

BOLETÍN



DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

ATENCIÓN PRIMARIA. CANTABRIA

AÑO XII

NÚMERO 3 (Trimestral)

SEPTIEMBRE 2004

Autor: Rafael del Barrio Hierro (*)
Revisores: Silvia Casado Casuso (**), José Estévez
Tesouro (***) y J. Domingo Álvarez González (****)

SUMARIO

NUEVOS METODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL:

Introducción: pág 1

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS:

Anillos vaginales: pág 3

Parche transdérmico: pág 4

ANTICONCEPTIVOS CON PROGESTÁGENO SOLO:

Implantes subcutáneos: pág 4

DIUs medicados: pág 5

Minipíldora: pág 6

La contracepción hormonal constituye, después del preservativo, el principal método de anticoncepción en España.

En los últimos años, se han comercializado nuevas presentaciones que aportan nuevas vías de administración (implantes subcutáneos, anillos vaginales, etc.), así como una posología diferente a los anticonceptivos orales.

El objetivo del presente boletín es realizar una clasificación de los métodos anticonceptivos hormonales disponibles en nuestro país, incorporando los comercializados recientemente y realizando una breve descripción de los mismos.

NUEVOS METODOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

INTRODUCCION

En las últimas décadas, se han producido avances significativos en el desarrollo de nuevos sistemas de anticoncepción hormonal. Desde la comercialización de la primera píldora anticonceptiva hace más de 30 años, se ha ampliado de forma notoria la oferta anticonceptiva disponible.

La contracepción hormonal constituye el método más universal empleado para el control de la fertilidad. Esto se debe a que ofrece un perfil de seguridad y eficacia muy elevado.

En la actualidad, se tiende a clasificar los anticonceptivos hormonales en dos grandes grupos:

- Anticonceptivos combinados, que contienen un estrógeno y un progestágeno: **Tabla 1.**
- Anticonceptivos de progestágeno solo, los cuales no contienen estrógeno: **Tabla 2.**

Dentro de estas dos categorías, los métodos difieren ya sea en el tipo y dosis hormonal, como en el modo de administración (píldoras, inyectables, implantes, dispositivos intrauterinos, anillos vaginales, parches transdérmicos) y en la duración de acción.

La eficacia de un método anticonceptivo se mide con el **Índice de Pearl (IP)**: número de embarazos por 100 mujeres en tratamiento por año.

La aparición de un embarazo no deseado con el uso de anticonceptivos puede ser debido a fallos del propio método o a fallos de la usuaria. Por eso se distingue entre IP en "uso perfecto" y en "uso típico". Este índice se usa para comparar los distintos métodos, pero es impreciso (la eficacia aumenta con el tiempo de uso y al disminuir la fertilidad de una población). **Tabla 3.**

* Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

** Farmacéutica de Área. GAP Santander-Laredo.

*** Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Comarcal Sierrallana.

**** Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Centro de Orientación Familiar "La Cagiga".

Finalmente, debemos recordar que el uso de estos métodos puede ir en detrimento de la adopción del preservativo como método capaz de prevenir simultáneamente el embarazo no

deseado y la transmisión de enfermedades infecciosas como el SIDA.

