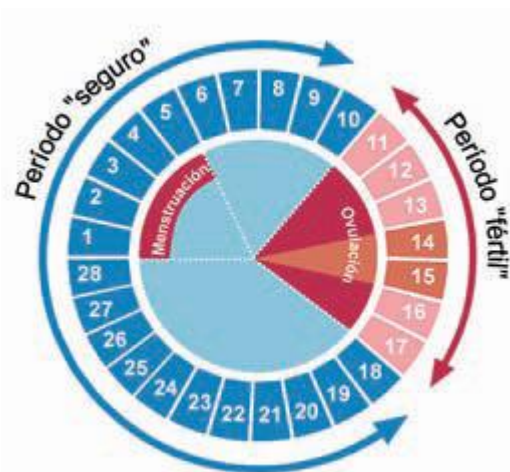


MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Consideraciones antes de la elección:

- La elección del método anticonceptivo debe de ser personal y basada en la adecuada información de todos los métodos disponibles.
- No existen métodos buenos y métodos malos.
- No existe el método ideal.
- No existe un método para toda la vida.
- No hay indicaciones, la elección depende de la persona, de sus circunstancias, del tipo de relación de pareja, del tipo de relación sexual sólo en algunos casos, la elección individual puede estar limitada por contraindicaciones médicas.
- Las supuestas ventajas y desventajas de cada método no son universales, cada persona las evalúa de manera individual, lo que es bueno para unas puede ser todo lo contrario para otras.
- La eficacia anticonceptiva depende en la mayoría de los métodos de si se utiliza correcta y sistemáticamente.
- El retorno de la fertilidad con el uso de métodos anticonceptivos es inmediato, a excepción de los métodos quirúrgicos (que siguen considerándose métodos permanentes), y del inyectable de progestágeno solo (puede retardar la fertilidad de 6 a 10 meses).

I- MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD:



Se basan en observar los signos y síntomas que se producen de forma natural en la fase fértil (ovulación) e infértil del ciclo menstrual, y en evitar las relaciones sexuales con eyaculación vaginal en los días en los que la probabilidad de gestación es teóricamente más alta.

La eficacia anticonceptiva depende de que el seguimiento de las instrucciones se haga de forma sistemática y correcta.

Requieren motivación y participación del compañero.

Estos métodos plantean dificultades de uso en mujeres con ciclos menstruales irregulares, durante el periodo de la lactancia y en la premenopausia por que el periodo fértil de la ovulación puede estar alterado.

Su uso aumenta los conocimientos de la fisiología de la

reproducción.

No protegen de la infecciones de transmisión sexual (ITS).

Son gratuitos

A- TEMPERATURA CORPORAL BASAL (Método postovulación)

Eficacia:75 a 99%.

Consiste en medir la temperatura corporal y evitar coitos vaginales desde la menstruación hasta 3 días después de la elevación de la temperatura.

Normas de uso: medir la temperatura corporal diariamente, a la misma hora sin haberse levantado de la cama y en ayunas. Observar que la temperatura aumenta levemente después de la ovulación (entre 0,2 y 0,4°C) y se mantiene elevada hasta el final del ciclo. La ovulación se produce 24 a 48 horas ANTES de la elevación de la temperatura.

B- MÉTODO BILLINGS O DEL MOCO CERVICAL (Método ovulación)

Eficacia: 75 a 97%.

Consiste en observar los cambios del moco cervical y evitar coitos vaginales desde el comienzo de la secreción vaginal hasta transcurridos cuatro días, a partir del momento en que ya no se observa el moco fluido que recuerda la clara de huevo.

Normas de uso: hay que identificar los días secos y los días húmedos del ciclo menstrual. Terminada la regla comienza un periodo sin flujo asociado a sensación de sequedad vaginal, después la secreción empieza a ser espesa y pegajosa y hacia la mitad del ciclo coincidiendo con la ovulación el moco pasa a ser transparente, elástico y filante, que recuerda la clara de huevo. Este es el signo de la ovulación. A partir de ese momento el moco se vuelve espeso hasta el comienzo de la siguiente menstruación.

C- MÉTODO SINTOTÉRMICO

Eficacia: 75 a 98%.

