

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y ANTICONCEPCIÓN

TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN

Dismenorrea

La dismenorrea es un trastorno muy frecuente que consiste en la aparición de dolor abdominal o pélvico que suele comenzar varias horas antes o inmediatamente después del inicio de la menstruación y tiene una duración de dos o tres días.

Lo pueden presentar del 30 al 50% de mujeres en edad fértil, y en un 10% de casos puede llegar a ser incapacitante para realizar las funciones habituales de la vida diaria. Aunque en muchos casos no hay ninguna alteración, también puede representar el primer indicio de varias patologías ginecológicas. Se clasifica en dismenorrea primaria cuando el cuadro doloroso aparece en ausencia de patología evidente y en dismenorrea secundaria cuando el dolor es consecuencia de una enfermedad (endometriosis, miomas, complicaciones secundarias al uso del DIU).

La dismenorrea primaria se ha asociado a los ciclos que ocurren con ovulación. La etiología se atribuye al aumento de la producción de prostaglandinas durante la fase lútea del ciclo menstrual. La progesterona producida por el cuerpo lúteo es la responsable de la producción de prostaglandinas, que producen el dolor. Éste aparece unas horas antes o inmediatamente después del inicio de la menstruación y puede durar hasta 72 horas.

Las prostaglandinas son las responsables de las contracciones de la musculatura lisa uterina durante las cuales se produce una isquemia uterina. Por otra parte, la PGF2 sensibiliza las terminaciones nerviosas contribuyendo a la continuación del dolor.

El dolor afecta a la parte baja del abdomen, la región lumbosacra en la espalda y puede irradiar hasta las piernas. También puede ir acompañado de náuseas, vómitos, diarrea y cefalea. Pueden presentarse ciclos con menstruaciones no dolorosas.

La dismenorrea secundaria es de aparición más tardía (inicio suele ser a partir de los veinticinco años de edad). El dolor puede ser de menor intensidad pero de duración más larga que en la dismenorrea primaria y puede no coincidir exactamente con la menstruación, puesto que depende de la enfermedad asociada. La clínica es más variada, en muchas ocasiones predominan los síntomas de la alteración que la motiva.

Medidas preventivas

Es importante erradicar los mitos presentes en la sociedad acerca de la menstruación, que impiden una correcta comprensión del proceso fisiológico y la toma de medidas eficaces. En ocasiones el hecho de tener modelos cercanos de mujeres (hermanas, madre, amigas) que sufren cuadros de dismenorrea, puede desencadenar el mismo cuadro, por un modelo de aprendizaje (sugestión/imitación). Otros factores desencadenantes pueden ser la ansiedad o el estrés.

Las medidas preventivas pueden considerarse medidas higiénico-sanitarias, que ayudarán a disminuir el posible dolor. Entre ellas están:

- El calor en el abdomen o en la espalda puede contribuir a disminuir el dolor. Sentarse en un baño de agua caliente 10-15 minutos diarios mejora la sintomatología.
- Aumentar el consumo de agua, zumos de frutas y verduras y disminuir el consumo de alcohol durante la menstruación (el alcohol tiende a prolongar el dolor menstrual).
- Reducir el consumo de grasas, carne y condimentos.
- Intensificar la higiene y el aseo personal, contribuirá a mejorar su estado de ánimo.
- Realizar todas aquellas actividades que su estado le permita. No es conveniente levantar pesos o permanecer de pie mucho tiempo.
- Es recomendable hacer ejercicio moderado para favorecer la circulación.
- Descansar y dormir el tiempo adecuado.

Tratamiento

El tratamiento no farmacológico como la aplicación de calor local puede constituir un remedio útil para las pacientes con dolor leve, o para aquellas que no consiguen calmar el dolor con dosis máximas de analgésicos o que sean intolerantes al tratamiento farmacológico.

AINE

El tratamiento farmacológico de elección son los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE) debido a su mecanismo de acción de inhibición de síntesis de prostaglandinas. Son el tratamiento de primera elección para tratar de forma inmediata una dismenorrea primaria. Los AINEs de elección son:

- Ibuprofeno (400 mg/6 horas)*
- Diclofenaco (50 mg/8 horas) **
- Naproxeno (250 mg/6-8 horas)**
- Ácido mefenámico (250 mg/6 horas)**

* Medicamento no sujeto a prescripción médica según la presentación.

** Medicamentos de prescripción médica.

Los AINEs se deben administrar desde el inicio del dolor y durante, al menos, 3 días.