TABLA 1: COMBINACIONES DE ESTRÓGENO/PROGESTÁGENO

Especialidad	Estrógeno	Progestágeno
FORMAS ORALES		
NEOGYNONA® OVOPLEX®	Etinilestradiol (50 mcg)	Levonorgestrel 250 mcg Levonorgestrel 250 mcg
MICROGYNON® OVOPLEX 30/150®* MICRODIOL® GYNOVIN® MINULET® YASMIN®	Etinilestradiol (30 mcg)	Levonorgestrel 150 mcg Levonorgestrel 150 mcg Desogestrel 150 mcg Gestodeno 75 mcg Gestodeno 75 mcg Drospirenona 3 mg
GRACIAL® (bifásico)		Desogestrel ¹ 25 mcg Desogestrel 125 mcg
TRIAGYNON® (trifásico)		Levonorgestrel 50 mcg Levonorgestrel ¹ 75 mcg Levonorgestrel 125 mcg
TRICICLOR® (Trifásico)		Levonorgestrel 50 mcg Levonorgestrel ¹ 75 mcg Levonorgestrel 125 mcg
TRI MINULET® (trifásico)		Gestodeno 50 mcg Gestodeno ¹ 70 mcg Gestodeno 100 mcg
TRIGYNOVIN® (trifásico)		Gestodeno 50 mcg Gestodeno 70 mcg Gestodeno 100 mcg
HARMONET® MELIANE® SUAVURET® LOETTE®	Etinilestradiol (20 mcg)	Gestodeno 75 mcg Gestodeno 75 mcg Desogestrel 150 mcg Levonorgestrel 100 mcg
MELODENE® MINESSE®	Etinilestradiol (15 mcg)	Gestodeno 60 mcg Gestodeno 60 mcg
FORMAS NO ORALES		
NUVARING® (Anillo vaginal)	Etinilestradiol (15 mcg)	Etonorgestrel 120 mcg
EVRA® (Parche transdérmico)	Etinilestradiol (20 mcg)	Norelgestromina 150 mcg
TOPASEL®* (Inyección intramuscular)	Estradiol (10 mg)	Algestona 150 mg

¹ Esta fase contiene 40 mcg de etinilestradiol en lugar de 30 mcg, como en el resto de las fases.

* **Financiados por la Seguridad Social.**

TABLA 2: PROGESTÁGENOS SOLOS

Especialidad	Aplicación	Composición
FORMAS ORALES		
NORLEVO®*	Comprimidos	Levonorgestrel
POSTINOR®*		
CERAZET®	Comprimidos recubiertos	Desogestrel
FORMAS NO ORALES		
IMPLANON®	Implante subcutáneo	Etonorgestrel
JADELLE®	Implante subcutáneo	Levonorgestrel
MIRENA®	Dispositivo intrauterino (DIU)	Levonorgestrel
DEPO PROGEVERA®	Inyección intramuscular (IM)	Medroxiprogesterona

*Indicación autorizada en España: Anticoncepción de emergencia.

En rojo: Financiados por la Seguridad Social. (Mirena® e Implanon® pueden no estar disponibles en todos los hospitales)

TABLA 3: ÍNDICE DE PEARL DE LOS DISTINTOS MÉTODOS

Método	Uso típico	Uso perfecto
AOC	1,0	0,1
Minipíldora	5,0	0,5
Progestágenos inyectables	0,3	0,3
DIU	0,8	0,6
DIU con Levonorgestrel	0,1	0,1
Preservativo masculino	14	3
Esterilización femenina	0,5	0,5
Espermicidas	25	6
Coitos interruptus	14	3
Implante de progesterona	0,05	0,05
Sin medidas anticonceptivas	85	85

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Mecanismo de acción: supresión de la ovulación por inhibición de la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante. También aumentan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso del espermatozoide.

Efectos secundarios: se presentan con una incidencia del 5-10%: náuseas y vómitos, retención de fluidos, aumento de peso, mareos, tensión mamaria, amenorrea, depresión, irritabilidad, disminución de la libido, cefaleas.

Contraindicaciones: Hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, diabetes con complicaciones vasculares, antecedentes o

presencia de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, enfermedad cardíaca valvular, alteraciones hepáticas, fumadoras mayores de 35 años, migraña con síntomas neurológicos focales, embarazo, lactancia y tumores hormono-dependientes.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES COMBINADOS (AOC)

AOC monofásicos: Combinación de un estrógeno (etinilestradiol) y un progestágeno. Se administran durante 21 días, seguidos de un intervalo de 7 días de descanso durante los cuales no se toman píldoras o se toman píldoras inactivas. Las dosis de ambos esteroides en las píldoras activas es constante los 21 días.

AOC multifásicos (bifásicos o trifásicos):

Combinación de un estrógeno y un progestágeno donde las dosis de los mismos van variando durante el ciclo. No hay evidencia de que los AOC multifásicos sean más efectivos o seguros que los AOC monofásicos, y sus efectos clínicos son similares.

