

## Planificación familiar desde la consulta de enfermería de atención primaria

### Family Planning Consultation from Primary Care Nursing

**Cristina Obaya Prieto**

*C.S Zarracina (Gijón)*

*Manuscrito recibido: 15-11-2013*

*Manuscrito aceptado: 04-02-2014*

#### Cómo citar este documento

Obaya Prieto C. Planificación familiar desde la consulta de enfermería de atención primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 May; 2 (2): 62-81

#### Resumen

La demanda anticonceptiva, especialmente por parte de la mujer, unido a la amplia variedad de métodos anticonceptivos y a la necesidad de promoción de la salud sexual y reproductiva en la pareja y en la comunidad, hacen necesario un abordaje específico por parte de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Los avances tanto en la composición como en las vías de administración de los diferentes anticonceptivos requieren actualización de conocimientos, por ello, el objetivo de este artículo es conocer los métodos anticonceptivos disponibles, sus indicaciones y promover el asesoramiento anticonceptivo de la Enfermera Familiar y Comunitaria, mediante una revisión de los principales métodos como son los métodos barrera, la anticoncepción hormonal combinada, la anticoncepción hormonal sólo gestágeno y la anticoncepción de urgencia.

#### Palabras Clave

*Anticonceptivos, planificación familiar, anticonceptivos hormonales orales, anticoncepción postcoital, salud sexual.*

### Abstract

The contraceptive request, especially by women, combined with the wide variety of contraceptive agents along with the necessity to promote sexual and reproductive health in the couple and community, make it necessary for the Family and Community Nursing to develop a specific approach on her patients. Advances made in the composition as well as in the administration ways, demand a knowledge update in the contraception area. Therefore, the educational purpose of this article is to know the available contraceptive agents, their orders and to promote the contraceptive advice from the family and community nurse through the revision of the main agents like the barrier agent, oral combined agents, gestagen agents and emergency agents.

### Keywords

*Contraceptive agents, family planning, contraceptives oral hormonal, contraception postcoital, sexual health.*

## Introducción

La esfera sexual y reproductiva brinda un amplio campo de actuación a la enfermera de Atención Primaria, actuando como promotora de la salud en los individuos y especialmente en personas en edad reproductiva.

Los métodos anticonceptivos han ido evolucionando según las necesidades de la población, por lo que es necesario que la enfermera comunitaria posea conocimientos actualizados que potencien su capacidad de actuación ante la población susceptible, ya que el asesoramiento anticonceptivo es la piedra angular de la elección libre del método por parte del usuario/a, lo que determina su posterior grado de implicación.

Por ello, a continuación se hará un resumen a los principales métodos anticonceptivos, sus características, indicaciones y manejo, teniendo siempre presente el rol de la enfermera como agente educadora en salud.

## Objetivos docentes

- Conocer los métodos anticonceptivos disponibles y sus indicaciones.
- Promover orientación anticonceptiva por parte de la Enfermera Familiar y Comunitaria.
- Describir la actuación enfermera a seguir según situación y método.

## Desarrollo

### 1. Métodos barrera <sup>1, 3, 5</sup>

**Preservativo masculino y femenino:** Compuestos de látex, tienen un 98% de eficacia anticonceptiva. Entre sus ventajas, son los únicos métodos que previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Ofrecen la posibilidad de añadir espermicida y en el caso de personas alérgicas al látex se pueden utilizar preservativos de poliuretano.

Dadas sus características, es un método anticonceptivo de primera elección para adolescentes y/o relaciones de riesgo (relaciones esporádicas, pareja no estable, desconocimiento del estado de salud de la pareja...), por lo que ocupan un importante lugar en la educación para la salud (EPS)

### ***Orientaciones al usuario por parte de la enfermera:***

- Advertir que el preservativo es de un solo uso.
- Explicar su correcta colocación:
  - Colocar el preservativo masculino con el pene en erección, apretando el extremo mientras se desliza hasta la base del pene y retirar al finalizar la relación sexual mientras el pene está todavía erecto.
  - El preservativo femenino es una funda que debe colocarse en el interior de la vagina antes de la penetración, sosteniendo el anillo interno con los dedos pulgar y medio e insertándolo en la vagina. El anillo del otro extremo del preservativo debe dejarse por fuera de la vagina cubriendo la vulva. Para retirarlo, apretar, girar y deslizar lentamente el anillo externo, asegurándose de que el semen quede en su interior.
- Explicar ventajas frente a otros métodos anticonceptivos.

