea a la misma hora. En nuestro país, hay píldoras de diferentes dosis y componentes disponibles, lo que facilita que exista una píldora que se adecue a cada mujer.

Los efectos adversos que provocan ACHO, suelen aparecer los primeros meses y tiende a desaparecer. Entre ellos destacan: mastalgia, acné, HTA, cefalea. Un supuesto efecto adverso que cree la mayoría de las mujeres es el aumento de peso, pero en realidad no existe evidencia científica de ello, aunque supone una barrera a la hora de elegir este método anticonceptivo y en todo caso, hay preparados con drospirenona que atenúa el efecto de retención de líquido.

Además del efecto anovulatorio hay que destacar las ventajas no anticonceptivas que tiene la ACH: prevención y mejoría de la anemia, mejoría del acné y el vello, mejoría de la dismenorrea, disminuye el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y a largo plazo disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio. El índice de Pearl de la píldora combinada es de 2,1.

- **Vía transdérmica:** La administración de preparados hormonales combinados puede también hacerse mediante el parche. Con la absorción cutánea se evita el efecto metabólico del primer paso hepático, por lo que su biodisponibilidad es mayor, permitiendo el uso de dosis más bajas de EE. Está comercializado con el nombre Evra, mide 20 cm² es de color beige contiene 6 mg de norelgestromina (NGMN) y 600 microgramos de etinilestradiol (EE). La matriz del parche libera diariamente 150µ de norelgestromina y 20µ de EE cada 24 horas.

La colocación del parche es sencilla y son poco frecuentes las intolerancias en la zona de aplicación. Se puede aplicar en la zona baja del abdomen, glúteos, parte superior de la espalda y región superior externa del brazo, evitando siempre la zona del pecho. Es recomendable rotar la colocación del parche para evitar la irritación de la piel.

Cada parche debe colocarse en la piel y reemplazarle a los 7 días por otro nuevo, durante 3 semanas consecutivas y descansando la cuarta semana, en la que aparecerá una hemorragia por privación hormonal. La aplicación semanal puede mejorar el cumplimiento frente a la toma diario. Tiene un índice de Pearl de 1,24.

Otro parche comercializado en nuestro país es el parche Lisvy, que contiene gestógeno y etinilestradiol. En el control de calidad del producto del año pasado presentó inestabilidad en su uso en situaciones extremas y hasta solucionar el problema el laboratorio ha decidido retirarlo del mercado. (8)

- **Vía vaginal:** La administración de preparados hormonales combinados puede hacerse a través de un anillo vaginal anticonceptivo comercializado con el nombre de Nuvaring.

El anillo está compuesto por un polímero blando, flexible de vinil acetato de etileno, para uso intravaginal mensual que libera 120 microgramos de etonogestrel y 15 microgramos de etinilestradiol diarios durante 3 semanas.

La capacidad de absorción de la mucosa vaginal permite la utilización de dosis menores por lo que los efectos anticonceptivos son similares a las píldoras y los parches, pero los efectos secundarios son menores.

Se coloca un anillo intravaginal manteniéndolo durante 3 semanas tras las cuales se realiza su extracción de la vagina. Tras una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por privación se coloca un nuevo anillo.

El índice de Pearl es de 1,23 como eficacia real.

El día de la semana de debe de coincidir tanto para colocarlo como para retirarlo. La primera vez que se coloca el anillo vaginal debe de coincidir con el primer día del ciclo. (9)

3.2 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL SOLO CON GESTÁGENOS.

Composición

Una de las opciones anticonceptivas más utilizadas en la actualidad es la anticoncepción con sólo gestágenos (ASG), que abarca una amplia variedad de posibilidades tanto en formas de presentación, vías de administración y composición. Todas ellas comparten la presencia de un gestágeno como componente hormonal único que será el que confiera la eficacia anticonceptiva al producto y evita los efectos secundarios imputables al uso de estrógenos, disminuyendo principalmente el riesgo trombótico que es básicamente estrógeno dependiente. (Tabla 3)

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción reside en la inhibición de gonadotrofinas que impide la maduración del folículo y la ovulación; el espesamiento del moco cervical; disminución de la motilidad tubárica y anulación del efecto de los estrógenos evitando transformaciones del endometrio, el cual adelgaza y se atrofia.