Condiciones de prescripción y dispensación:

Receta médica, No financiados por la Seguridad Social, salvo una especialidad que contiene 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de Levonorgestrel.

ANILLOS VAGINALES

NUVARING®

Forma farmacéutica: anillo flexible y transparente de evatene de 54 mm de diámetro exterior y 4 mm de diámetro de sección.

Composición: 2,7 mg de etinilestradiol y 11,7 mg de etonorgestrel; libera una cantidad promedio de 120 mcg de etonorgestrel y 15 mcg de etinilestradiol cada 24 horas, durante un período de 3 semanas.

Posología y forma de administración: se trata de un anillo de un solo uso que se inserta en el fondo de la vagina y se mantiene durante 3 semanas. Pasado ese tiempo, se extrae y se descansa una semana, en la que se produce el sangrado por privación al segundo o tercer día de retirar al anillo. La colocación y retirada son sencillas y puede realizarse por la misma mujer.

Eficacia: Índice de Pearl: 0,65. Se obtiene la misma efectividad y control del ciclo que con un AOC y las diferencias estriban en la aceptabilidad. No interfiere con la actividad sexual, aunque, en cualquier caso, se puede retirar momentáneamente hasta un máximo de 3 horas. Evita la absorción gastrointestinal y el efecto del primer paso hepático y produce una liberación constante y controlada de hormonas y unos niveles séricos también constantes. Permite la posibilidad de disminuir las dosis de hormonas que se utilizan en anticoncepción oral.

Efectos secundarios: similares a los AOC.

Contraindicaciones: las mismas de los AOC y además la existencia de prolapso genital.

Condiciones de prescripción y dispensación:

No financiado por la Seguridad Social.

Receta médica.

En el momento de la dispensación, el farmacéutico anotará en el envase la fecha en la que ésta se realiza, puesto que no debe utilizarse después de 4 meses desde la fecha de dispensación.

ANTICONCEPTIVOS TRANSDERMICOS

EVRA®

Forma farmacéutica: parche transdérmico de tipo matricial de 20 cm²

Composición: 6 mg de norelgestromina y 0,75 mg de etinilestradiol; libera 150 mcg de norelgestromina y 20 mcg de etinilestradiol cada 24 horas, durante una semana.

Posología y forma de administración: un parche a la semana durante tres semanas seguido de una semana de descanso, durante la cual se produce la hemorragia por privación. Entre las localizaciones anatómicas más idóneas para su colocación figuran la nalga, el torso superior, el abdomen y la zona externa del antebrazo; debe evitarse la glándula mamaria. Es recomendable no utilizar cremas antes de su colocación y procurar que la zona no tenga vello. La tasa de despegamiento total o parcial se sitúa por debajo del 5% incluso en condiciones adversas (ejercicio físico, ambientes húmedos). Si la usuaria permanece más de 24 horas sin parche, existe riesgo de embarazo, por lo que en ese caso se utilizarán métodos alternativos.

Se ha demostrado que, en algunas usuarias, la tasa de cumplimiento es mayor que en el caso de los AOC.

Eficacia: similar a la de los preparados orales con un Índice de Pearl inferior a la unidad. Los fallos suelen concentrarse en mujeres con peso más elevado (> 90 Kg).

Efectos secundarios: similares a los AOC, también pueden producir reacción en el lugar de aplicación.

Condiciones de prescripción y dispensación:

No financiado por la Seguridad Social.

Receta médica.

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTÁGENO SOLO

Mecanismo de acción: el principal mecanismo anticonceptivo de estos métodos es el engrosamiento que producen en el mucus cervical, lo cual dificulta la penetración de los espermatozoides en el útero.

Indicaciones: Por la ausencia de componente estrogénico, el uso de gestágenos solos puede ser más seguro que los AOC en usuarias con cefaleas migrañosas, mayores de 35 años y fumadoras, historia de enfermedad tromboembólica, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, postparto de menos de dos semanas,

Están especialmente indicados en aquellas mujeres en las que los estrógenos están contraindicados. El caso más específico es durante la lactancia: son una buena opción anticonceptiva para aquellas mujeres que están amamantando si los métodos no hormonales están contraindicados o no son aceptables.