## 2. Dispositivo Intrauterino (DIU) <sup>1, 3, 10, 11</sup>

Dispositivo de cobre que provoca una reacción inflamatoria de cuerpo extraño a nivel uterino y que impide la implantación del óvulo en el endometrio. La eficacia anticonceptiva de este dispositivo es de 5 años.

EL dispositivo intrauterino puede tener diversas formas, pero todos tienen en el extremo inferior dos hilos para su extracción.

El DIU es un método anticonceptivo válido para todas las mujeres, aunque es utilizado preferiblemente en mujeres que han tenido un parto vaginal pues presentan una mayor dilatación del cuello uterino.

Su colocación debe realizarse en los siguientes momentos:

- Durante la menstruación.
- Hasta 48 horas tras el parto vaginal, inclusive inmediatamente después del alumbramiento de la placenta.
- Tras el alumbramiento en caso de parto por cesárea.
- En la 6ª semana de postparto o pasadas 6 semanas de un aborto de segundo o tercer trimestre.
- Inmediatamente después de abortos de primer trimestre, ya sean espontáneos o inducidos.

Los criterios de elección de este dispositivo según contraindicaciones absolutas y relativas de la OMS son los siguientes:

- ABSOLUTAS:
  - Embarazo
  - Postparto con sepsis puerperal.
  - Enfermedad trofoblástica maligna.
- RELATIVAS:
  - Postparto > 48 horas hasta < 4 semanas.
  - Enfermedad trofoblástica benigna.

### ***Orientaciones a la mujer por parte de la enfermera:***

- Explicar qué es el dispositivo intrauterino y cuál es su mecanismo de acción.
- Evitar relaciones sexuales y tampones los 3 días tras inserción.
- Observar las compresas para descartar expulsión en menstruación.
- Realizar autocontrol de los hilos tras menstruación.
- Acudir a consulta si: retraso menstrual mayor a 15 días, menorragia, dolor en hipogastrio y/o dispareunia, fiebre de foco desconocido, hilos demasiado largos o no palpación de los mismos.
- Posibles efectos secundarios: menorragia, sangrado pre/ inter y/o post menstrual, dolor menstrual.
- En el caso de que la inserción del DIU se realice con más de 40 años, el dispositivo puede retirarse en la menopausia.



**ITS: infecciones de transmisión sexual**

*(Fuente: Elaboración propia)*

### **3. Anticoncepción Hormonal Combinada (AHC) <sup>2- 6, 9, 10, 11</sup>**

Método compuesto por estrógenos y gestágenos que inhibe la ovulación controlando el eje hipotálamo- hipofisario- gonadal. Una de sus ventajas es que ofrece diversas vías de administración.

Este tipo de anticoncepción no está indicado en todas las mujeres, por lo que a continuación se exponen, según criterios de elección de la OMS, las contraindicaciones absolutas y relativas de la anticoncepción hormonal combinada:

#### **3.1. Contraindicaciones Absolutas**

- Lactancia <6 semanas post-parto.
- Edad > 35 años y fumadora de más de 15 cigarrillos/día.
- Hipertensión moderada o severa (>160/100 mm Hg).
- Índice de masa corporal > 40.
- Historia personal de tromboembolismo pulmonar/ tromboembolismo venoso.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular: tabaco, diabetes, hipertensión, perímetro abdominal > 88 cm)
- Diabetes con neuropatía, retinopatía y nefropatía.

#### **3.2. Contraindicaciones relativas**

- Edad > 35 años y fumadora de menos de 15 cigarrillos/día.
- Edad >35 años y sin fumar < 1 año.
- Índice de masa corporal (IMC): 35-39.
- Hipertensión arterial controlada.
- Hipertensión arterial no controlada (140-159/90-99 mm Hg.).
- Diabetes con neuropatía, retinopatía y nefropatía.
- Cáncer de mama previo con más de 5 años de evolución.
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular: tabaco, diabetes, hipertensión, perímetro abdominal > 88 cm).

Previo a la indicación de un anticonceptivo hormonal combinado se recomienda revisar el perfil lipídico y las transaminasas.

### **3.3. Vías de administración de la Anticoncepción Hormonal Combinada**

#### **3.3.1. Oral**

Píldora de pauta diaria durante 21 días con 7 días de descanso (en algún preparado se presentan píldoras placebo a administrar en los días de descanso). Está especialmente indicado en metrorragias ya que disminuye el sangrado menstrual al haber menor proliferación endometrial.

#### **Requisitos previos antes de prescribir anticoncepción hormonal oral (AHO):**

- Detección de factores de riesgo cardiovascular mediante anamnesis.
- Toma de tensión arterial.
- Citología según protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias. ( Anexo I)
- Determinación analítica de triglicéridos.