Vías de administración

- **Vía oral:** Se administra durante 28 días sin un periodo de descanso y está en indicado en: mujeres con lactancia maternas (después de 6 semanas del parto), y mujeres con intolerancia o contraindicación para la toma de estrógenos. El índice de Pearl es de 5-10 en la eficacia real.
- **Vía subdérmica:** para esta vía de administración se utiliza el implante subdérmico. Consiste en la inserción de una varilla a nivel subdérmico en la cara interna del antebrazo no dominante. A las 24 horas de la inserción, el implante ya libera gestágenos y es eficaz.

Se encuentra comercializado en nuestro país con el nombre de Implanon, tiene una duración de 3 años en los que libera de forma mantenida etonorgestrel.

Los efectos secundarios a la inserción pueden ser: hematoma, dolor, irritación local y riesgo de infección en el lugar de la inserción.

La causa más frecuente del abandono del método son las alteraciones del patrón de sangrado, ya que se producen hemorragias irregulares o prolongadas hasta en un 50% de usuarias o amenorrea en un 20%.

Su índice de Pearl es 0,05.

- **Vía intramuscular:** El único inyectable con gestágeno comercializado es el que contiene 150 mg de Depoprogevera. Es un método poco utilizado en España, aunque ha aumentado su aplicación por parte de mujeres inmigrantes.

Se administra en los primeros 5 días de ciclos. Se aplica de manera trimestral una inyección intramuscular preferentemente en el glúteo.

Su índice de Pearl es de 3 en la eficacia real.

- **Vía intrauterina:** el dispositivo intrauterino hormonal (DIU-LNG) se introduce a través del cérvix en la cavidad uterina. Existen dos tipos de DIU hormonal:

-*Mirena:* dispositivo con forma de T que libera 52 microgramos de levonorgestrel diariamente, provocando una atrofia endometrial al actuar como cuerpo extraño y espesamiento del moco cervical lo que dificulta el paso de los espermatozoides. Su tiempo de duración es aproximadamente 5 años y debe implantarse en los primeros 7 días del inicio del sangrado menstrual. Tarda 7 días en ser eficaz. (10)

-*Jaydess* es un dispositivo que libera 13,5 mg de levonorgestrel, su tamaño es más pequeño indicado para nulíparas y con una eficacia de 3 años. Su índice de Pearl es de 0,1 en la eficacia real. (11)

4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE (DIU-CU)

Este dispositivo se coloca a través del cérvix en la cavidad uterina. Pueden tener diferentes formas y tamaños, y su duración varía según la carga de cobre que contenga. La liberación de este metal evita la implantación. (6)

5. MÉTODOS DEFINITIVOS

Son aquellos métodos que permiten una anticoncepción permanente en el hombre y en la mujer, de manera irreversible y sin ningún tipo de efecto secundario.

En la mujer, se bloquean las trompas de Falopio para evitar el contacto del óvulo con el espermatozoide. Se realiza la ligadura mediante laparoscopia. Otro método es el dispositivo intratubárico llamado Essure, con forma de espiral o muelle, provoca la oclusión de la trompa y se inserta vía transvaginal. Está indicado para mujeres con deseo firme de contracepción definitiva, aquellas que no deseen someterse a anestesia general y aquellas que no quieran otro tipo de anticoncepción. Otra manera de realizar la ligadura de trompas, es el método Adiana en el cual se produce una microlesión de cada trompa por electrofrecuencia.