El ácido acetilsalicílico no ha demostrado demasiada eficacia y junto al efecto antiagregante plaquetario que presenta, no lo hacen de elección.

Paracetamol

El paracetamol que actúa como analgésico aunque la acción sobre la síntesis de prostaglandinas es menor que la producida por los AINEs.

Las dosis habituales son 500-1000 mg cada 4-6 horas hasta un máximo de 4g/día.

En el mercado existen especialidades farmacéuticas que contienen aparte de paracetamol, otros ingredientes como cafeína, antihistamínicos, para intentar combatir otros síntomas que se presentan durante la menstruación.

Anticonceptivos orales

Deberán ser prescritos por un médico. Son efectivos en la dismenorrea primaria. Se obtiene una respuesta terapéutica en al menos un 75% de las mujeres tratadas. No se ha demostrado una eficacia superior de ningún estrógeno o progestágeno; se deberá elegir aquel mejor tolerado por la mujer. Son el fármaco de elección si se desea también anticoncepción.

Para concluir si son eficaces, deben administrarse durante por lo menos 3 ó 4 meses. Si a pesar de la administración cíclica de anticonceptivos la sintomatología aún persiste, puede ser necesaria la administración continuada de anticonceptivos, para inhibir la menstruación.

Menorragia

Se define como flujo menstrual anormalmente profuso (más de 80 ml) o menstruación prolongada (más de 7 días). Aunque alrededor del 30% de las mujeres tienen periodos abundantes, sólo el 10% padece menorragia.

La causa más común es el desequilibrio hormonal de estrógeno y progesterona. El desequilibrio hormonal es más probable en adolescentes que acaban de comenzar a menstruar y en mujeres que se acercan a la menopausia.

Otras posibles causas son:

- Origen idiopático
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Pólipos cervicales o endometriales
- Fibroides uterinos
- Algunas enfermedades de transmisión sexual, tales como: clamidia, gonorrea, o verrugas genitales
- Trastornos de la coagulación
- Problemas con un dispositivo intrauterino (excepto los que liberan levonogestrel)
- Embarazo ectópico
- Disfunción ovárica
- Quistes ováricos
- Medicamentos anticoagulantes y antiinflamatorios
- Complicaciones derivadas del embarazo, tales como aborto espontáneo

Raramente puede ser ocasionada por tumor de endometrio, cérvix o tumor ovárico. En muchas ocasiones, su origen es idiopático, y no existe ninguna patología específica que la cause. Si el proceso se hace crónico puede aparecer anemia debido a la pérdida sanguínea. Las pruebas diagnósticas para dilucidar el origen suelen ser la biopsia endometrial o la citología vaginal.

Tratamiento

Los tratamientos farmacológicos para la menorragia son:

Anticonceptivos orales

Deberán ser prescritos por un médico. Son el tratamiento farmacológico de elección, y son también efectivos si existe dismenorrea concomitante.

AINE

AINE, al inhibir de síntesis de prostaglandinas, no existe tanta vasodilatación y disminuyen las contracciones uterinas. Normalmente se utilizan combinados con otro fármaco. Los AINE de elección son:

- Ibuprofeno (400 mg/6 horas)*
- Diclofenaco (50 mg/8 horas) **
- Naproxeno (250 mg/6-8 horas)**
- Ácido mefenámico (250 mg/6 horas)**

* Medicamento no sujeto a prescripción médica según la presentación.

** Medicamentos de prescripción médica.

Ácido tranexámico

El ácido tranexámico puede estar indicado en la hemorragia debida a hiperfibrinólisis y se utiliza en el sangrado por DIU, aunque no tiene efecto en la posible dismenorrea concomitante. Debido al riesgo de trombosis, no puede administrarse de manera prolongada.

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel

Está indicado para el tratamiento de la menorragia idiopática.

Es un dispositivo intrauterino en forma de T que libera levonorgestrel de manera continuada. Las altas concentraciones de levonorgestrel en el endometrio inhiben la síntesis endometrial de receptores estrogénicos y progestágenos, insensibilizando el endometrio a los estrógenos circulantes e induciendo un potente efecto antiproliferativo. Se disminuye la menstruación. Los eventos adversos relacionados con el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel son aumento de peso, acné, náuseas, mastalgia.

Su duración máxima es de 5 años.

Por último, según una revisión Cochrane, que evaluaba el danazol como tratamiento para la reducción del sangrado menstrual abundante, concluía que era tratamiento efectivo, pero los efectos adversos podían ser inaceptables para las mujeres.