#### **Diferentes combinaciones:**

- **Clásica/monofásica:** Estrógenos y gestágenos en la misma proporción durante todo el ciclo.
- **Bifásica:** los estrógenos mantienen una dosificación constante a lo largo del ciclo mientras que los gestágenos incrementan su dosis en la segunda mitad del ciclo.
- **Trifásica:** Distinta dosificación de estrógenos y gestágenos según comprimido ajustándose al momento del ciclo: la dosis de estrógenos va en aumento hasta mitad del ciclo, cuando empieza a disminuir y la de gestágenos aumenta a lo largo del ciclo siendo en su inicio escasa.

#### **Evidencia científica:**

Los preparados de 30,20 y 15 microgramos de etinilestradiol no muestran diferencias significativas.

Las combinaciones que contienen valerianato de estradiol no aportan unos mayores beneficios que los preparados con estrógenos.

El gestágeno con mayor información de seguridad es el levonorgestrel.

La elección de la combinación en una usuaria nueva debe basarse en la dosis de estrógeno, el tipo de gestágeno y el precio del método.

#### **Orientaciones a la usuaria por parte de la enfermera:**

- **Explicar el correcto uso de la anticoncepción hormonal combinada oral (AHCO):** El inicio de la toma del anticonceptivo debe de ser el primer día de menstruación, utilizando además un método barrera durante los 7 primeros días (excepto si se toma estradiol valerato que se debe de usar preservativo 9 días). Es importante recalcar a la mujer que debe de elegir el mismo momento del día para la toma de la píldora.
- **Explicar los efectos adversos** que pueden aparecer, ya que son la primera causa de abandono de este tipo de anticoncepción. Entre ellos están la cefalea, tensión mamaria, mareo, náuseas y sangrado intermenstrual. Normalmente, aparecen dentro de los 3 primeros meses de la toma y luego suelen desaparecer. Pese a la

creencia extendida, la anticoncepción hormonal combinada oral no produce aumento significativo del peso.

- **Interacción medicamentosa** con anticonvulsivantes, antibióticos y antirretrovirales. En este caso debe de utilizarse un método barrera durante el tratamiento y hasta 7 días después de haber finalizado el mismo.
- **Pautas de actuación ante las siguientes situaciones:**
  - Si olvido menor a 12 horas, tomar el comprimido del día.
  - Si olvido mayor a 12 horas, tomar el comprimido del día siguiente y utilizar método barrera durante 7 días.
  - Si diarrea o vómitos en las 3 horas posteriores a la administración, nueva toma del comprimido.
- **No está evidenciado científicamente** la realización de descansos periódicos en la toma de anticoncepción hormonal combinada oral ni en caso de deseo por parte de la mujer de quedarse embarazada.

#### **Control y seguimiento:**

- En mujeres **menores de 35 años**, el primer control debe de realizarse entre los 3-6 primeros meses de la toma de anticoncepción hormonal combinada oral. El control incluye valoración de los efectos secundarios, medición de la tensión arterial y resolución de posibles dudas.

Anualmente, se debe de actualizar la anamnesis, tensión arterial, peso y citología según protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias. (Anexo I)

Cada 3-5 años, realizar control analítico de colesterol, triglicéridos y glucosa, junto con una exploración abdominal y genital.

- En mujeres **mayores de 35 años**, se realiza el mismo protocolo de seguimiento, exceptuando la medida analítica de glucosa, colesterol y triglicéridos, que debe de realizarse anualmente.

Cada vez es más frecuente el deseo por parte de la mujer de modificar la fecha de su periodo menstrual debido a acontecimientos/situaciones personales (viajes, matrimonio, trabajo...) o por indicaciones médicas como endometriosis, anemia, metrorragias ó dismenorreas, entre otras. En el caso de la anticoncepción hormonal combinada oral se debe considerar el uso de "régimenes extendidos" realizando una toma continua e ininterrumpida del anticonceptivo más allá del periodo de descanso establecido.

Dado que en nuestro país no están comercializados preparados orales de toma extendida, se pueden realizar pautas básicas de prescripción, siempre contando con la decisión de la mujer, y que en líneas generales se resumen en una toma continua

*"La evidencia científica nos dice que el sangrado menstrual periódico producido por la toma de anticoncepción hormonal combinada oral no es necesario para la salud, ya que además de ser un sangrado producido artificialmente" y no de manera fisiológica, no reduce el riesgo de hiperplasia endometrial"*

de anticonceptivo durante 3,6 o 9 ciclos ováricos, con un descanso en su toma de 5-7 días al finalizar la pauta prescrita, durante el cual se produce la menstruación.