Efectos secundarios: El efecto adverso más característico del grupo consiste en alteraciones del ciclo menstrual, incluyendo amenorrea, menstruaciones prolongadas, manchado entre periodos, y sangrado abundante. Los problemas de sangrado son los motivos más comunes de discontinuación del tratamiento por efectos secundarios durante el primer año.

Contraindicaciones: embarazo, hepatopatía o tumor hepático, cáncer de mama en los últimos 5 años, hemorragia vaginal anormal no diagnosticada.

IMPLANTES SUBCUTÁNEOS

La disponibilidad de sistemas que permiten una difusión o liberación gradual de un producto activo ha dado lugar al desarrollo de métodos basados en implantes subcutáneos. Se basan en métodos que posean las ventajas de los inyectables pero en los que se pueda interrumpir a voluntad y de forma inmediata la liberación de la sustancia activa.

Existen 2 métodos diferenciados por su capacidad de degradación tras su inserción en el tejido subcutáneo:

- ♦ **Degradables.**

- ♦ **No degradables:** son los únicos que se encuentran actualmente disponibles en España: Jadelle® e Implanon®.

Además de las indicaciones de los gestágenos poseen otras **ventajas:**

- ♦ Exigen poco esfuerzo y motivación de la usuaria
- ♦ Son de liberación continua (evitan picos)
- ♦ Eficacia teórica igual a la real
- ♦ Independientes del cumplimiento terapéutico
- ♦ Se pueden usar en la lactancia
- ♦ Restablecimiento rápido de la fertilidad tras su extracción.

También tienen **inconvenientes:**

- ♦ El más importante es la alteración del patrón de sangrado sobre todo en los primeros años: amenorrea, sangrado irregular y sangrados prolongados, aunque algunas usuarias experimentan un sangrado vaginal regular; estas alteraciones disminuyen con el tiempo
- ♦ Precisa personal entrenado para su colocación y extracción.

En caso de embarazo se deben extraer inmediatamente, pueden ser utilizados en la lactancia siempre que hayan transcurrido al menos 6 semanas desde el parto.

JADELLE®

Forma farmacéutica: Consiste en 2 implantes para introducción subdérmica. Cada implante es un cilindro flexible de 43 mm de longitud y 2,5 de diámetro de silicona y sílice coloidal anhidra.

Composición: Cada implante contiene 75 mg de Levonorgestrel; conjuntamente consiguen una tasa de liberación de 100 mcg al día en el primer mes, para disminuir a 40 mcg al día al cabo de un año, 30 mcg después de 3 años y alrededor de 25 mcg después de 5 años.

Posología y forma de administración: La inserción se realiza en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante, a 8 cm del codo. Se colocan en forma de V abierta hacia el hombro con anestesia local y una incisión mínima. Se requiere una adecuada formación para llevar a cabo tanto la inserción como la extracción de los implantes, y se realiza generalmente en el ámbito hospitalario. Su colocación debe realizarse durante los primeros 7 días de la menstruación. Puede extraerse en cualquier momento por causas médicas o personales. Si la paciente desea continuar utilizando este método, se podrán

insertar unos nuevos implantes a través de la misma incisión, orientándolos en el mismo sentido o sentido contrario.

Eficacia: Índice de Pearl de 0,17. Proporciona una eficacia anticonceptiva demostrada durante **5 años**, aunque esta eficacia disminuye a partir del cuarto año. Por tanto, deberá considerarse después de 4 años de uso la extracción de los implantes Jadelle® y su sustitución por otros nuevos, sobre todo en mujeres que pesan más de 60 kg.

Indicaciones: especialmente indicado para aquellas usuarias que demanden específicamente sus 2 características: facilidad de cumplimiento y ausencia de componente estrogénico.

Efectos secundarios: los propios del grupo.

Reversibilidad: una vez extraídos los implantes, el 45% de las mujeres que pretenden quedarse embarazadas lo consiguen en un plazo de 3 meses y el 86% en un año.