El danazol suprime las hormonas que estimulan el endometrio (la mucosa del útero que se descama durante la menstruación). Sin embargo, el danazol puede también producir características masculinas y algunos síntomas parecidos a la menopausia, así como aumento de peso y acné. La revisión encontró que aunque el danazol era efectivo para reducir las pérdidas sanguíneas menstruales, no existen suficientes ensayos para mostrar si este tratamiento es aceptable para las mujeres con sangrado menstrual abundante. Las recomendaciones para la atención clínica son limitadas debido al escaso número de ensayos clínicos y a los pequeños tamaños de muestra de los ensayos incluidos, siendo poco probable que se realicen estudios adicionales en el futuro.

CONTRACEPCIÓN**INTRODUCCIÓN**

La elección del método anticonceptivo depende de diversos factores. Uno de los factores que se debe tener en cuenta a la hora de elegir un método anticonceptivo es la eficacia del mismo. La eficacia de un método anticonceptivo es la capacidad que ofrece para impedir la gestación. Suele expresarse mediante el índice de Pearl, que se define como el número de embarazos que presentaría teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año. La tabla 1 recoge la eficacia de diversos métodos anticonceptivos. La eficacia teórica es la tasa de embarazos por 100 mujeres en un año de utilización de un método anticonceptivo en condiciones óptimas y la eficacia real es la condicionada por posibles fallos humanos en su utilización. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente tienen un amplio rango de eficacia, habitualmente estos métodos tienden a ser más efectivos a medida que se adquiere más experiencia con el mismo. Otros factores relevantes en la elección de un método anticonceptivo son los efectos adversos y contraindicaciones del método utilizado, los beneficios no contraceptivos, el cumplimiento, la edad, la actividad sexual, el coste y la actitud del usuario hacia los anticonceptivos. También se deben considerar ciertas situaciones especiales recogidas en la tabla 2.

Tabla 1. EFECTIVIDAD DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

EFECTIVIDAD DE GRUPO	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ÍNDICE DE PEARL	
		Eficacia real	Eficacia teórica
	Sin método	85	85
Sólo algo efectivos usados de manera habitual	Espermicidas	29	18
	<i>Coitus interruptus</i>	27	4
Efectivos usados correctamente	Abstinencia periódica o “métodos basados en el conocimiento de la fertilidad”	24	1-9
	Esponja (con espermicida)		
	Mujeres no nulíparas	32	20
	Mujeres nulíparas	16	9
	Diafragma (con espermicida)	16	6
	Preservativo		
	Femenino	21	5
	Masculino	15	2
Efectivos usados de forma típica Muy efectivos usados correctamente	Anticonceptivos orales combinados	8	0,3
	Parche transdérmico	8	0,3
	Anillo vaginal	8	0,3
	Progestágenos inyectables	3	0,3
Siempre muy efectivos	DIU cobre	0,8	0,6
	Sistema intrauterino de levonorgestrel	0,1	0,1
	Implantes de progestágenos	0,05	0,05
	Esterilización femenina	0,5	0,5
	Esterilización masculina	0,15	0,10

0-1 Muy efectivo; 2-9 Efectivo; 10-30 Algo Efectivo

Tabla 2. ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN SITUACIONES ESPECIALES