Consiste en predecir la ovulación mediante el uso conjunto de varias técnicas y evitar coitos vaginales desde que se observa el primer signo de la ovulación o la primera sensación de flujo vaginal (días húmedos) hasta después de que la temperatura haya permanecido elevada durante tres días, o hasta transcurridos cuatro días a partir del momento en que ya no se observa el moco fluido que recuerda la clara de huevo.

Normas de uso: observar la secreción vaginal, los cambios de la temperatura basal, y otros signos de ovulación como mayor sensibilidad de la mama, dolor abdominal, pesadez en bajo vientre.

D- METODO DOS DÍAS

Eficacia: 75 a 96%.

Consiste en observar las secreciones vaginales cada día, cuando se nota cualquier tipo de secreción se considera período fértil ese día y el siguiente.

E- METODO DE DÍAS FIJOS O ESTANDAR

Eficacia: 75 a 95%.

Consiste en evitar el coito vaginal los días 8 al 19 de cada ciclo (ambos inclusive).

La mujer tiene que tener ciclos regulares y ciclos de una duración de entre 26 y 32 días. Si la mujer tiene 2 o más ciclos fuera del rango de 26 a 32 días el cálculo de días fértiles no es posible.

F- MÉTODO DEL CALENDARIO (Ogino – Knaus)

Eficacia: 75 a 91%

Consiste en calcular los días teóricos que son fértiles y evitar coitos vaginales esos días.

Normas de uso: registrar la duración de por lo menos 6 ciclos menstruales contando desde el primer día de regla hasta el día anterior de la siguiente regla. El cálculo de los días de riesgo se hace restando 18 al ciclo más corto el resultado será el primer día fértil, y restando 11 al ciclo más largo y será el último día fértil. Ejemplo si el ciclo más corto fuera de 26 días y el más largo de 30 habría que evitar coito vaginal del día 8 al 19 día del ciclo menstrual.

II- MÉTODO DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA AMENORREA (MELA)

Eficacia: 98%.

La lactancia materna se puede utilizar como método anticonceptivo si se cumplen las siguientes condiciones:

La madre amamanta de forma exclusiva o casi exclusiva (tomas frecuentes de día y de noche).

La madre no tiene la menstruación y esta en los seis primeros meses después del parto.

Gratuito.

No protege de ITS.

III- COITO INTERRUPTIDO (Marcha atrás)

Eficacia: 73 a 96%.

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación que no debe de producirse cerca de la vulva.

La eficacia anticonceptiva depende de si se utiliza correcta y sistemáticamente.

Gratuito.

No protege de ITS.

IV- MÉTODOS DE BARRERA

Son métodos que mediante barreras físicas o químicas bloquean o inactivan los espermatozoides evitando la fecundación.

La eficacia anticonceptiva depende de si se utilizan correcta y sistemáticamente.

Requieren motivación y participación del compañero.

Los preservativos, masculinos y femeninos, son los únicos métodos que previenen de las ITS.

A- ESPERMICIDAS

Eficacia: 71 a 82%.

Son sustancias químicas (nonoxinol-9, cloruro de benzalconio) en crema que inactivan los espermatozoides.

Normas de uso:

- Se introduce la crema en el fondo de la vagina con un aplicador antes del coito.
- No hay que lavarse los genitales con jabón hasta pasadas 6 horas del último coito.

No es recomendable la crema de nonoxinol-9 en mujeres con alto riesgo de contraer VIH.

Aunque es raro pueden producir irritaciones en vagina o pene y aumentar las infecciones del tracto urinario.

No protege de ITS.

PVP: aprox. 6 €.



B- PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN :

Eficacia: 85 a 98%.



Es una funda de látex o poliuretano que se desenrolla sobre el pene en erección, recoge y almacena el semen eyaculado.

Normas de uso:

- Se abre el sobre evitando hacerlo con los dientes u objetos cortantes que puedan dañar el preservativo.
 - Se sujeta el preservativo con los dedos por el depósito que tiene en el extremo, con el fin de que quede libre de aire y se pueda almacenar el semen.
 - Se desenrolla sobre el pene en erección y en toda su extensión, siempre antes de la penetración.
- Inmediatamente después de la eyaculación se sujeta el preservativo, se retira el pene y se comprueba si se ha roto.