Condiciones de prescripción y dispensación:

Financiado por la Seguridad Social.

Diagnóstico Hospitalario. La prescripción la realiza un Ginecólogo, la paciente acude a la Oficina de Farmacia con la receta que debe ser visada previamente y posteriormente acude al hospital para su colocación.

IMPLANON®

Forma farmacéutica: Varilla flexible no biodegradable de 40 mm de longitud y 2 mm de diámetro.

Composición: Contiene 68 mg de etonorgestrel, de forma que la tasa de liberación es 60-70 mcg al día en las primeras semanas y disminuye aproximadamente hasta 35-45 mcg al final del primer año, a 30-40 mcg al final del segundo año y a 25-30 mcg al final del tercer año.

Posología y forma de administración: El implante debe insertarse en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante con anestesia local, en los primeros 5 días del ciclo. También puede extraerse en cualquier momento.

Tanto la inserción como la extracción requieren un entrenamiento adecuado y deben realizarse en el ámbito hospitalario.

Eficacia: El etonorgestrel es el metabolito activo de desogestrel, un progestágeno ampliamente utilizado en AOC. El Índice de Pearl obtenido en los ensayos clínicos oscila entre 0,00-0,08, durante **3 años**. Cabe

destacar que su eficacia, al igual que Jadelle®, no depende del cumplimiento de la paciente.

Indicaciones: las mismas que Jadelle®.

Efectos secundarios: los propios del grupo.

Reversibilidad: la acción anticonceptiva es reversible, de hecho, tras la extracción del implante se recupera el ciclo menstrual normal rápidamente.

Condiciones de prescripción y dispensación: Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto (suministro directo en el hospital en caso de que se disponga del método).

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) MEDICADOS

MIRENA®

Forma farmacéutica: Consiste en una estructura de polietileno en forma de T (longitud: 32 mm), alrededor de cuyo brazo vertical se dispone un cilindro que contiene levonorgestrel.

Composición: DIU que contiene 52 mg de levonorgestrel (DIU-LNG); libera 20 mcg al día, inicialmente, reduciéndose a aproximadamente 11 mcg al día tras 5 años. La tasa media de disolución de levonorgestrel es de aproximadamente de 14 mcg cada 24 horas hasta los 5 años.

Al mecanismo de acción del DIU no medicado se añaden los efectos del gestágeno: inhibición de la capacitación espermática, de la implantación y de la inhibición parcial de la ovulación.

Posología y forma de administración: Vía intrauterina. Su colocación requiere un entrenamiento especial por su grosor, debiendo ser colocado entre el 3º y 8º día de menstruación. La tasa de expulsión es menor del 5%.

Eficacia: Índice de Pearl: 0,14. El sistema es eficaz durante **5 años**. Su eficacia, al igual que los implantes no depende del cumplimiento de la paciente.

Indicaciones: También posee la indicación de tratamiento de la menorragia idiopática: debe ser considerado como una opción de tratamiento antes de realizar una histerectomía (especialmente beneficioso para aquellas mujeres que quieran seguir siendo fértiles).

Puede ser una alternativa anticonceptiva especialmente beneficiosa para mujeres con hijos y menstruaciones abundantes y prolongadas, y en las que la posible

amenorrea no suponga un rechazo al DIU-LNG

No es el método anticonceptivo de primera elección para mujeres nulíparas.

Reversibilidad: La recuperación de la fertilidad es rápida tras la retirada del DIU (puede ocurrir en el ciclo siguiente).

Contraindicaciones: las mismas que un DIU no medicado excepto la menorragia y la hipermenorrea y además las propias de los progestágenos.

Condiciones de prescripción y dispensación:

Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto (se suministra directamente en el hospital en caso de que se disponga del método).

PROGESTÁGENO ORAL

CERAZET®

Forma farmacéutica: Comprimidos.

Composición: 75 mcg de desogestrel /comprimido. También llamada minipíldora.

