



**DOCUMENTO SOBRE EL USO DE
ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA
DURACIÓN (LARC): DIUs E IMPLANTES**

Elaborado por: Grupo de Trabajo de Anticoncepción del Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM).

Aprobado por: Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica
Consejería de Salud – Región de Murcia
1 de junio de 2020

Código: CRFT/DOC/LARC/DEI/062020



Índice

1.	INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANTICONCEPCIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER (PIAM).....	3
2.	SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	5
3.	INTRODUCCIÓN.....	6
4.	JUSTIFICACIÓN.....	6
5.	OBJETIVOS.....	8
6.	ADHERENCIA Y ANTICONCEPCIÓN.....	9
7.	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLE DE LARGA DURACIÓN (LARC).....	10
	7.1 LARC CON GESTÁGENOS.....	10
	7.1.1 IMPLANTE SUBDÉRMICO.....	10
	7.1.1 DIU CON LEVONORGESTREL.....	11
	7.1.3 VENTAJA DE LOS LARC CON GESTÁGENOS.....	11
	7.2 LARC SIN GESTÁGENOS. DIU DE COBRE.....	12
8.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN/CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE LARCS.....	14
9.	SEGUIMIENTO CLÍNICO.....	14
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	15
11.	ANEXO I. CRITERIOS ELEGIBILIDAD OMS 2015 PARA EL USO DE LARC	20
12.	ANEXO II. INDICACIÓN DE USO DE LOS LARCS.....	23



1. Integrantes del Grupo de Trabajo de Anticoncepción del Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)

Coordinadora del Grupo

Magdalena Molina Oller.

Ginecóloga. Hospital Universitario Rafael Méndez. Jefa de estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología Región Murcia

Miembros del Grupo de Trabajo

Francisca Postigo Mota.

Matrona. Atención Primaria del Área IX de Salud. Técnico de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

María Carmen Montiel Amador.

Matrona. Atención Primaria del Área VI de Salud.

Presentación García Martínez.

Ginecóloga. UGA del Área I de Salud. Cieza.

Luisa Pilar León Martínez.

Médica de familia. Centro de Salud Floridablanca. Área VII.

Remedios García Andrés.

Residente ginecología.

Marta Ruíz Mira.

Residente matrona.



Colaboradores

Antonio Pérez Carrión.

Ginecólogo. UGA del Área VI de Salud

Antonia Ballesta Cabrero.

Médica de familia. Subdirectora de Atención Primaria del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

José Luis Mesequer Reverte.

Ginecólogo. Centro especialidades San Andrés Área I de Salud.

M. Nieves Muñoz Rodríguez.

Matrona. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano.



2. Siglas y abreviaturas

ACOG: Colegio de Ginecólogos y Obstetras de América (American College of Obstetrics and Gynecologists)

DIU: Dispositivo intrauterino

DIU-Cu: Dispositivo intrauterino con cobre

FSRH: La Facultad de Salud Sexual y Reproductiva (The faculty of sexual reproductive health, *en inglés*)

IP: Índice de Pearl

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

LARC: Anticoncepción Reversible de Larga duración (Long Acting Reversible Contraception, *en inglés*)

LNG: Levonorgestrel

NICE: Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (National Institute for Clinical Excellence, *en inglés*)

OMS: Organización Mundial de la Salud

SARC: Anticoncepción Reversible de corta duración (Short Acting Reversible Contraception, *en inglés*)

SEC: Sociedad Española de Contracepción

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SLI: Sistema de liberación intrauterino

SMS: Servicio Murciano de Salud



3. Introducción

La salud sexual es una parte fundamental de la salud general y de la calidad de vida de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975), la salud sexual y reproductiva implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos cuando se desee, lo que supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo (marco legal en España sobre Salud Sexual y Reproductiva), en su preámbulo destaca la importancia de la anticoncepción y la responsabilidad de los poderes públicos en promocionarla.

Los embarazos no planificados tienen importantes consecuencias físicas, emocionales, sociales, económicas, etc., en todos los casos, y especialmente cuando se produce en población vulnerable como es la adolescencia (López et al., 2016).