SITUACIÓN CLÍNICA	COMENTARIOS
Migraña	
Con aura, cualquier edad	El uso de AOC está contraindicado. Considerar la utilización de DIU o métodos barrera. Se puede considerar la utilización de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos en el caso de inicio de tratamiento
Sin aura y edad >35 años	Considerar la utilización de DIU o de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos.
Sin aura y edad <35 años	Considerar la utilización de DIU o de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos. Se puede considerar los AOC en el caso de inicio de tratamiento
Epilepsia	
En tratamiento con fármacos inductores enzimáticos (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	Considerar el uso de DIU o de sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel; también puede considerarse el uso de inyectables hormonales combinados así como de inyectables de progestágenos solos. No se recomienda el uso de AOC ni de progestágenos solos vía oral o en implantes subdérmicos.
Hipertensión arterial	
PA sistólica 140-159 mm Hg o PA diastólica 90-99 mmHg	El uso de AOC no está recomendado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos.
PA sistólica >160 mmHg o PA diastólica >100 mmHg	El uso de AOC está contraindicado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos solos (excepto inyectables)
Con enfermedad vascular	El uso de AOC está contraindicado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos solos (excepto inyectables)
Diabetes mellitus	
Controlada, sin complicaciones y sin otros factores de riesgo CV	Considerar el uso de cualquier método anticonceptivo
Con complicaciones (nefropatía, Retinopatía, neuropatía, HTA...)	El uso de AOC está contraindicado
Tabaquismo	
Edad <35 años	Considerar el uso de cualquier método contraceptivo. En el caso de optar por AOC es necesario informar a la paciente de la importancia del abandono del hábito tabáquico.
Edad >35 años	El uso de AOC está contraindicado. Es adecuado cualquier sistema anticonceptivo con progestágenos solos, DIU_ o métodos barrera.
Cáncer de mama	
	La contracepción hormonal está contraindicada. Recomendado el DIU
Hepatitis vírica activa	
	La contracepción hormonal está contraindicada. Recomendado el DIU
Lactancia	
	Es adecuado cualquier sistema anticonceptivo con progestágenos solos, DIU o métodos barrera. No se recomienda el uso de AOC hasta pasados 6 meses del parto.

AOC: Anticonceptivos orales combinados

Es importante instruir a los pacientes en el manejo de los anticonceptivos. Debemos insistir en las precauciones que deben tomar en casos de olvidos, vómitos o diarreas, y las posibles interacciones con otros medicamentos. Además se les debe recordar que deben consultar cualquier síntoma alarmante.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Los anticonceptivos hormonales combinados contienen tanto estrógenos como progestágenos. Junto con el preservativo, constituyen el método anticonceptivo más ampliamente utilizado, debido a su alta efectividad, simplicidad de uso y no afectación de la relación sexual. Actualmente en España están comercializados en forma de comprimidos, parches, anillo vaginal e inyección intramuscular.

1. COMPRIMIDOS

Las formulaciones pueden ser monofásicas (cada comprimido contiene una cantidad fija de estrógeno y progestágeno), bifásicas (cada comprimido contiene una cantidad fija de estrógeno y la cantidad de progestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo) o trifásicas (la cantidad de estrógeno puede ser fija o variable y la cantidad de progestágeno aumenta según 3 fases iguales).

2. PARCHES TRANSDERMICOS

Contiene una combinación de 6 mg norelgestromina y 750 mcg de etinilestradiol y es de reposición semanal. Cada parche transdérmico libera 150 mcg de norelgestromina y 20 mcg de etinilestradiol cada 24 horas. El sistema transdérmico evita el primer paso hepático, por lo que la biodisponibilidad es mayor, lo que permite dosis menores y menos efectos secundarios. La única especialidad comercializada en España es Evra®.

Puede estar especialmente indicado en pacientes que tengan problemas de cumplimiento ya que se aplica un parche una vez a la semana durante tres semanas consecutivas, seguidas de una semana libre de parche por ciclo.

En cuanto a su eficacia, el índice de Pearl con el uso perfecto es de 0.7 % y del 0.88 % con el uso habitual. La eficacia es menor en mujeres con peso corporal mayor de 90 Kg.

El mecanismo es similar al de los anticonceptivos orales. El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, pero también puede contribuir a la eficacia del producto las alteraciones del moco cervical y endometrio.

3. ANILLO VAGINAL

Es un anillo flexible de 54 mm de diámetro que se coloca en la vagina, libera 15 mcg de etinilestradiol y 0,120 mg de

etonogestrel cada día. Esta vía de administración también evita el paso hepático. La especialidad comercializada en nuestro país se denomina Nuvaring®.

Se puede insertar y extraer por la propia paciente, una vez insertado el anillo se dejará en la vagina durante 3 semanas seguidas, después de un periodo de una semana de descanso se insertará un nuevo anillo.

Su efectividad puede ser superior al 99 %. En los ensayos realizados se han obtenido índices de Pearl entre 0.65 y 1.18. Tiene un grado de cumplimiento del 85 %-90 %.

Presenta las mismas indicaciones y contraindicaciones que los anticonceptivos orales combinados, y puede resultar indicado para las mujeres que prefieran la vía vaginal. Es muy frecuente el aumento del flujo vaginal, el resto de los efectos secundarios son similares a los anticonceptivos orales combinados. Puede no ser adecuado para mujeres con prolapso uterino o estreñimiento grave.