Evitar la penetración vaginal sin preservativo.

Aunque es raro puede haber reacciones alérgicas al látex.

No debe de ser reutilizado.

Protege de infecciones de transmisión sexual si es utilizado sistemática y correctamente.

PVP aprox. caja de 12 unidades 6 €.

C- PRESERVATIVO FEMENINO (FEMALE)

Eficacia: 79 a 95%.

Es una funda de poliuretano o nitrilo con dos anillos flexibles en cada extremo.

Normas de uso:

- Se coge entre los dedos índice y pulgar el aro interno de la funda.
- Se introduce el aro interno hasta el fondo de la vagina.
- Se introduce un dedo dentro del preservativo y se empuja hacia el fondo de la vagina para asegurarse de que queda bien colocado.
- El anillo fijo del otro extremo del preservativo queda por fuera de la vagina, tapando parcialmente la vulva.



No debe ser reutilizado.

Protege de infecciones de transmisión sexual si es utilizado sistemática y correctamente.

PVP aprox. caja de 3 unidades 6 €.

D- DIAFRAGMA



Eficacia: 84 a 94%.

Es un capuchón de látex o de silicona que se utiliza con crema espermicida.

Normas de uso:

- Se extiende la crema espermicida en el diafragma.
- Se coge el aro entre los dedos índice y pulgar y se introduce en la vagina.
- Se comprueba que el diafragma esta tapando el cuello del útero y que se sujeta detrás del pubis.
- No debe retirarse el diafragma ni lavarse los genitales con jabón hasta pasadas 6 horas del último coito.

El diafragma puede permanecer en la vagina hasta un máximo de 24 horas.

Puede colocarse unas horas antes del coito vaginal, en ese caso debe de aplicarse una nueva dosis de crema espermicida previa al coito.

Si hay coitos repetidos, se aplica crema espermicida antes de cada penetración sin retirar el diafragma.

Existen diferentes tamaños de diafragma. Hay que hacer una exploración ginecológica para saber el tamaño de diafragma que se necesita y asegurar que se adapta correctamente a la vagina.

Es reutilizable, después del coito se lava, se seca y se guarda en su estuche.

Aunque es raro puede producir irritaciones vaginales y aumentar las infecciones del tracto urinario.

Protege de alguna de las infecciones de transmisión sexual.

Está financiado por la Seguridad Social.

V- DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU, Espiral)



Eficacia: 99.2 a 99.4 el DIU liberador de cobre y 99,6 a 99,9 % el DIU liberador de hormona.

Es un pequeño dispositivo de plástico que se coloca dentro del útero. Lleva un hilo de cobre o un reservorio que contiene progestágeno.

El efecto anticonceptivo se debe a la acción espermicida del cobre, a los cambios que produce en el útero y a los cambios en el moco cervical.

Existen diferentes tamaños de DIU que se adaptan a los diferentes tamaños de útero, por eso lo pueden utilizar mujeres que no han tenido embarazos ni partos.

Es necesaria una consulta médica para la exploración ginecológica y la inserción del DIU.

Aunque puede colocarse en cualquier momento del ciclo generalmente se pone en los siete primeros días del ciclo que suele coincidir con menstruación.

El tiempo de uso máximo es variable dependiendo de la superficie de Cobre que tenga el DIU, varía de 5 a 12 años. El DIU liberador de hormona financiado por la Seguridad Social tiene un tiempo de uso máximo de 5 o 7 años , dependiendo de la edad de la mujer, y el tiempo de uso del no financiado es de 3 años.

El DIU liberador de Cobre puede provocar aumento de la duración y cantidad de la regla, sangrados intermenstruales y dolor menstrual.

El DIU liberador de hormona puede variar el patrón de sangrado menstrual , (ausencia de reglas, reglas más espaciadas, sangrados prolongados y/o sangrados impredecibles), puede provocar tensión mamaria, acné, dolor de cabeza y sensación de hinchazón abdominal. Mejora el dolor menstrual.

La complicación más frecuente es la expulsión del DIU que puede pasar inadvertida y hay riesgo de embarazo.