En España se calcula un 35 % de todos los embarazos entrarían dentro de esta categoría. De éstos, un importante porcentaje termina en una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (Lete et al., 2015)

La tasa de IVEs notificadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad correspondiente al año 2018 en la Región de Murcia es del 11,68 por mil mujeres, cifra que se encuentra por encima de la tasa nacional de 11,12. Esto nos da idea de la magnitud del problema y de la necesidad de plantear estrategias para disminuir los embarazos no planificados y las IVE (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018*)

4. Justificación

Los anticonceptivos reversibles de larga duración son aquellos anticonceptivos cuyo efecto tiene una duración mayor de dos ciclos ovulatorios y con lo que la mujer recupera la fertilidad tras su abandono. Incluyen los implantes



subcutáneos de gestágenos y los dispositivos intrauterinos (DIU) de gestágenos o de cobre. Aunque la mayoría de métodos anticonceptivos son eficaces, las guías basadas en la evidencia ponen de manifiesto la necesidad de que sean efectivos. Los métodos anticonceptivos más efectivos son aquellos que no dependen ni del cumplimiento ni de la persistencia de su uso, como es el caso de los métodos irreversibles, tales como la vasectomía, la ligadura de trompas, y de métodos reversibles como la utilización de los LARC (SEGO, 2006).

En la actualidad organismos internacionales como la OMS, las guías internacionales de práctica clínica (*NICE, 2005; FSRH, 2014; ACOG 2011*) y los protocolos de sociedades científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), y la Sociedad Española de Contracepción la (SEC), indican que los LARC son los **métodos anticonceptivos reversibles más eficaces y coste-efectivos** para evitar embarazos no deseados y disminuir la tasa de IVE.

Numerosas evidencias científicas establecen la relación entre el uso de los LARC y la disminución de embarazos no deseados y de las IVE. Entre las investigaciones más relevantes se encuentra el estudio *CHOICE* realizado en Sant Louis (*EEUU*) con 10.000 mujeres con edades comprendidas entre los 14 y 45 años. Se trata de un estudio de cohorte multicéntrico, de los más grandes que se han realizado, en el que mujeres de todas las edades fértiles, incluyendo un 60% de mujeres menores de 20 años, se les ofreció información y acceso gratuito a cualquier tipo de método anticonceptivo que existía en el mercado. Los resultados mostraron que el 75% de los sujetos del estudio eligieron los LARC. De las que eligieron este tipo de método, a los dos años de seguimiento, el 77% seguía usándolo y referían estar satisfechas con este método anticonceptivo, frente al 47% de las mujeres que habían elegido otro método diferente a los LARC. Los resultados más significativos se produjeron en el grupo de adolescentes, en el que disminuyó la tasa de embarazo no deseado 5 veces (de 158,5 por mil en población adolescente de EEUU *versus* 34 por mil en el grupo de estudio) La tasa de IVE disminuyó también de forma notable, 4 veces (41,5 por



mil versus 9,7) (*Secura et al, 2014*). Resultados similares se encontraron en otros estudios (*Ricketts et al. 2014; Connolly et al. 2014*).

Estos estudios demuestran también que los LARC son los métodos anticonceptivos de mayor coste-efectividad (*Rocca et al., 2016; Trussell et al. 2013; Foster et al., 2013*). El hecho de que los LARC resulten más caros que los métodos de corta duración, que se adquieren para cada acto sexual (preservativo) o cada mes, es una importante barrera de accesibilidad en general para todas las mujeres, pero lo es aún más para aquellas que componen el grupo de mayor vulnerabilidad. Por ello desde las sociedades científicas y basándose en los estudios anteriores, se está solicitando un esfuerzo a las autoridades competentes para que favorezcan su financiación, ayudando así a su accesibilidad.

Igualmente, los estudios anteriormente mencionados contribuyen a que tanto la OMS, así como guías de práctica clínica actuales, recomienden el uso de los anticonceptivos reversibles de larga duración, como método de anticoncepción de primera elección.

Este tipo de métodos anticonceptivos de larga duración tienen especial interés en aquella mujeres que no desean quedar embarazadas en unos años y aquellas que son más vulnerables a estos embarazos no planificados como es el caso de las mujeres adolescentes, mujeres con antecedente de embarazo no planificado o IVE, víctimas de violencia de género, mujeres en situación de exclusión social, o aquellas que han quedado embarazadas utilizando otros métodos anticonceptivos.

5. Objetivos

El **objetivo principal** de este documento es organizar y homogenizar la accesibilidad a la anticoncepción de larga duración en la Región de Murcia.