Posología y forma de administración: La administración debe realizarse todos los días del ciclo sin descanso, comenzando el tratamiento el primer día de la menstruación. Cabe destacar que en caso de irregularidades en la toma (retraso en la misma de más de 3 horas) deberá utilizarse un método anticonceptivo adicional durante los 7 días siguientes.

Eficacia: depende de la edad y de la motivación. Es casi total en las mujeres que amamantan y en mayores de 40 años al disminuir en estas la tasa de fecundidad.

Indicaciones: recomendable cuando los estrógenos están contraindicados: diabetes mellitus con enfermedad vascular, Lupus severo, enfermedad cardiovascular y durante la lactancia. Disminuye la cantidad de sangrado menstrual.

Inconvenientes: Alteración del patrón de sangrado menstrual (amenorrea y/o episodios de sangrado o manchado irregular).

Contraindicaciones: las propias de los gestágenos.

Condiciones de prescripción y dispensación :

Receta médica. Financiado por la Seguridad Social.

PRÓXIMOS ANTICONCEPTIVOS

SEASONALE®

Se ha comercializado recientemente en otros países un AOC monofásico compuesto por Etinilestradiol/Levonorgestrel (30/150 mcg) cuyo nombre comercial es Seasonale®.

Los comprimidos se toman durante 84 días seguidos (12 semanas) tras los cuales se producen 7 días de descanso en los que se produce la hemorragia por privación. Con este método se reducen el número de menstruaciones anuales de unas 13 a 4.

Hay que destacar que en España está comercializada una especialidad farmacéutica con la misma composición, variando únicamente la pauta de administración.

CONSEJO CONTRACEPTIVO

El patrón general del uso de contraceptivos está ligado al tiempo, si tenemos en cuenta que la actividad sexual y reproductiva de la mujer tienen también una evolución cronológica. Desde un punto práctico podemos considerar:

- ♦ Al inicio de las relaciones sexuales, en la adolescencia, éstas suelen ser poco frecuentes, no programadas y con parejas no siempre fijas; para estos casos, parecen aconsejables los **métodos de barrera** y una buena información de la **contracepción postcoital**.
- ♦ Cuando la actividad sexual adquiere estabilidad, se realiza con mayor frecuencia y con un mayor conocimiento de la pareja, la primera elección son los **preparados hormonales** (orales, vía transdérmica o anillo vaginal) que se mantienen como la opción más adecuada hasta el primer embarazo. Los **métodos de barrera** quedan como una segunda opción, especialmente en los casos de riesgo de ETS y del VIH. A partir de este momento, y como alternativa para espaciar embarazos, se incorporan el **DIU o los implantes subcutáneos**.
- ♦ Avanzada la cuarta década, la aparición en las mujeres de patología menstrual menor (miomatosis, ciclos anovulatorios) aumenta la insatisfacción ante la anticoncepción intrauterina. En estos momentos se observa un mayor interés por la eficacia de los métodos, siendo menos importante la reversibilidad. Por lo tanto, se indica con

mayor frecuencia la **vasectomía**. Recientemente, la evidencia de que la **anticoncepción hormonal**, en ausencia de factores de riesgo, puede mantener un grado elevado de seguridad, se mantiene como una alternativa válida en el período perimenopausico, especialmente para los preparados con bajas dosis de estrógenos.

Además son sumamente eficaces para normalizar las alteraciones funcionales del ciclo. Los **DIU medicados con Levonorgestrel** son una alternativa en caso de alteraciones del ciclo, patología orgánica local y como anticonceptivo de este periodo.

TABLA 4. Condiciones de prescripción y dispensación de los nuevos métodos anticonceptivos

Especialidad	Presentación comercial	Financiación	PVP (€)	Observaciones
NUVARING®	1 Anillo vaginal	No	12,80	Receta médica
EVRA®	3 Parches transdérmicos 9 Parches transdérmicos	No	14,50 43,50	Receta médica
JADELLE®	75 mg 2 implantes subcutáneos	Sí	162,09	Receta médica Diagnóstico Hospitalario (requiere visado)*. Se dispensa en la oficina de farmacia y se inserta en el ámbito hospitalario
MIRENA®	DIU 52 mg	Centro Hospitalario	168,54	Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto. Lo suministra el hospital**
IMPLANON®	68 mg 1 Implante	Centro Hospitalario	162,09	Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto. Lo suministra el hospital**
CERAZET®	75 mcg 28 comprimidos	Sí	6,14	Receta médica