El DIU no aumenta el riesgo de infecciones en el aparato genital

No protege de ITS.

La mayoría de los modelos están incluidos en la prestación de la Seguridad Social por lo que son gratuitos.

VI- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Es una medicación que contiene hormonas sintéticas (estrógeno y progestágeno) similares a las que producen los ovarios.

El efecto anticonceptivo se debe fundamentalmente a la inhibición de la ovulación.

Debe prescribirse en un centro sanitario

No protegen de ITS.

Hay dos tipos de anticoncepción hormonal: hormonal combinada y de progestágeno solo.

A- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Contiene dos hormonas sintéticas: estrógeno y progestágeno.

Este método se caracteriza por que se utiliza durante 3 semanas y se descansa 7 días, durante los cuales se produce un sangrado de características similares a una regla que suele ser más escasa, de menos duración y sin dolor.

Pueden aparecer efectos secundarios leves como dolores de cabeza, dolor en las mamas, sangrados intermenstruales, náuseas y vómitos. Más frecuentes los tres primeros meses de uso y suelen desaparecer espontáneamente.

En mujeres fumadoras de más de 35 años, en mujeres que padecen obesidad, hipertensión, migrañas, este método puede estar contraindicado por eso es necesario el asesoramiento de un profesional sanitario de tu centro de salud.

Tiene efectos beneficiosos como disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio. Mejoría del acné y de la seborrea. Alivio de los síntomas del síndrome premenstrual, regulación del ciclo menstrual, mejoría del dolor menstrual y disminución de la cantidad menstrual y con ello también mejora la anemia.

La anticoncepción hormonal combinada se puede administrar por diferentes vías:



- Vía oral (píldora): Eficacia: 92 a 99.7%. Hay muchos preparados en el mercado que contienen diferente dosis y diferente tipo de hormonas.

Se toma un comprimido al día durante 3 semanas y durante 7 días se descansa o se toman las píldoras placebo. En esos 7 días se produce un sangrado similar a

una menstruación. Existen preparados que sustituyen los 7 días de descanso por píldoras placebo. Hay preparados financiados por la Seguridad Social.

El PVP aproximado de los preparados varía desde 2,5 a 17 €/ciclo.



- Vía transdérmica (parches). Eficacia: 92 a 99.7%. Sólo hay un preparado en el mercado. Se coloca un parche sobre la piel seca y libre de cremas en nalgas, brazos, hombro o abdomen. Se coloca un parche cada 7 días durante 3 semanas (3 parches). Se cambia siempre el mismo día de la semana y cuando se retira el 3º parche se descansan 7 días, durante los cuales se produce un sangrado similar a una menstruación. No financiado por la Seguridad Social, PVP aproximado 18,50 €/ciclo.



- Vía vaginal (anillo). Eficacia: 92 a 99.7%. Sólo hay un preparado en el mercado. El anillo se introduce y se mantiene en la vagina durante 3 semanas. Se extrae el anillo coincidiendo con el mismo día de la semana que se lo colocó y se descansan 7 días durante los cuales se produce un sangrado similar a una menstruación. No financiado por la Seguridad Social. PVP aproximado 19,9 €/ciclo.

B- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE PROGESTÁGENO SÓLO

Contiene una hormona sintética: progestágeno.

Este método se caracteriza por que se utiliza de forma continua por lo que puede haber cambios en el patrón de sangrado menstrual. Estos cambios son, ausencia de reglas, reglas más espaciadas, sangrados prolongados y/o sangrados impredecibles.

Pueden aparecer efectos secundarios leves como dolor de cabeza, tensión mamaria, acné, aumento de vello, cambios en el estado de ánimo. Más frecuentes los tres primeros meses y suelen desaparecer espontáneamente.

Hay algunas enfermedades como migraña focal, accidente cerebro vascular, cirrosis etc. que contraindican este método, por eso es necesario el asesoramiento de un profesional sanitario de tu centro de salud.