4. INYECCION

Se administra por vía IM mensualmente y está compuesta por 150 mg de algestona y 10 mg de estradiol. La única especialidad comercializada en España se denomina Topasel®. Se recomienda en mujeres con enfermedades psiquiátricas, o en mujeres que viajan mucho y tienen grandes cambios horarios.

PROGESTAGENOS

Actualmente en España los anticonceptivos que contienen solamente progestágenos están disponibles por vía oral, inyección IM, implante subcutáneo y dispositivo intrauterino.

1. PROGESTAGENOS ORALES

La única presentación disponible en España es Cerazet® (compuesta por 75 mcg de desogestrel).

El principal mecanismo de acción es la alteración del moco cervical, reduce el volumen del moco, incrementa su viscosidad y alteran su estructura molecular, de esta forma la penetración del espermatozoide es nula o muy baja. La ovulación se puede suprimir total o parcialmente.

Presenta índices de embarazos ligeramente superiores a los anticonceptivos orales combinados (ver tabla 1) y exige un control posológico estricto.

Este método anticonceptivo estaría indicado en mujeres que requieran un método libre de estrógenos. Así, estaría recomendado en mujeres de más de 35 años que fumen, mujeres que tengan migraña con síntomas neurológicos, mujeres que no toleren los efectos secundarios de los anticonceptivos combinados, o mujeres que estén en periodo de lactancia.

Las contraindicaciones absolutas son embarazo y cáncer de mama. Las contraindicaciones relativas son hepatitis viral activa y tumores hepáticos.

La reacción adversa más frecuente es el sangrado irregular.

2. INYECCIÓN

Está compuesto por medroxiprogesterona 150 mg. Únicamente existe una especialidad comercializada que se denomina Depo Progevera®. Se administra en inyección IM cada 2-3 meses.

El mecanismo de acción más importante es la inhibición de la secreción de las gonadotropinas a nivel pituitario, por lo que suprime la ovulación. De la misma forma incrementa la viscosidad del moco e induce atrofia endometrial.

Este método estaría indicado en mujeres que tienen problemas con el cumplimiento de otros métodos anticonceptivos, también en mujeres que requieren un método libre de estrógenos al igual que los progestágenos por vía oral.

Las contraindicaciones y efectos adversos son similares a los progestágenos por vía oral. Aunque es un método anticonceptivo reversible puede retrasar el retorno de la ovulación una media de 9 meses. Además, la mayoría de los estudios demuestran una reducción en la densidad mineral ósea, aunque parece que no causa osteoporosis.

3. IMPLANTES SUBCUTÁNEOS

Se insertan en la cara interna del brazo y liberan de forma controlada el progestágeno. Requieren de la implantación por personal especializado, aunque el procedimiento suele ser sencillo y rápido, tanto para su implantación como para su extracción.

Existen comercializadas dos presentaciones en España:

- Implanon®: Es un implante monovarilla que libera etonorgestrel de manera continuada, se debe reemplazar cada 3 años.
- Jadelle®: Son dos cilindros flexibles que liberan levonorgestrel como contraceptivo de mantenimiento hasta una máximo de 5 años, aunque se recomienda sustituirlo a los 4 años sobre todo en mujeres que pesan más de 60 Kg.

Estos dispositivos son de utilidad en mujeres en las que el cumplimiento sea problemático y/o muestren preferencia por la vía subcutánea de administración.

Los efectos adversos más frecuentes son hemorragias irregulares o prolongadas, lo que origina abandonos del tratamiento en algún caso. Además, en el brazo portador de los implantes han sido más frecuentes las tromboflebitis y flebitis superficiales.

4. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Es un sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel de 52 mg con una tasa inicial de liberación de 20 µg/24 h. La única especialidad comercializada se denomina Mirena®. En los ensayos clínicos realizados, el DIU de levonorgestrel ha demostrado una eficacia algo superior al DIU de cobre < 250 mm³ y una eficacia similar a la del DIU de cobre > 250 mm³. En cuanto a los efectos adversos, durante los primeros meses puede dar lugar a sangrado intermitente y manchado. Tras 3-6 meses de tratamiento se ha observado la aparición de un 20 % de casos de amenorrea. Además, puede presentar en los primeros meses, un perfil de reacciones adversas similar al de los progestágenos.

Este dispositivo puede ser una alternativa útil para mujeres no núlparas con menstruaciones abundantes y prolongadas, en las que la posible amenorrea no suponga un rechazo.

CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA

Se denomina contracepción de emergencia el uso de diferentes métodos que, utilizados por la mujer después de una relación coital con riesgo de embarazo no deseado, son capaces de prevenirlo.