La evidencia científica nos dice que el sangrado menstrual periódico producido por la toma de anticoncepción hormonal combinada oral no es necesario para la salud, ya que además de ser un sangrado producido "artificialmente" y no de manera fisiológica, no reduce el riesgo de hiperplasia endometrial. Por otro lado, un régimen extendido proporciona una baja dosis de estrógenos y gestágenos que hace que el útero se vuelva más fino y no se hipertrofie.

### 3.3.2. Transdérmica

Consiste en un parche cuadrado, flexible e impermeable, que libera estrógenos y gestágenos diariamente a la circulación sistémica. Entre sus beneficios está el buen control del ciclo menstrual.

#### ***Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:***

- **Correcto uso del método:**

Inicio de este anticonceptivo el primer día de menstruación, colocando el parche en abdomen, glúteo, parte exterior del brazo o parte superior de la espalda, presionando sobre la piel sana, limpia y seca.

En cada ciclo deben utilizarse 3 parches (uno cada 7 días), siendo la cuarta semana de descanso (en la que se produce el sangrado menstrual). Tras esto, se inicia un nuevo ciclo con la colocación de nuevo parche.

Es importante explicar a la mujer que la colocación y retirada del parche debe de coincidir el mismo día de la semana.

- **Consideraciones a tener en cuenta:**

El parche transdérmico presenta 2 días de seguridad anticonceptiva siempre que su olvido o caída se produzca a partir de la segunda semana del ciclo.

La usuaria puede prolongar el uso del parche hasta 6 semanas enlazando un ciclo con otro sin necesidad de realizar descanso.

- **Efectos adversos de este método:**

Reacciones cutáneas, aumento de la dismenorrea, mastalgia y cefaleas.

- **Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:**

Pérdida del parche:

- Menor o igual a 24 horas: colocar nuevo parche y continuar con el ciclo.
- Mayor a 24 horas: colocar nuevo parche, iniciar nuevo ciclo y usar método barrera durante 7 días.

Retraso en cambio de parche:

- Menor o igual a 48 horas: colocar nuevo parche y continuar con el ciclo.
- Mayor a 48 horas: colocar nuevo parche, iniciar nuevo ciclo y usar método barrera durante 7 días.



### 3.3.3. Vaginal

Anillo flexible que libera constantemente a nivel local estrógenos y gestágenos.

Entre sus ventajas se encuentran que se evita la absorción intestinal y el primer paso hepático, siendo también las menstruaciones cortas y menos dolorosas, además de no requerir una colocación diaria al llevarlo todo el ciclo en el interior de la vagina.

#### **Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería**

- **Correcto uso del método:**

Colocación del anillo en la vagina con un uso continuado de 21 días, tras los cuales se retira y se mantienen 7 días de descanso, produciéndose entonces la menstruación por privación hormonal.

El inicio de uso de este método debe de ser el primer día de menstruación, escogiendo el mismo momento y día de la semana para su colocación y retirada.

- **Consideraciones a tener en cuenta:**

Existe la posibilidad de mantener el anillo 5 semanas seguidas conservando la eficacia anticonceptiva.

El anillo puede retirarse durante 3 horas sin que suponga una pérdida de eficacia anticonceptiva, (por ejemplo, para mantener relaciones sexuales) y posteriormente volver a colocarse.

Además, al evitar la absorción intestinal, no es necesario el uso de método barrera en caso de seguir tratamiento antibiótico.

- **Posibles efectos secundarios:**

Sangrado intermenstrual.

- **Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:**

- Si la retirada del anillo se retrasa menos de 7 días, la mujer debe de realizar los 7 días de descanso y posteriormente colocarse nuevo anillo iniciando así un nuevo ciclo.
- Si la retirada del anillo se retrasa más de 7 días, debe de colocarse un anillo nuevo y usar método barrera durante 7 días.

RECUERDA: ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA		
ORAL	TRANSDERMICA	VAGINAL
Diario 21 días. Semana de descanso. Indicado en metrorragias. Provoca spotting.	1 parche semanal con 4ª semana de descanso. Provoca mastalgia, dismenorrea.	Uso continuado 21 días. Semana de descanso. Provoca spotting

(Fuente: elaboración propia)

#### 4. Anticoncepción Hormonal sólo Gestágenos <sup>1, 3, 5, 6, 10, 11</sup>

Método hormonal que inhibe la ovulación suprimiendo la hormona luteinizante (LH) además de producir espesamiento del moco cervical e impedir la implantación del óvulo en el endometrio.