Los **objetivos** **específicos** son:

- Incrementar la adherencia a una anticoncepción coste-efectiva en la población vulnerable
- Facilitar la oferta y el uso de los anticonceptivos reversibles de larga duración como métodos que mejoran la efectividad de la anticoncepción.
- Disminuir el número de embarazos no planificados e interrupciones voluntarias del embarazo en la Región de Murcia, especialmente en población vulnerable.

6. Adherencia y Anticoncepción:

El consejo contraceptivo debe estar basado en la evidencia científica, en las necesidades y preferencias individuales y en los criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), y en otros aspectos importantes del estilo de vida de la usuaria (Lete et al., 2015).

A la hora de informar sobre los anticonceptivos, además de los beneficios anticonceptivos, hay que valorar los beneficios no contraceptivos de los diferentes métodos para aportar la información más completa y relevante a las necesidades individuales identificadas en la anamnesis previa (SEGO, 2014).

Este abordaje del consejo contraceptivo que reconoce las preferencias y necesidades individuales ha demostrado efectos a largo plazo en la salud reproductiva de la mujer, una mayor adherencia al método y el mayor uso de métodos efectivos a los 6 meses de la intervención con respecto a otros abordajes directivos basado meramente en criterios clínicos (Dehlendorf, 2020)

En los Estados Unidos, el Proyecto CHOICE mencionado anteriormente mostró que las tasas de continuidad de uso de los LARC de mujeres en edad reproductiva, incluyendo adolescentes y jóvenes, son significativamente más altas que aquellas que utilizan métodos de corta acción, debido a la satisfacción con el método y la falta de necesidad de la adherencia diaria o peri-coital.



Uno de los resultados clave de este estudio, fue el hecho de que la preferencia de la usuaria en el proceso de elección del método tuvo un efecto muy significativo en la adherencia al mismo y en el grado de satisfacción con los resultados obtenidos. Esto fue especialmente remarcable en el caso de la población adolescente donde el fallo de la anticoncepción está precisamente en el uso correcto y la adherencia al método.

La adherencia a un método anticonceptivo costo-eficaz reduce los costes derivados de la atención de embarazos no planificados e IVE como consecuencia de un abandono o mal uso de un método con el que la usuaria no se siente satisfecha.

7. Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración LARC

Los principales métodos de Larga duración LARC, están disponibles en formato de dispositivos intrauterinos (DIU) y subdérmicos o implantes. A continuación se describen brevemente.

7.1 LARC con Gestágenos:

7.1.1 IMPLANTE Subdérmico

El implante comercializado en España tiene una varilla con 68 mg de etonogestrel y tiene una duración de 3 años. Es el método más eficaz y efectivo de todos los anticonceptivos existentes, incluidos los irreversibles, con un Índice de Pearl de 0,08 (ver Tabla 1).

Las usuarias candidatas son:

- Aquellas que precisan un método de alta eficacia y adherencia, como ocurre en población vulnerable.



- Mujeres que se puedan beneficiar de un tratamiento con gestágenos de baja dosis como dismenorrea y otras patologías ginecológicas.
- Cuando la usuaria no acepte o no tolere la inserción de dispositivos intrauterino.

7.1.2 DIUs CON LEVONORGESTREL

Son Dispositivos intrauterinos que contienen levonorgestrel. Tienen un Índice de Pearl de 0.1 tanto para su uso teórico (eficacia) como para su uso real (efectividad). Los que actualmente cuentan con financiación en el SMS son los siguientes:

Kyleena®:

Es un sistema de liberación intrauterino (SLI) con 19,5 mg de levonorgestrel y con una duración de 5 años. Al ser el más pequeño, está especialmente indicado en mujeres jóvenes, nuligestas o con cesáreas anteriores

Indicación terapéutica:

- Anticoncepción

Mirena®:

Es un sistema de liberación intrauterino (SLI) con 52 mg de levonorgestrel. La tasa inicial de liberación es de 0,02 mg / 24 h. Su duración es de al menos 5 años

Indicaciones terapéuticas:

- Anticoncepción.
- Menorragia idiopática.



7.1.3 VENTAJAS DE LOS LARC CON GESTÁGENOS

- Son los métodos anticonceptivos actualmente más eficaces y más efectivos.
- Al llevar gestágenos presentan efectos beneficiosos añadidos al efecto contraceptivo, por lo que están especialmente indicados en mujeres que presentan:
 - Sangrado menstrual abundante o menorragia idiopática
 - Anemia ferropénica o patologías que afectan a la hemostasia
 - Dismenorrea
 - Miomas
 - Adenomiosis
 - Endometriosis y dolor pélvico crónico asociado.
 - Tumores benignos de ovario (quistes simples, endometriomas, etc)
 - Enfermedad benigna de mama
 - Cáncer endometrio
 - Otras: Fumadoras (en las que están contraindicados los anticonceptivos con componente estrogénico)

7.2 LARC SIN GESTÁGENOS

DIU DE COBRE

Es un dispositivo intrauterino eficaz y efectivo, con un índice de Pearl de 0,6, algo mayor que los DIUs de gestágenos.