1. GESTÁGENOS: LEVONORGESTREL

La administración de levonorgestrel 1.5 mg por vía oral es el tratamiento de contracepción de emergencia hormonal más efectivo y con menos efectos adversos de los disponibles actualmente en España.

Presenta diversos mecanismos de acción según el día del ciclo en el que se administra: inhibición o retardo de la ovulación, cambios en el endometrio, modificaciones en el moco cervical. No interrumpe una gestación ya implantada.

El levonorgestrel consigue una reducción de la tasa de embarazos de un 95 % si se administra durante las primeras 24 horas después del coito, de un 85 % entre las 25 y las 48 horas después de este y de un 58 % si la administración se produce entre las 49 y 72 horas siguientes al coito.

Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas (23 %), los vómitos (6%), mastodinia (10%), cansancio (17%), mareo (11%) y cefalea (10%).

Está contraindicado en caso de embarazo o antecedente de hipersensibilidad a alguno de los componentes. Como contraindicación relativa están los síndromes de mala absorción. La dosis recomendada es de 1,5 mg (dos comprimidos de 0,75 mg) después de la relación coital de riesgo (antes de las 72 horas). Si la paciente experimenta vómitos dentro de las 2-3 horas siguientes a la administración de una dosis, ésta tendrá que volver a repetirse lo antes posible.

Es más eficaz y presenta menos efectos adversos que el método de Yuzpe.

Las presentaciones disponibles en España de levonorgestrel 0.75 mg son Norlevo® y Postinor®.

2. ESTÓGENOS Y PROGESTÁGENOS COMBINADOS:

PAUTA DE YUZPE

Ha sido el tratamiento más ampliamente utilizado desde los años 70. El mecanismo de acción también es variado y similar al del levonorgestrel. Tampoco interrumpe la gestación una vez implantada.

La pauta de Yuzpe consigue una reducción en la tasa de embarazos de un 77 %, si el tratamiento se toma en las primeras 24 horas, de un 36 % entre las 25 y las 48 horas y de un 31 % entre las 49 y las 72 horas siguientes al coito de riesgo. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas (50%), vómitos (19 %), mastodinia (20%), cansancio (28%) mareo (17%) y cefalea (10%).

La pauta recomendada es de 2 comprimidos (0.05 mg de estinilestradiol y 0.25 mg de levonorgestrel por comprimido) lo antes posible después de la relación coital de riesgo (an-

tes de 72 horas) y dos comprimidos más a las 12 horas de la primera dosis. Si la paciente experimenta vómitos dentro de las 2-3 horas siguientes a la administración de una dosis, ésta tendrá que volver a repetirse lo antes posible

Está contraindicado en caso de embarazo y antecedentes de hipersensibilidad a alguno de los componentes. Las contraindicaciones relativas son antecedentes de tromboembolismo venosos, las primeras 6 semanas posparto, la lactancia materna y los síndromes de mala absorción grave.

3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Es el método más efectivo de contracepción de emergencia aunque para su inserción se requiere un profesional preparado. No hay estudios que comparen la efectividad del DIU con la contracepción de emergencia hormonal.

El DIU actúa evitando la implantación del huevo fecundado. Presenta una baja incidencia de efectos secundarios, el más frecuente es el aumento del sangrado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía clínica para trastornos menores obstétricos y ginecológicos. The pharmaceutical letter 2009;7(11) 57-60.
2. Fotini K. Hatzopoulos, Rosalie Sagraves, Jennifer L. Hardman. Obstetrics. En: Mary Anne Koda-Kimble, Lloyd Yee Young, editores. Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs 7ª. Ed. 2001. p. 44-1 a 44-43.
3. Cáncer de endometrio y anticonceptivos orales. The Lancet Oncology 2015; 16 (9): 91061 a 1070. http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=5845
4. Anticonceptivos orales combinados y riesgo de embolia pulmonar, accidente cerebrovascular e infarto de miocardio. BMJ 2016; 353: i2002. Disponible en: http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=6067
5. WHO (2015) Medical eligibility criteria for contraceptive use (Fifth edition). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf
6. WHO (2016) Selected practice recommendations for contraceptive use (Thirt edition). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/
7. Menopausal Hormone Therapy and Cancer Risk. American Cancer Society 2015. <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/medical-treatments/menopausal-hormone-replacement-therapy-and-cancer-risk.html>

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>