Está especialmente indicado en postparto, puerperio, lactancia ó si la anticoncepción con estrógenos está contraindicada debido a migraña, tensión mamaria, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, lupus ó hábito tabáquico de más de 15 cigarros al día. Este método es también utilizado como tratamiento de menorragia, dismenorrea y anemia.

No existen evidencias que contraindiquen su uso por debajo de las 6 semanas post-parto, a pesar de la baja probabilidad de embarazo en este tiempo.

Las contraindicaciones absolutas y relativas según criterios de la OMS son las siguientes:

##### 4.1. **Contraindicaciones Absolutas**

- Tumor maligno de mama.

##### 4.2. **Contraindicaciones Relativas**

- Lupus eritematoso con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Tumores hepáticos malignos.
- Adenoma hepatocelular.
- Cáncer de mama sin recidiva en 5 años.

##### 4.3. **Vías de administración de la Anticoncepción Hormonal solo gestágenos**

Al igual que en la anticoncepción hormonal combinada, los anticonceptivos de solo gestágenos también presentan diferentes vías de administración:

###### 4.3.1. Oral

Toma diaria, presentando el envase 28 comprimidos activos de toma continua y sin realizar descansos.

#### **Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería**

##### • **Correcto uso del método:**

- La toma debe de ser diaria eligiendo para ello el mismo momento del día. Para iniciar este método se debe esperar al primer día de menstruación.
- Conserva eficacia anticonceptiva durante 12 horas.

##### • **Posibles efectos secundarios:**

Menstruación inexistente o variable, cefalea, náuseas, tensión mamaria, acné, hirsutismo, alteración del carácter.

##### • **Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:**

- Si se produce un olvido de la toma mayor a 12 horas, se debe de tomar la píldora olvidada y usar un método anticonceptivo de barrera durante 7 días.
- Ante vómito producido dentro de la primera hora tras la toma, se debe de administrar una nueva píldora.

- En el caso de diarrea y vómitos severos, debe de suspender la anticoncepción oral y utilizar método barrera hasta pasados 7 días de la reanudación de la toma de gestágeno oral.

#### 4.3.2. Subcutáneo

Es un dispositivo insertado con anestesia local en cara interna de brazo no dominante. Es el método más eficaz para prevenir el embarazo.

#### **Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:**

- **Modo de colocación.** Inserción entre el primer y quinto día de menstruación por el ginecólogo o por un médico de familia entrenado.
- **Posibles efectos secundarios:** amenorrea, mal control del ciclo sobre todo durante el primer año de uso, mastitis, metrorragia.
- Este dispositivo tiene una **eficacia anticonceptiva de 3 ó 5 años** según marca comercial.

#### 4.3.3. Intrauterino

Dispositivo de acción local liberador de levonorgestrel (LNG), que además produce un mecanismo de reacción por cuerpo extraño y tiene una eficacia anticonceptiva de 5 años.

#### **Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:**

- **Modo de colocación.** Inserción.
  - Entre el primer y tercer día de menstruación.
  - Hasta 48 h post parto vaginal ó inmediatamente después de la expulsión de la placenta.
  - En el caso de parto por cesárea, insertar tras alumbramiento de la placenta, antes de cerrar el útero.
- **Efectos secundarios:** sangrado irregular, con disminución progresiva del periodo que incluso puede llegar a la desaparición, cefalea, mastodinia.
- **Consideraciones a tener en cuenta:** En el caso de lactancia materna, se puede colocar pasadas 6 semanas del parto.

RECUERDA: ANTICONCEPCIÓN SÓLO GESTÁGENOS		
<u>ORAL</u>	<u>SUBCUTÁNEO</u>	<u>INTRAUTERINO</u>
Uso continuado. Indicado en puerperio, lactancia y contraindicación de estrógenos. Provoca desaparición de menstruación.	Inserción en brazo. Duración 3-5 años. Produce mastalgia, mal control del ciclo, amenorrea. Indicado en puerperio y/o lactancia.	DIU con LNG. Duración 5 años. Produce amenorrea. Indicado en puerperio y/o lactancia.

**LNG: levonorgestrel**

(Fuente: elaboración propia)

## 5. Anticoncepción de urgencia (AU): 5, 6, 7, 8

### 5.1. DIU de cobre

Puede insertarse dentro de los 5 días después al coito sin protección.

### 5.2. Oral

Consiste en un comprimido monodosis de levonorgestrel.

Su toma está indicada en las 72 horas siguientes a una relación sexual de riesgo, siendo su eficacia máxima hasta las 12 horas post-coito.