En el caso del hombre, la técnica que se realiza es la vasectomía donde se corta y/o liga los conductos deferentes a nivel testicular para evitar que los espermatozoides formen parte del semen. Está considerada una cirugía mayor ambulatoria rápida y sencilla. Para saber si la intervención ha ido correctamente se realiza un seminograma a los 3 meses. (12)

6. ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Utilización de un fármaco después de un coito desprotegido, en la que se ha producido un fallo en el uso del método anticonceptivo habitual, en casos de abusos sexuales o violación y en situaciones de toma de sustancias teratógenas. Es una manera de evitar un embarazo aunque no se debe de considerar en ningún caso como método anticonceptivo habitual. Es accesible y de libre dispensación en farmacia. Debe administrarse lo antes posible hasta las 72 horas del coito de riesgo y la pauta recomendado es una única dosis de 1,5 mg de levonorgestrel. En el caso de que pase más de 72 horas y hasta los 5 días, se puede utilizar por vía oral la molécula 30 mg de acetato de ulipristal, que necesita de prescripción médica para su dispensación. (13)

-Criterios de elegibilidad y Consejo contraceptivo

Con el fin de actualizar la prescripción de los métodos anticonceptivos y la utilización de los mismos de forma segura, en el año 1994 diversas organizaciones colaboraron en una revisión de la evidencia epidemiológica y clínica existente en ese momento de los criterios de elegibilidad. Dos años más tarde, la OMS publicó el documento llamado Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Con posterioridad a esta fecha se han realizado revisiones y se han actualizado las recomendaciones, siendo la última actualización del 2015. (3)

Los criterios de elegibilidad suponen una herramienta que facilita al personal de enfermería la toma de decisiones en el asesoramiento anticonceptivo. Este documento no proporciona normas estrictas sino recomendaciones basadas en la evidencia científica que favorezca un consejo contraceptivo correcto. Establece cuatro categorías según el riesgo que conlleva utilizar cada método anticonceptivo en cada situación.

- Categoría 1. No hay restricción; se puede usar en cualquier circunstancia.
- Categoría 2. Las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos; habitualmente se puede usar.
- Categoría 3. Los riesgos normalmente superan a las ventajas; no se recomienda su uso salvo si no hay disponibles otros métodos mejores, y por su puesto requiriendo un seguimiento más cuidadoso.
- Categoría 4. Su uso representa un riesgo inaceptable para la salud; no debe usarse bajo ningún concepto. (14)

CATEGORIA	CON JUICIO CLINICO	CON JUICIO CLINICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí, use el método
2	En general, use el método.	Sí, use el método
3	No se recomienda el método, a menos que no se disponga de otros más apropiados o no sean aceptables.	No use el método
4	No use el método.	No use el método

La adopción de un método anticonceptivo es una opción individual, puesto que no existe un método de aplicación universal.

En el momento de recomendar un método anticonceptivo, se debe de tener en cuenta:

-Factores dependientes de la mujer: para que la eficacia teórica del método se asemeje a la eficacia en el uso se debe de valorar la frecuencia y el tipo de relaciones, el objetivo de la contracepción, el cumplimiento por parte de la usuaria. Además existen factores personales que influyen en la elección del método anticonceptivo como patologías, hábitos tóxicos, edad, estado de salud actual de la usuaria.

-Factores dependientes del método:

1) Eficacia. Es la capacidad de un método anticonceptivo para impedir la gestación y se mide con el Índice de Pearl.

2) Seguridad. Es la capacidad de alterar positiva o negativamente la salud de la usuaria. Efectos secundarios, tanto beneficiosos como adversos. Si los riesgos superan a los beneficios esta desaconsejado su uso.

3) Reversibilidad. Es la capacidad de recuperar la actividad reproductiva al interrumpir un método. Todos son reversibles salvo la esterilización.

4) Posibles efectos beneficiosos añadidos no contraceptivos.

5) Facilidad o complejidad de uso. Si es muy complejo disminuye la efectividad.

6) Relación con el coito.

7) Precio.

(13)

-Asesoramiento anticonceptivo en situaciones especiales.

1) EDAD

La edad es un factor a tener en cuenta en el asesoramiento anticonceptivo, porque puede ser un factor de riesgo en determinadas circunstancias y/o con determinados hábitos tóxicos y comportamientos sexuales.