Las mujeres candidatas a su uso son:

- Mujeres que deseen una anticoncepción de larga duración, con un método eficaz y que no tengan sangrado menstrual abundante ni dismenorrea, ni ninguna otra sintomatología que pueda verse exacerbada.
- Mujeres en las que esté contraindicado el uso de método hormonal, no acepten los métodos hormonales o presenten problemas de adherencia y buen uso de los mismos.



Región de Murcia
Consejería de Salud



- En casos de
de emergencia (no está indicado el DIU con gestágeno)

anticoncepción

Tabla 1: Índice de Pearl o Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso típico y de uso perfecto (eficacia) de la anticoncepción

	Índice de Pearl	
	Uso típico	Uso perfecto
<i>Sin método</i>	85	85
<i>Métodos naturales</i>	25-27	1-9
<i>Coito interrumpido</i>	27	4
<i>Preservativo Femenino</i>	21	10
<i>Preservativo Masculino</i>	15	2
<i>Diafragma (con espermicida)</i>	16	6
<i>Anticoncepción hormonal combinada oral</i>	(9)2,18	0,3
<i>Parche transdérmico</i>	(9)1,24	0,3
<i>Anillo vaginal</i>	(9)1,23	0,3
<i>Minipíldora de desogestrel</i>	0,41	0,3
<i>Progestágenos inyectables</i>	3	0,3
<i>DIU de cobre</i>	0,8	0,6
<i>DIU de levonorgestrel</i>	0,1	0,1
<i>Implante de progestágeno</i>	0,08	0,05
<i>Irreversible</i>	0,15-0,5	0,1-0,5

Fuente: Adaptación de Trussel, 2011



8. Criterios de inclusión y exclusión/Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de LARC

Los criterios para valorar la recomendación de uso o desuso de estos métodos en las mujeres que quieran optar por ellos vienen recogidos en la 5ª edición de los criterios de elegibilidad de la OMS publicados en el año 2015. Éstos se recogen en unas tablas resumen elaboradas por el grupo de trabajo y recogidos en el ANEXO I de este documento.

9. Seguimiento Clínico

Según las recomendaciones de la OMS (2018), las indicaciones para el seguimiento de estos métodos son las siguientes:

DIU

Es necesario realizar una única visita a las 3-6 semanas postinsercción, para asegurar la ubicación adecuada del mismo, resolver dudas relacionadas con el método así como detectar posibles complicaciones. No son necesarias más visitas, salvo las recomendadas por el programa de salud vigentes (OMS, 2018).

Retirada del DIU: En mujeres con menos de 45 años, se debe retirar o cambiar por otro DIU a los 5 años. En caso de mujeres de más de 45 años, se puede mantener el mismo DIU hasta la llegada de la menopausia, según se especifica en las guías de práctica clínica actualizadas (FSRH, 2017; NICE 2005; Black, 2016). En mujeres mayores de 50 años, se retirará tras un año de amenorrea.

IMPLANTE

Una vez normo insertado, no precisa seguimiento ginecológico salvo para su retirada o recambio a los 3 años. En caso de IMC > de 30 se recomienda antes de los tres años. Una vez insertado el implante por el profesional, se puede enseñar a la usuaria a la autoverificación para comprobar que se encuentra de forma correcta bajo la piel.