La anticoncepción de urgencia oral no es medicación abortiva, si no que evita/ retrasa la ovulación, no provocando ningún daño en el feto en el caso de que exista embarazo en curso. En el caso de tomar este anticonceptivo más de una vez en el mismo ciclo, es posible que su eficacia se vea disminuida y/o provoque alteración del ciclo menstrual, no estando descrito que constituya un riesgo para la salud.

En estudios consultados, no se encontró relación entre las alteraciones del patrón de sangrado menstrual con la frecuencia de la administración de la anticoncepción de urgencia oral.

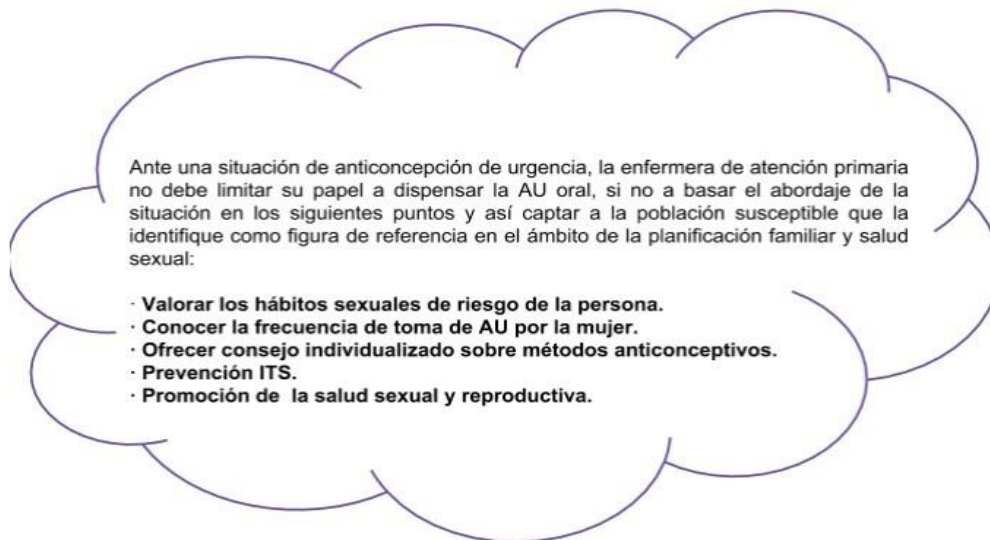
Es fundamental saber que tras su toma, se producirá una hemorragia por privación dentro de los 21 días siguientes (normalmente 3 días antes o después de la fecha probable de menstruación), pudiendo alterar el tiempo y tipo de sangrado de la siguiente regla.

Dentro de una buena práctica de actuación, se encuentra la no realización de test de embarazo, puesto que dentro de las 72 horas tras el coito, el test siempre sería negativo.

#### **Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:**

- Hacer referencia a que no hay **ningún día del ciclo** que sea totalmente seguro para mantener relaciones sexuales sin protección sin que conlleve riesgo de embarazo.
- Incidir en que debe de utilizarse en **circunstancias de urgencia** y no como método anticonceptivo habitual.
- **Explicar toma correcta, mecanismo de acción y efectos esperados.** Es importante aclarar a la usuaria que no provoca hemorragia menstrual tras administración.
- **Efectos secundarios de la anticoncepción de urgencia oral:** alteración del patrón de sangrado menstrual, náuseas, vómitos, cefalea, dismenorrea, dolor abdominal, mareo.
- Si no se produce la **menstruación pasados 10 días de la fecha esperada**, deberá realizar test de embarazo.
- **Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:**
  - En el caso de vómito dentro de las 3 horas siguientes a la toma con expulsión del comprimido, está indicada la nueva administración de la anticoncepción de urgencia oral.

- Continuar con anticoncepción hormonal habitual en el caso de que la mujer la estuviera tomando, utilizando además un método barrera durante 7 días.
- La anticoncepción de urgencia oral se excreta con la lactancia materna, y aunque no están descritos efectos adversos en el lactante o modificaciones en la cantidad o calidad de la leche, se recomienda la extracción de leche para futuras tomas antes de tomar el levonorgestrel ó alimentar al bebé antes de la toma del comprimido y evitar la lactancia materna en las 8 horas siguientes.
- **Consideraciones a tener en cuenta:** Para llevar a cabo una correcta actuación ante la indicación y dispensación de la anticoncepción de urgencia es necesario ajustarse al **marco legal**:
  - 16 años es mayoría de edad sanitaria.
  - Presunción de madurez en menores de 13 a 15 años.
  - Si la persona demandante de anticoncepción de urgencia menor de 13 años, avisar a tutor legal.