Con respecto a la AHC, en todas sus vías de administración las mujeres menores de 40 años, pueden utilizar este tipo de anticoncepción. Aunque es favorable que la ACHO en adolescentes sea de dosis altas para evitar que la densidad mineral ósea (DMO) disminuya. En general, las mujeres mayores de 40 años también pueden utilizar AHC, siempre que no haya asociado un factor de riesgo que lo contraindique, aunque su uso puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La ASG también es una buena elección a cualquier edad aunque hay estudios que demuestran una disminución de la DMO a lo largo del tiempo entre las usuarias de inyectables de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), aunque se vuelve a recuperar tras interrumpir su uso.

Tampoco está contraindicado el uso de DIU-CU como DIU-LNG, aunque en mujeres menores de 20 años, existe preocupación en su uso por el riesgo de expulsarlo debido a la nuliparidad como por las ITS causadas por la conducta sexual entre grupos más jóvenes.

Todos los métodos barreras pueden ser utilizados a cualquier edad, siendo altamente recomendables en adolescentes y personas sin pareja estable. Otra opción es la esterilidad quirúrgica, la cual debe de ser explicada de manera exhaustiva a todas las mujeres debido a irreversibilidad del método.

En conclusión, la elección del método anticonceptivo debe ser individualizada adaptándose tanto a la edad como a las características de la vida sexual de las mujeres. A las mujeres sin pareja estable se les recomienda el doble método. Mientras que a las mujeres en edad adulta y con pareja estable, se les recomienda métodos anticonceptivos de larga duración.

2) TABAQUISMO

El tabaquismo es un hábito tóxico que se debe de tener en cuenta a la hora del asesoramiento anticonceptivo. Las mujeres fumadoras menores de 35 años se cataloga como categoría 2 según los criterios de elegibilidad. En cambio cuando las mujeres que superan esta edad, se debe de valorar el número de cigarrillos que fuman al día: si fuman <15 cigarrillos/día, no está recomendado el uso de AHC clasificándose 3 y si fuman > 15cigarrillos/día, está contraindicado el uso de AHC al considerarlo categoría 4.

No se recomienda este tipo de anticoncepción en mujeres fumadoras porque tienen más riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, en especial el infarto de miocardio. Este riesgo aumenta a medida que aumentan los cigarrillos por día.

Para el resto de métodos anticonceptivos, como ASG, DIU, métodos barrera, la mujer tiene libre elección para elegir el que más se adecue a sus necesidades.

En conclusión, si la mujer fumadora es menor de 35 años puede considerar cualquier método contraceptivo. En caso de optar por AHC es necesario informar a la paciente de la importancia del abandono del hábito tabáquico. Si la mujer fumadora es mayor de 35 años, el uso de AHC está contraindicado por considerarse categoría 4. Es adecuado cualquier otro método anticonceptivo.

3) DIABETES MELLITUS

Uno de los trastornos endocrinos más importantes y frecuentes en la sociedad es la Diabetes Mellitus. Dependiendo de si la enfermedad está controlada o no, se usan unos métodos anticonceptivos u otros.

La AHC es una buena elección en mujeres que hayan padecido diabetes gestacional y en caso de mujeres insulino/no-insulino dependientes, ya que el efecto es limitado en los requerimientos de la insulina. Se cataloga con categoría 3 y 4 en mujeres con alguna complicación como nefropatía, retinopatía o neuropatía y en mujeres con otra enfermedad vascular o una evolución de la diabetes de más de 20 años.

La ASG es eficaz en mujeres que hayan tenido diabetes gestacional o en mujeres insulino/no-insulino dependientes ya que tienen poco efecto en el control a corto o largo plazo de la diabetes.

Incluso, en general, las mujeres con complicaciones o con otra enfermedad vascular lo pueden usar, excepto los que están formados por AMPD, el cual está contraindicado por la evidencia de una disminución de la HDL y los efectos hipoestrogénicos.

El uso del DIU está permitido en todas las modalidades de la enfermedad, aunque el DIU de levonorgestrel posee una categoría 2 por ser un método hormonal.