* Únicamente puede ser prescrito por Facultativos especialistas en Obstetricia y Ginecología

** En caso de que se disponga del método.

BIBLIOGRAFÍA

- Medical eligibility criteria for contraceptive use. -- 3rd ed. World Health Organization 2004. http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/mec.pdf
- Fichas Técnicas de Jadelle®, Implanon®, Nuvaring®, Evra®, Mirena®. Agencia Española del Medicamento Y Productos Sanitarios (AGEMED). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Robert A. Hatcher. Universidad de Johns Hopkins. 1999.
- Declaración del IMAP sobre los métodos anticonceptivos hormonales.
- Randomised comparative study of the Levonorgestrel intrauterine system and noretisterone for treatment of idiopathic menorragia. Br J Obstet Gynecol 1998;105:595-8.
- Fraser IS, Tiitinen A, Affandi B, Brache V. Norplant consensus statement and background review. Contraception 1998;57:1-9.
- Vanrell JA, Cabero A, Balach J, Calaf J. Contracepción hormonal no oral. Curso intensivo de formación continuada. 65-72.
- Mishell DR. Vaginal contraceptive rings. Ann Med 1993;25:191-7.
- Sirvin MA, Stern I, Diaz S.. Rates and outcomes of planned pregnancy after use of Norplant capsules. Am J Obstet Gynecol 1992;166:1208-1213.
- Koetsawang S. The injectable contraceptive: present and future trends; frontiers in human reproduction. Sepala M, Hamberguer L., New York 1991:30-39.
- Calaf J. Manual básico de contracepción. 2ª edición 1997;119-141.
- Batar I. Return to fertility after removal of the Levonorgestrel releasing intrauterine system. Gynecol Forum. 1993;3:17-19.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. The use of hormonal contraception in women. ACOG practice bulletin. July 2000.
- Herrero García et al. Anticoncepción: consideraciones generales. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Pag 1445. Ed. Panamericana. 2003.
- Fu, H, Darroch, JE, Haas, T, Ranjit, N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. Fam Plann Perspect 1999; 31:56.
- Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.

CONCLUSIONES

1. Los métodos anticonceptivos hormonales son, después del preservativo, el principal método anticonceptivo en nuestro país.
2. Los anticonceptivos hormonales se clasifican, según su composición, en dos grandes grupos: anticonceptivos hormonales combinados, que contienen estrógeno y progestágeno, y anticonceptivos hormonales de progestágeno solo.
3. Cada grupo comparte una serie de indicaciones específicas, así como efectos secundarios y contraindicaciones.
4. Los nuevos métodos anticonceptivos disponibles aportan nuevas vías de administración y posología que pueden mejorar el grado de aceptación y cumplimiento del método anticonceptivo por parte de la paciente.
5. La selección de un método anticonceptivo se debe realizar en función de las características de cada paciente: edad, frecuencia de relaciones sexuales, embarazos previos y de sus propias preferencias.

INDICE ANUAL:

Boletín N°1: Uso racional de estatinas
Boletín N°2: Tratamiento del glaucoma
Boletín N° 3: Nuevos métodos de anticoncepción hormonal

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

COMITE DE REDACCIÓN :

**COMISIONES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
DE LOS SECTORES:
TORRELAVEGA-REINOSA
SANTANDER-LAREDO**

REDACCIÓN

**Avenida del Besaya s/n
Teléfono: 83 50 50 Fax: 89 81 80
39300 TORRELAVEGA**

**Avda. Cardenal Herrera Oria s/n
Edificio anexo a la Residencia Cantabria
Teléfono: 942 20 27 00 Fax : 942 20 34 04
39011 SANTANDER**

ISSN: 1576-8295

Dep Legal: SA 165-2000

<http://www.scsalud.es/publicaciones/>