**AU: anticoncepción de urgencia.**  
**ITS: infecciones de transmisión sexual**

*(Fuente: elaboración propia)*

**METODOLOGÍA ENFERMERA**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
· Patrón sexual inefectivo (00065)	· Control del riesgo: ITS (1905)	· Apoyo en la toma de decisiones (5250)
· Conocimientos deficientes (anticonceptivos) (00126)	· Control del riesgo: embarazo no deseado (1907)	· Enseñanza: sexo seguro (5622)
· Disposición para mejorar la salud sexual (00161)	· Orientación sobre la salud (1705)	· Enseñanza: sexualidad (5624)
	· Conducta de búsqueda de la salud (1603)	· Planificación familiar: anticoncepción (6784)
	· Conocimiento: anticoncepción (1815)	· Planificación familiar: embarazo no deseado (6788)
	· Conocimiento: funcionamiento sexual (1815)	· Asesoramiento sexual (5248)

**Numeración entre paréntesis: calificación taxonómica NANDA, NIC, NOC. <sup>12</sup>**

*(Fuente: elaboración propia)*



**Figura 2: Tipos de anticonceptivos**

*(Fuente: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias)*

## 6. Casos clínicos

**1) Mujer de 17 años, nulípara. Acude con su pareja al servicio de urgencias de Atención Primaria refiriendo relación sexual de riesgo hace 23 horas y solicitando anticoncepción de urgencia oral. Nerviosa. Primer contacto en el centro sanitario: enfermera de guardia.**

### *Actuación enfermera:*

- Tranquilizar a la mujer y crear un clima asertivo. No prejuizar.
- **Realizar anamnesis:**
  - Horas transcurridas desde el coito de riesgo.
  - Causa de la relación de riesgo: fallo del método anticonceptivo ó no medidas anticonceptivas.
  - Existencia de coitos de riesgo anteriores.
  - Toma de anticoncepción de urgencia oral en ese ciclo y/o en situaciones anteriores.
  - Tipo de método anticonceptivo habitual, indagar sobre su utilización correcta.
- Educación para la salud a ambos miembros de la pareja:
- Si no se utilizó método anticonceptivo: incidir en la importancia de su uso para la prevención de embarazo y de infecciones de transmisión sexual. Explicar brevemente tipos de métodos anticonceptivos y derivar a su enfermera de Atención Primaria para asesoramiento individualizado.
- Si hubo fallo en el método: causa del fallo (mala colocación del preservativo, no adherencia al método, conocimientos deficientes sobre su utilización...), explicar el correcto uso de su método anticonceptivo habitual.
- Proporcionar la anticoncepción de urgencia oral (dentro de margen horario), explicar su mecanismo de acción y efectos esperados.
- Incidir en que este comprimido es un método anticonceptivo de urgencia y no debe de usarse como anticoncepción habitual.

**2) Hombre de 36 años que acude por primera vez a su centro de salud. El primer contacto es con su enfermera de familia a la que refiere que desde hace un mes presenta pequeñas lesiones en el pene, con picor, inflamación y escasa secreción blanquecina. Comenta haber tenido diferentes parejas sexuales en este tiempo y no haber utilizado ningún método anticonceptivo.**

### *Actuación enfermera:*

- **Realizar anamnesis:**
  - Hombre sin pareja estable con relaciones sexuales esporádicas en las que no utiliza método anticonceptivo.
  - Ex adicto a drogas por vía parenteral.
  - Desconoce si presenta alguna enfermedad de interés.
- Asesoramiento anticonceptivo:



- Al mantener relaciones sexuales esporádicas se le recomienda y explica el uso del preservativo masculino o femenino para evitar así el contagio de infecciones de transmisión sexual.
- Se explican las diferentes infecciones de transmisión sexual, sus características y vía de contagio.
- Derivación a médico de Atención Primaria para valoración, tratamiento del problema de consulta y analítica sanguínea.

**3) Mujer de 43 años, con pareja estable y dos hijos nacidos mediante cesárea y parto vaginal respectivamente. Como método anticonceptivo utiliza el preservativo.**

Acude a consulta de enfermería en su centro de salud para consultar posibles alternativas anticonceptivas.