Con respecto a la esterilidad quirúrgica de las mujeres diabéticas, se debe realizar en lugares especializados con cirujanos y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo. Existe un mayor riesgo de infección de la herida y suelen ser más propensas a sufrir complicaciones.

Como conclusión, cuando la paciente tiene la diabetes controlada, sin complicaciones ni factores de riesgo puede usar cualquier tipo de método anticonceptivo. Mientras que en caso de complicaciones u otras enfermedades vasculares, la anticoncepción hormonal combinada está contraindicada.

4) HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Para este trastorno cardiovascular es muy importante evaluar la presión arterial, aunque en muchos casos esto no es posible debido a factores geográficos, económicos...

La AHC en mujeres hipertensas está catalogado con categoría 3 y 4 en todas las modalidades de la enfermedad ya esté controlada o no la tensión arterial (TA), o exista o no una enfermedad vascular. Esta contraindicación se debe a que las mujeres hipertensas tienen más riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio que aquellas que no utilizan AHC.

En cambio, la ASG se puede recomendar en mujeres hipertensas controladas o no. En aquellos lugares donde la TA no puede evaluarse y la morbilidad en el embarazo es alta, se puede recomendar ASG catalogada con categoría 2. Este tipo de anticoncepción, concretamente los inyectables de AMPD, no puede usarse cuando los

niveles de presión arterial con mayores de 160/100 y cuando existe una enfermedad vascular, debido al efecto hipoestrogénico y a la disminución de la HDL.

Tanto el DIU de cobre como el de levonorgestrel y los métodos barreras son una buena elección de anticoncepción para las mujeres hipertensas.

En el caso de que se desee una esterilización quirúrgica, la TA debe de estar controlada antes de la cirugía para evitar riesgo con la anestesia y durante la intervención debe de estar monitorizada para vigilar la TA.

Como conclusión:

- Si PAS 140-159 o PAD 90-99: El uso de AHC no está recomendado, categoría 3. Considerar DIU, APS o métodos barrera.
- Si PAS >160 o PAD >100: El uso de AHC está contraindicado: categoría 4.
- Con enfermedad vascular: El uso de AHC está contraindicado: categoría 4.

5) OBESIDAD

La obesidad se está convirtiendo en una de las enfermedades más graves de la sociedad debido a que es un factor de riesgo para muchas patologías y la edad con la que se desarrolla es cada vez más temprana. Por ello se debe de tener en cuenta la edad y el Índice de Masa Corporal (IMC).

Las mujeres obesas con IMC >30 Kg/m o menores de 18 años con un IMC >30 Kg/m pueden utilizar la AHC considerada categoría 2, ya que las ventajas son mayores que los inconvenientes. Uno de estos inconvenientes es que tienen mayor riesgo de producir un tromboembolismo.

Tanto la APS como el DIU suponen una buena elección en las mujeres obesas, considerando ambos métodos como categoría 1 para estas mujeres. Aunque se le otorga una categoría 2 al AMPD, ya que su uso en adolescentes obesas provoca un aumento de peso a diferencia de aquellas que no lo usan, cosa que no ocurre en la fase adulta.

Los métodos barreras también están recomendados, aunque en obesidad grave puede existir dificultad en la colocación del diafragma y del capuchón.

Finalmente, en caso de que se prefiera la esterilidad quirúrgica, se debe de informar a la paciente que puede resultar un procedimiento difícil, existiendo mayor riesgo de infección y de complicaciones.

6) CÁNCER DE MAMA

El cáncer más común entre las mujeres es el cáncer de mamá, es un tumor hormono-dependiente, por tanto las mujeres con un cáncer de mama no pueden utilizar ningún método anticonceptivo hormonal, ya sea AHC, ASG o incluso el DIU de levonorgestrel estando catalogados con categoría 4). Si la mujer tuvo en un pasado cáncer de mama y ha estado inactivo durante 5 años, no se recomienda la anticoncepción hormonal clasificada con categoría 3.