10. Bibliografía

- Abellán-García F. *Manual bioético-legal de consultas en salud sexual y contracepción (SEC)*. 2016
- [/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_06-2013- anticonceptivos.pdf](#)
- Alonso, L. M. J. (2013). *Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción de urgencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. Recuperado de: http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2011). *Longacting reversible contraception: implants and intrauterine devices*. Washington (DC)
- Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, Mirosh M, Norman W, Pymar H, Reid R, Roy G, Varto H, Waddington A, Wagner MS, Whelan AM, Mansouri S. *Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception*. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016 Feb;38(2)
- Cleland K et al (2012); *The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: review of 35 years*. *Human Reprod Jul*; 27 (7) 1994-2000.
- Connolly A, Pietri G, Yu J, Humphreys S (2014). *Association between longacting reversible contraceptive use, teenage pregnancy, and abortion rates in England*. *Int J Womens Health*.
- Dehlendorf C. (2020) *Contraceptive counseling and selection for women*. En Schreiber, C.A. y Eckler, K. (Ed.) *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/contraceptive-counseling-and-selection-for-women?search=adherencia%20y%20anticoncepcion&topicRef=101560&source=see_link#H2438090602
- Faculty of sexual & reproductive healthcare (FSRH) (2017). *Emergency Contraception*. Update. Recuperado de: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinicalguidance/emergency-contraception/>
- Faculty of sexual & reproductive healthcare (FSRH) Clinical Effectiveness Unit (CEU)(2014). *Guidance Progestogen-only Implants*. Recuperado de: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceguidance-implants-feb-2014/>
- Foster DG, Biggs MA, Malvin J, Bradsberry M, Darney P, Brindis CD (2013). *Cost-savings from the provision of specific contraceptive methods in 2009*. *Womens Health Issues*.23(4), 265-71
- FSRH Guidance. *Contraception for Women Aged over 40 year*. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists, August 2017
- Gabriele S et al (2017); *Progestin-onlycontraception and beneficial effects on migraine*. *The Journal of Headache and Pain* 2017, 18 (Suppl 1). .



- Kaunitz A.M et al. (2018).Emergency Contraception. UpToDate
- Lete I, De la Viuda E, Gómez MA, Haimovich S, Martínez M. (2015) Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi. Prog Obstet Ginecol. 58 (1): 4-13
- López García-Franco A, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, Baeyens Fernández JA, del Cura González I, Iglesias Piñeiro MJ, Ortega del Moral A, Jacinta Landa Goñi J, Alonso Coello P.(2016) Grupo de la Mujer del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria.
- López, J.A.R. (2016) Consejo anticonceptivo en Atención Primaria. Revista de atención primaria. Recuperado de: <http://www.sietediasmedicos.com/formacion/curso-de-salud-sexual/tema3-anticoncepcion/item/6415-tema-3-anticoncepcion-consejos-metodos-yelegibilidad#.W0c-k9IzbIU>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2012).Madrid
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Datos estadísticos de interrupción voluntaria de embarazo. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005) Long-acting reversible contraception Clinical guideline Published
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Clinical guideline on long-acting reversible contraception (2005)
- Organización Mundial de la Salud. (1975) Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de informes Técnicos 572. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud. (2018) Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para uso de anticonceptivos. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/
- Programa integral de atención a la mujer. (2012) Consejería de sanidad y política social de la región de Murcia. Recuperado de: <http://www.um.es/igualdad/recursos/piam-rm-2013.pdf>
- Quesada, M. M. (2013). Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción de sólo gestágenos. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recuperado de: http://hosting.sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf
- Ricketts S, Klingler G, Schwalberg R (2014). Game change in Colorado: widespread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in



births among young, low-income women. *Perspect Sex Reprod Health.*;46(3)

- Rocca CH, Thompson KM, Goodman S, Westhoff CL, Harper CC (2016). Funding policies and postabortion long-acting reversible contraception: results from a cluster randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.*
- Secura, G. M. et al. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med*, 2;371(14)
- Serrano I. Anticoncepción en la adolescencia. *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid 2013*
- Sociedad Española de Contracepción (2016). *Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España Encuesta de Anticoncepción en España.*
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. (2006). *Guías de asistencia prácticas en anticoncepción: Consejo contraceptivo.*
- Sociedad Española de Contracepción (2011). *Actualización en el manejo clínico de la Anticoncepción Hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso 2011*
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2014). *Guías de asistencia prácticas en anticoncepción. Anticoncepción intrauterina*
- Turok DK et al; (2013) Intrauterine device: highly effective at any time in the menstrual cycle. *Human Reprod.* Oct; 28 (10).
- Trussell J. et al (2004). *Adolescent sexual behavior, pregnancy, and childbearing.*
- Trussell J. et al (2011). *Contraceptive failure in the United States. Contraception*
- Trussell J, Henry N, Hassan F, Prezioso A, Law A, Filonenko A. (2013) *Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. Contraception.*
- Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD (2008). *Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. Contraception.*
- Yago-Simón T, Tomás C (2015). *Condicionantes de género y embarazo no planificado en adolescentes y mujeres jóvenes. Anales de Psicología, vol.31, nº 3*

ANEXO I

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD (OMS-2015) PARA EL USO DE LARC

Los criterios de elegibilidad de la OMS son muy extensos, por lo que el grupo de trabajo del programa de anticoncepción los ha resumido en la siguiente tabla (Tabla.2) para facilitar la toma de decisiones de los profesionales.