**Actuación enfermera:**

- **Realizar anamnesis:**
  - Motivo del cambio de método anticonceptivo: no desea método barrera, quiere un método que no tenga que colocar en el momento de la relación sexual.
  - Tipo de ciclo menstrual: En este caso la mujer refiere presentar ciclos de 31 días, con una duración de 4 días y cantidad de sangrado normal, presentando en ocasiones síntomas asociados a menstruación como cefaleas que ceden con analgesia.
  - Exploración física: TA 128/ 78, peso 65 kg, talla 1,60, Índice de masa corporal: 25,39.
  - Fumadora de 10 cigarrillos al día, bebedora de alcohol ocasional.
  - No otras patologías de interés.
- **Asesoramiento anticonceptivo:**
  - Según la demanda de la mujer, el método que más se ajusta a sus necesidades sería el dispositivo intrauterino de cobre, ya que no es un método hormonal (debido a su hábito tabáquico, los riesgos superarían a los beneficios de su uso), se trata de una mujer que ha tenido un parto vaginal y no cuenta con antecedentes de anemia, dismenorrea o menstruación abundante. Otro beneficio de este anticonceptivo es que podría retirarlo en menopausia debido a su edad.
  - Proporcionar información acerca del método, mecanismo de acción, efectos adversos y características.

**4) Mujer de 28 años, primípara, madre de bebé de 4 semanas de vida. Antes de quedarse embarazada tomaba anticoncepción hormonal combinada oral. Acude a consulta de enfermería Atención Primaria porque quiere reanudar método anticonceptivo hormonal.**



### **Actuación enfermera:**

- **Realizar anamnesis:**
  - Mujer que ha tenido un parto vaginal hace 4 semanas, desde el momento del parto alimenta a su hijo con lactancia materna exclusiva.
  - No hábito tabáquico ni patologías previas de interés.
  - Usuaria de anticoncepción hormonal combinada oral desde hace 7 años, dice sentirse cómoda y habituada a utilizar ese método.
- **Asesoramiento anticonceptivo:**
  - Según su demanda y características, el método hormonal más indicado es la píldora de solo gestágeno, puesto que es un método oral al que está habituada y está permitido en la lactancia materna. También es una buena oportunidad para hablarle sobre el DIU de cobre, indicado si ha habido algún parto vaginal y evitar así el método hormonal, indicándole que ante un futuro deseo de embarazo podría retirarse. Añadir que cualquier método hormonal de sólo gestágeno estaría permitido en lactancia.
  - Explicar características, mecanismo de acción, y efectos adversos de ambos métodos para tomar una libre decisión.

### **Conclusiones**

Existe un gran abanico de métodos anticonceptivos, tanto hormonales como de barrera o intrauterinos, los cuales deben adaptarse a las necesidades y estado de salud de la mujer, recayendo en esta última la elección del anticonceptivo más apropiado. Para ello es fundamental un adecuado asesoramiento y seguimiento enfermero que además de basarse en la actualización de conocimientos promueva la salud sexual y reproductiva.

### **Bibliografía**

1. De la Cuesta Benjumea R, Franco Tejada C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011, 35: 75-87.
2. Kaunitz AM. Hormonal contraception for supression of menstruation. In: UpToDate, Barbieri RL (ed), UpToDate, Walthman, MA, 2012.
3. Del Cura González I, Arribas Mir L. Anticoncepción. *Actualización en medicina de familia* 2010; 6 (10):567-574.
4. Peláez Mendoza J. Los regímenes extendidos, una opción válida para conocer y promover. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009, 35 (2).
5. Pérez Campos E, Lete Lasa I. (editores) *Métodos anticonceptivos. Bases fisiológicas y manejo clínico*. Madrid; 2008.
6. Bonacho Paniagua I. Anticoncepción. *Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]*. La Coruña: *Fisterra.com*; 1990- [actualizada el 29 de noviembre de 2010; acceso 16 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
7. Halpern V, Raymond EG, Lopez LM. Uso repetido de la anticoncepción hormonal pre y poscoital para la prevención del embarazo (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD007595. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

8. Vademecum Internacional 2011. Madrid: UBM Medica; 2011. Anticonceptivos de emergencia: levonorgestrel; p. 301.
9. Canelo MJ. Diferentes pautas de administración (ritmo de uso): diario, semanal, mensual, trimestral. En: Libro de Ponencias: Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Aranjuez. Sociedad Española de Contracepción, 2005. p. 217-225. (actualizado el 10 de septiembre de 2008, acceso el 6 de octubre de 2013 ). Disponible en:  
[http://www.sec.es/area\\_cientifica/conferencias\\_consensos/anticonceptivos\\_hormonales/](http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consensos/anticonceptivos_hormonales/)
10. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.
11. Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS. 2009. Consultado el 14 de octubre de 2013, disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf)
12. NNConsult.NANDA NOC NIC [sede Web]. Elsevier; 2013 - (acceso el 30 de enero de 2014). Disponible en <http://www.nnnconsult.es>