En el caso de que la mujer tenga un nódulo sin diagnosticar, una enfermedad benigna de mama o tenga antecedentes familiares de cáncer puede usar cualquier tipo de anticoncepción hormonal, sin existir riesgo de padecer la enfermedad (categoría 1 y 2).

La esterilización quirúrgica esta aceptada en todos los casos mencionados anteriormente, aunque se debe de tener un especial cuidado en mujeres que actualmente padezcan un cáncer de mama.

En resumen, la anticoncepción hormonal está contraindicada en el cáncer de mama y recomendable el DIU de cobre y los métodos barrera.

7) LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el alimento ideal en los primeros 6 meses del recién nacido, pero se hace necesario durante este periodo compatibilizar las necesidades contraceptivas de la madre y la lactancia materna

Existe una cierta preocupación con los métodos anticonceptivos hormonales y el miedo a que se transmita al bebé a través de la leche, o que pueda afectar a la calidad o cantidad de leche producida.

En las primeras 6 semanas post-parto, está contraindicado AHC catalogado con categoría 4 porque algunos estudios han demostrado posibles efectos nocivos en la producción y en la composición de la leche. Tampoco está recomendado el uso de ASG en este periodo debido a una cierta preocupación teórica, donde los recién nacidos expuestos a hormonas esteroideas tienen efectos en el desarrollo del cerebro, aunque solo se ha encontrado evidencia en animales.

Tras las 6 semanas de parto, la categoría de AHC baja a categoría 3 y ASG disminuye a categoría 2, por tanto, es recomendable mientras se mantenga la lactancia materna, en caso que la mujer o pareja deseen AH aconsejar ésta última, asesorando sobre el patrón de sangrado

(14) (5) (15)

5. CONCLUSIONES

La elección por parte de la pareja de un determinado método anticonceptivo es una opción voluntaria ante las ventajas y los inconvenientes que éste representa respecto a los demás.

Por lo tanto, es necesario dar una información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos para que se produzca una elección informada y objetiva, teniendo en cuenta las características de los usuarios. Esta información debe de incluir: eficacia contraceptiva del método, uso correcto, como funciona, efectos secundarios, riesgos y beneficios del uso, información sobre el retorno a la fertilidad e información sobre las ITS.

El objetivo principal del consejo contraceptivo es que la mujer obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados.

El profesional de enfermería, es el personal sanitario más cercano a las mujeres y puede influir en la decisión que ésta tome, pero para ello, debe tener herramientas de fácil manejo y siempre basadas en las últimas evidencias científicas disponibles, que faciliten el asesoramiento, información y seguimiento anticonceptivo adecuado de las mujeres y sus parejas.

Tras el análisis de los distintos métodos y los criterios de elegibilidad de la OMS descritos en este trabajo, una de las herramientas que podría facilitar el consejo contraceptivo al profesional de enfermería, sería poder disponer de tablas de manejo sencillo en las consultas de enfermería, con la aplicación de los criterios de elegibilidad por colores, donde el verde correspondería a la categoría 1, sin restricción; la categoría 2 aparecería en color amarillo, donde los beneficios superan los riesgos; en naranja la categoría 3, donde los riesgos superan los beneficios y en rojo la categoría 4, la cual refiere contraindicación, como en las tablas que aparecen en los anexos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet].; 2016 [citado 13 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
2. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. [Internet].; 2010 [citado 15 Ene 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>.
3. Organización Mundial de la Salud. [Internet].; 2005 [citado 5 Feb 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43150/1/9243562665_spa.pdf.
4. Observatorio de la salud sexual de la SEC. [Internet].; 2016 [citado 15 Feb 2017]. Disponible en: http://sec.es/descargas/OBS_EncuestaAnticoncepcion2016.pdf.
5. Sociedad Española de Contracepción. Documentación del grupo de revisión bibliográfica. [Internet]. [citado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/101/img/sec.pdf>.
6. SAMFyC. Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. [Internet]. [citado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2009001.pdf>.
7. Fisterra. Guía de anticoncepción hormonal. [Internet].; 2017 [citado 13 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-anticoncepcion-hormonal/>.
8. España retira cientos de parches anticonceptivos Lisvy defectuosos. Redacción Médica. 2016 Octubre.
9. Sociedad Española de Contracepción. Protocolo de Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal. [Internet].; 2013 [citado 28 Feb 2017]. Disponible en: <http://sec.es/>.
10. Sociedad Española de Contracepción. Protocolo de anticoncepción solo con gestágenos. [Internet]. [citado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://sec.es/>.
11. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Ficha técnica. [Internet]. [citado 1 Mar 2017]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/77169/77169_p.pdf.
12. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores. [Internet].; 2011 [citado 2 Mar 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf.
13. Federación de Asociaciones de Matrona de España. Curso online de Actualización en Anticoncepción para matronas. [Internet].; 2016 [citado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.curso-anticoncepcion-matronas.es/>.

14. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. [Internet].; 2009 [citado 15 Mar 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44710/1/9789243563886_spa.pdf.
15. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. [Internet].; 2015 [citado 29 Mar 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1.

7. ANEXOS

Tabla 1. Índice de Pearl.	27
Tabla 2. Progestágenos utilizados en la anticoncepción hormonal combinada.	27
Tabla 3. Anticoncepción solo con gestágenos comercializados en España.	28
Tabla 4. Criterios de elegibilidad para los anticonceptivos hormonales combinados. ...	28
Tabla 5. Criterios de elegibilidad para los anticonceptivos solo con progestágenos (AGS) y para DIU.	30

Tabla 1. Índice de Pearl.

Elaboración propia. Fuente: Guía clínica de anticoncepción hormonal Fisterra.

	% ANUAL DE FALLOS DE USO	% FALLOS TEORICOS ANUALES (USO PERFECTO)	% DE MUJERES QUE CONTINUAN UTILIZANDO EL MÉTODO DESPUES DEL 1ª AÑO.
AHC y minipíldora	9%	0.3%	67%
Parche transdérmico	9%	0.3%	67%
Anillo vaginal	9%	0.3%	67%
Inyectable	6%	0.2%	56%
Implante subdérmico	0.05%	0.05%	84%

Tabla 2. Progestágenos utilizados en la anticoncepción hormonal combinada.

Elaboración propia. Fuente: Guía clínica de anticoncepción hormonal Fisterra.

DERIVADOS DE LA TESTOSTERONA	1ª Generación: ESTRANOS	Noretisterona Dienogest Acetato de noretindrona
	2ª Generación: GONANOS ANDROGÉNICOS	Norgestrel Levonorgestrel
	3ª Generación: GONANOS NO ANDROGÉNICOS	Desogestrel Gestodeno Etonogestrel
DERIVADO DE LA PROGESTERONA	PREGNANOS	Acetato de ciproterona Clormadinona Nomegestrol
DERIVADO DE LA ESPIRONOLACTONA		Drospirenona

Tabla 3. Anticoncepción solo con gestágenos comercializados en España.
Elaboración propia. Fuente: Guía clínica de anticoncepción hormonal Fisterra.

TIPO DE ADMINISTRACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	PROGESTÁGENO	DOSIS
ORAL	Cerazet Azalia Nacrez Desopop	Desogestrel	75mcg
IMPLANTE SUBDÉRMICO	Implanon (3 años)	Etonogestrel	68mg (1 varilla)
	Jadelle (3-5 años)	Levonorgestrel	150mg (2 varillas con 75 mg cada una)
INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	Depo-Progevera	Acetato de medroxiprogesterona (AMPD)	150mg

Tabla 4. Criterios de elegibilidad para los anticonceptivos hormonales combinados.

Elaboración propia. Fuente: Criterios de elegibilidad según OMS.