En este Anexo, se adjuntan únicamente las tablas correspondientes a los métodos anticonceptivos objeto de este documento.

Para cada condición o característica médica relevante, a cada método anticonceptivo se le asigna una categoría numéricas (1,2,3,4). En las tablas se usa también un código de color para facilitar la visualización del profesional que hace el consejo contraceptivo. En la tabla 1 se describe la interpretación de los códigos de color y numeración usados:

Tabla 1: Interpretación del código de color y numérico de la tabla 2

Categoría	Color	Interpretación
Categoría 1	Verde	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
Categoría 2	Verde	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados
Categoría 3	Roja	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
Categoría 4	Roja	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Tabla 2: Resumen De elegibilidad de la OMS (2015)

CONDICIÓN O CARACTERÍSTICA MÉDICA	IMPLANTE	DIU-LNG	DIU- Cu
EDAD			
Menarquía < 18 años	1	2	2
A partir de los 18 años	1	1	1
NULIPARIDAD			
	1	2	2
DISLIPEMIA CONOCIDA SIN OTRO FACT. DE RIESGO CV			
	2	2	1
MUJERES CON TRANSTORNOS VENOSOS SUPERFICIALES			
Varices	1	1	1
Trombosis venosa superficial	1	1	1
TABAQUISMO			
Edad < 35 años	1	1	1
Edad ≥35 años < 15 cig/día	1	1	1
Edad ≥35 años ≥15cig/día	1	1	1
OBESIDAD			
IMC ≥ 30 kg/m	1	1	1
Menarquía a < 18 años e IMC ≥ 30 kg/m	1	1	1
HTA			
HTA no evaluable	2	2	1
Niveles de presión 140-159/ 90-99 o hipertensión controlada	1	1	1
Niveles de presión ≥160/100	2	2	1
Enfermedad vascular causada por hipertensión	2	2	1
CÁNCER DE MAMÁ			
Enfermedad Benigna mama.	1	2	1
Historia familiar de cáncer	1	2	1
Cáncer mama: actual	4	4	1
Cáncer mama pasado e inactivo	3	3	1
DIABETES			
Antecedente diabetes gestacional	1	1	1
Diabetes sin afectación vascular	2	2	1
Nefropatía/retinopatía/neuropatía	2	2	1
Otra enf. vascular o ≥ 20 años de diabetes	2	2	1
POSTPARTO CON/ SIN LACTANCIA MATERNA			
< 48 horas	2	2/1	1
Entre 48 horas y 4 semanas	2	3	3
De 4 a 6 semanas posparto	2	1	1
≥6 semanas a < 6 meses posparto	1	1	1
≥ 6 meses posparto	1	1	1
ENFERMEDAD HEPÁTICA			
Tumor de hígado	3	3	1
Hepatitis aguda o exacerbación	1	1	1
TROMBOEMBOLISMO VENOSO			
Antecedente	2	2	1
TEV agudo con/ sin anti coagulación	3 2	3 2	1

CONDICIÓN O CARACTERÍSTICA MÉDICA	IMPLANTE	DIU-LNG	DIU- Cu
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	2	2	1
CARDIOPATIA			
Accidente cerebro vascular	2*	2	1
Cardiopatía isquémica	2*	2*	1
Múltiples factores de riesgo cardiovascular	2	2	1
DOLOR DE CABEZA			
Sin migraña	1	1	
Migraña sin aura	1	1	
Migraña con aura	2*	2*	1
HIV ESTADIO III- IV OMS	1	3 [^]	3 [^]
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	1	3	3
Gonorrea o clamidia	1	4 [^]	4 [^]
Otras ITS o vaginitis	1	2	2
Mayor riesgo de infección de transmisión sexual	1	2/ 3	2/ 3
EIP			
Anterior o actual	1	4 [^]	4 [^]
SEPSIS			
Puerperal o postaborto	1	4	4

* Si el evento sucede empleando dicho método se recomienda el cambio a método no hormonal.

[^] Si la condición aparece mientras se está utilizando dicho método, se puede continuar con el mismo

ANEXO II: INDICACIÓN DE USO DE LOS LARC