La anticoncepción hormonal de progestágeno sólo se puede administrar por diferentes vías:

- Vía oral (píldora). Eficacia: 92 a 99,7%. Hay varios preparados en el mercado. Se toma un comprimido diariamente de forma ininterrumpida. Financiado por la Seguridad Social. PVP 4,5 €/ciclo.
- Vía intramuscular (inyectable). Eficacia: 97 a 99,7%. Sólo hay un preparado en el mercado. Se pone una inyección intramuscular cada 3 meses. Financiado por la Seguridad Social. PVP 2.53 €.
- Vía subdérmica, (implante). Eficacia: 99,95%. Hay un preparado en el mercado:
 - . Implante de una varilla con un tiempo de uso máximo de 3 años y financiado por la Seguridad Social: PVP 148€.El implante lo inserta el/la médico/a en la cara interna del brazo con anestesia local.

VII- ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA.

Es un método que previene embarazos no deseados cuando tras una relación con coito vaginal existen posibilidades de gestación porque no se ha utilizado método o ha habido un uso incorrecto del mismo.

Se puede utilizar la vía oral o el DIU.

No protegen de ITS.

A- **Vía oral:** Hay dos píldoras comercializadas.

La eficacia de las dos es alta y similar en las primeras 72 horas del coito de riesgo de embarazo (tasa de embarazo 1,8-2,6%)

1. Píldora que contiene progesterona. Se toma 1,5 miligramos en dosis única.
Debe ingerirse antes de que transcurran 72 horas desde el coito de riesgo de embarazo. Aunque su eficacia disminuye sensiblemente después de las horas indicadas se puede utilizar hasta pasadas 120 horas del coito.
No necesita prescripción médica. Su precio es de 18,7€.
En Galicia es de dispensación gratuita en los Centros de salud, Puntos de Atención Continuada y Centros de Orientación Familiar.
2. Píldora que contiene un fármaco no hormonal. Se toman 30 miligramos en dosis única.
Debe ingerirse antes de que transcurran 120 horas desde el coito de riesgo de embarazo.
Necesita prescripción médica y no está financiada por la Seguridad Social. Precio: 32,7€.

Pueden producir efectos secundarios leves y poco frecuentes como náuseas, vómitos y tensión mamaria.

B- **DIU:** Eficacia del DIU es del 99,4% Lo coloca un/a médico/a dentro del útero en los 5 días siguientes al coito de posible riesgo de embarazo. Hay que hacer una exploración ginecológica antes de la inserción. Está financiado por la Seguridad Social.

VIII- MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Son intervenciones quirúrgicas realizadas en el aparato genital que de manera definitiva o permanente impiden la fecundación.

Aunque poco frecuentes puede haber complicaciones relacionadas con la anestesia administrada y con la intervención como hemorragia e infección.

No protegen de ITS.

Están incluidos en las prestaciones de la Seguridad Social.

A- ESTERILIZACIÓN FEMENINA (Obstrucción/ Ligadura de Trompas)

Eficacia: 99.5%.

Es una intervención quirúrgica que consiste en obstruir o seccionar las trompas de Falopio.

El efecto anticonceptivo esta en impedir la fecundación.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas y diferentes vías de acceso a las trompas (laparotomía, laparoscopia, histeroscopia). La necesidad de ingreso hospitalario y el tipo de anestesia depende de la técnica quirúrgica que se realice.

La ligadura es eficaz desde el momento de la intervención y la obstrucción tubárica pasados tres meses de la intervención.

Para conseguir embarazos posteriores a la intervención es preciso someterse a técnicas de reproducción asistida.

B- ESTERILIZACIÓN MASCULINA (Vasectomía)

Eficacia: 99.85 a 99. 9%.

Es una intervención quirúrgica que consiste en bloquear o cortar los dos conductos deferentes.

El efecto anticonceptivo está en impedir que el líquido seminal eyaculado contenga espermatozoides de manera definitiva o permanente.

Esta intervención no necesita ingreso hospitalario y se realiza con anestesia local.

Aunque es raro con el tiempo puede haber inflamación de los testículos o granuloma espermico.

No es eficaz inmediatamente. Después de 3 meses de la intervención o de un mínimo de 20 eyaculaciones se realiza un espermograma. Se considera eficaz si el espermograma confirma la ausencia de espermatozoides en el líquido seminal.

Para conseguir embarazos posteriores a la intervención es preciso someterse a técnicas de cirugía como la recanalización o captación testicular de espermatozoides.