	AOC	PAV	AVC	AIC
EDAD				
Menarquia < 40 años	1	1	1	1
> 40 años	2	2	2	2
TABAQUISMO				
Edad < 35 años	2	2	2	2
Edad >35 años < 15 cig/día	3	3	3	2
Edad >35 años >15cig/día	4	4	4	3
OBESIDAD				
IMC > 30 kg/m	2	2	2	2
Menarquia a < 18 años e IMC > 30 kg/m	2	2	2	2
HTA				
HTA no evaluable	3	3	3	3
HTA evaluable	3	3	3	3
Niveles de presión 140-159/ 90-99	3	3	3	3
Niveles de presión >160/100	4	4	4	4
Enfermedad vascular	4	4	4	4
CÁNCER DE MAMÁ				
Nódulo sin diagnosticar	2	2	2	2

Enf. Benigna de mamá.	1	1	1	1
Historia familiar de cáncer.	1	1	1	1
Cáncer de mamá : Actual	4	4	4	4
Cáncer de mamá pasado e inactivo	3	3	3	3
DIABETES				
Historia de enf. Gestacional.	1	1	1	1
Enf. No vascular No-insulinodependiente	2	2	2	2
Enf. No vascular Insulinodependiente	2	2	2	2
Nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4	3/4	3/4	3/4
Otra enf. Vascular o diabetes de > 20 años	3/4	3/4	3/4	3/4
LACTANCIA MATERNA				
< 6 semanas posparto	4	4	4	4
>6 semanas posparto a < 6 meses posparto	3	3	3	3
> 6 meses de posparto	2	2	2	2

AOC: anticonceptivos orales combinados.

PAC: parche anticonceptivo combinado

AVC: anillo vaginal anticonceptivo combinado.

AIC: anticonceptivos inyectables combinados.

VERDE: categoría 1.

AMARILLO: categoría 2.

NARANJA: categoría 3.

ROJO: categoría 4.

Tabla 5. Criterios de elegibilidad para los anticonceptivos solo con progestágenos (AGS) y para DIU.

Elaboración propia. Fuente: Criterios de elegibilidad según OMS.

	AGS			DIU	
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	DIU-CU	DIU-LNG
EDAD					
Menarquia < 20 años	1	2	1	2	2
> 20 años	1	2	1	1	1
TABAQUISMO					
Edad < 35 años	1	1	1	1	1
Edad >35 años <15 cig/día	1	1	1	1	1
Edad >35 años >15cig/día	1	1	1	1	1
OBESIDAD					
IMC > 30 kg/m	1	1	1	1	1
Menarquia a < 18 años e IMC > 30 kg/m	1	1	1	1	1
HTA					
HTA no evaluable.	2	2	2	1	2
HTA evaluable.	1	2	1	1	1
Niveles de presión 140-159/ 90-99	1	2	1	1	1
Niveles de presión >160/100	2	3	2	1	2
Enfermedad vascular.	2	3	2	1	2
CÁNCER DE MAMÁ					
Nódulo sin diagnosticar	2	2	2	1	2
Enf. Benigna de mamá.	1	1	1	1	1
Historia familiar de cáncer.	1	1	1	1	1
Cáncer de mamá : Actual	4	4	4	1	4
Cáncer de mamá pasado e inactivo	3	3	3	1	3
DIABETES					
Historia de enf. Gestacional.	1	1	1	1	1
Enf. No vascular No- insulinodependiente	2	2	2	1	2
Enf. No vascular Insulinodependiente	2	2	2	1	2
Nefropatía/Retinopatía/ Neuropatía	2	3	2	1	2
Otra enf. Vascular o diabetes de > 20 años	2	3	2	1	2

LACTANCIA MATERNA					
< 6 semanas posparto	3	3	2		1
>6 semanas posparto a < 6 meses posparto	1	1	1		
> 6 meses de posparto	1	1	1		

AOPS: anticonceptivos orales de progestina sola.

D: inyectables acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD).

NE: inyectables enantato de noretisterona (EN-NET)

LNG/ETN: implantes de levonorgestrel y etonogestrel.

DIU-CU: dispositivo intrauterino de cobre.

DIU-LNG: dispositivo intrauterino de levonorgestrel.

VERDE: categoría 1.

AMARILLO: categoría 2.

NARANJA: categoría 3.

ROJO: categoría 4.