

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

*Cómo Son
Cómo Actúan
Sus Ventajas
Sus Inconvenientes*



Autores:

Ana Anes Orellana
Juan Carlos Diezma Criado
M^a Luisa Lasheras Lozano
Marisa Pires Alcaide

Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.



Marisa Martínez Blanco

Servicio Territorial de Salud Pública XI. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Maribel Sillero Quintana

Servicio Territorial de Salud Pública IX. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Ilustraciones: Humberto Santana

Fotografía: Daniel Sánchez

“Documento financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el ejercicio 2011 según acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de 2 de junio de 2011 para la distribución de fondos a las CC. AA. como apoyo a la implementación a la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.”

Depósito Legal: M-8625-2013

Impreso en España - Printed in Spain

SUMARIO

Sexualidad y anticoncepción	4
Órganos sexuales y fertilidad del hombre	5
Órganos sexuales y fertilidad de la mujer	7
¿Cómo y cuándo se produce un embarazo?	10
Anticoncepción o Contracepción	11
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES	14
Métodos anticonceptivos de barrera	14
Preservativo o condón masculino.....	15
Preservativo o condón femenino.....	18
Diafragma + espermicida.....	20
Métodos anticonceptivos hormonales sólo con progestágeno	22
Minipíldora.....	24
Implante subcutáneo.....	25
Inyección intramuscular de progestágeno (trimestral).....	27
Métodos anticonceptivos hormonales combinados	28
Píldora (combinada).....	31
Parche transdérmico.....	34
Anillo vaginal.....	36
Métodos anticonceptivos intrauterinos (DIU)	38
Dispositivo intrauterino de cobre.....	40
Dispositivo intrauterino hormonal.....	41
Métodos anticonceptivos permanentes o irreversibles	42
Oclusión tubárica quirúrgica.....	43
Dispositivo o implante intratubárico (Essure®).....	44
Vasectomía.....	44
ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA	45
Píldora postcoital o Píldora del día siguiente.....	46
Acetato de Ulipristal o Píldora de los cinco días después.....	47
Dispositivo Intrauterino de Cobre.....	47
NO SON MÉTODOS EFICACES	48
Indicaciones para un uso más seguro y responsable de los métodos anticonceptivos hormonales	48
Falsas creencias o mitos	49
Se debe acudir a un centro de salud si	49
Principales características de los métodos anticonceptivos eficaces	50
Teléfonos y direcciones web	52

“Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.”

(Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994).

SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

La sexualidad nos acompaña desde que nacemos hasta que morimos y en cada etapa de la vida se vive y expresa de distinta manera. Hablar de sexualidad es hablar de placer, relaciones con otros seres humanos y reproducción.

La salud sexual y reproductiva implica *“tener relaciones sexuales gratificantes, enriquecedoras, sin coerción y temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables”* (4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995).

Los valores, normas y estereotipos sociales aprendidos desde la infancia determinan roles sexuales y responsabilidades diferentes para hombres y mujeres, siendo algunos discriminatorios para ellas. Esta discriminación condiciona tanto el disfrute de la sexualidad como la elección y el uso de los métodos anticonceptivos.



Desde el punto de vista de la salud, la anticoncepción supone:

- La adopción de una conducta sexual consciente y responsable, en un contexto libre de presiones, discriminaciones y violencia.
- Autonomía y libertad personal para tomar decisiones en las relaciones sexuales basadas en el autocuidado.
- Relaciones igualitarias entre el hombre y la mujer, asentadas en el respeto y la consideración a los criterios y deseos del otro.
- Libertad para hablar, negociar y elegir el método anticonceptivo más adecuado para evitar un embarazo no deseado, teniendo en cuenta la protección que nos ofrezca frente a las infecciones de transmisión sexual.

Y además:

- Disponer de información completa sobre los distintos métodos anticonceptivos que permita decidir cuál es el que más conviene en cada situación.
- Recibir asesoramiento sobre cómo evitar las infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS).

ÓRGANOS SEXUALES Y FERTILIDAD DEL HOMBRE

La parte visible de los órganos sexuales del hombre (**genitales externos**) está formada por las bolsas escrotales, que contienen los testículos, y el pene. La parte interna (**genitales internos**) está formada por una serie de finos conductos de diferente calibre que se suceden entre sí (el epidídimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales, los conductos eyaculadores y la uretra) y que comunican los testículos con el exterior, junto con la próstata y las glándulas de Cowper o bulbouretrales, situadas junto a la uretra. La figura 1 nos ofrece un esquema.

- Los **testículos** son dos glándulas ovaladas en donde se producen las **hormonas sexuales masculinas** (andrógenos) y los **espermatozoides**, que son las células sexuales del hombre.
- El **pene** está formado por los **cuerpos cavernosos**, tejido muy esponjoso que cuando se llena de sangre, por efecto de la excitación sexual, provoca su erección. Está atravesado por la uretra, a donde va a parar el semen cuando se eyacula y la orina procedente de la vejiga urinaria.
- La parte final del pene presenta un ensanchamiento que se denomina **glante**, recubierto de piel que se desliza (prepucio), donde está situado el orificio externo de la uretra por donde sale al exterior la orina, durante la micción, y el semen, durante la eyaculación. Esta zona, muy sensible, es fuente de placer y de excitación sexual.

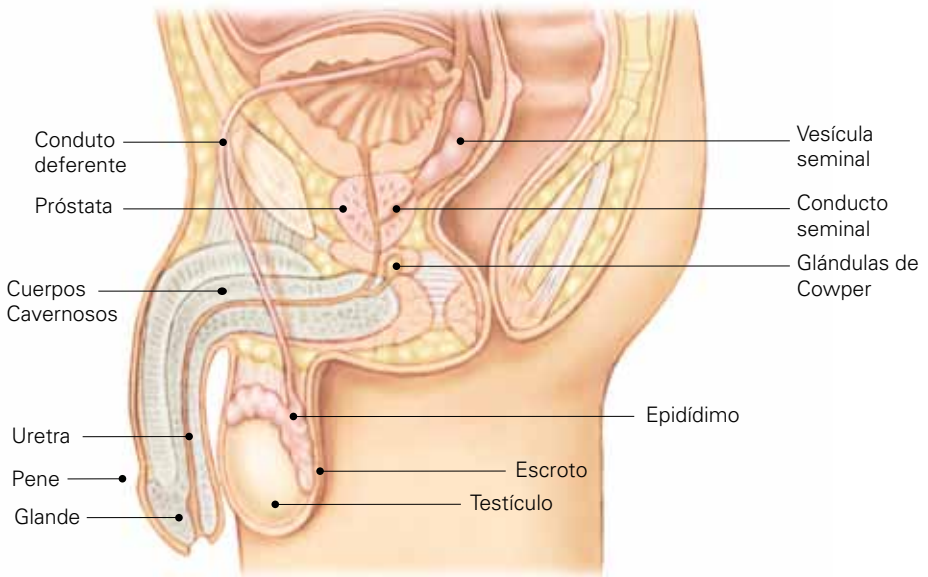


Figura 1. Órganos sexuales del hombre

Fertilidad en el hombre: el semen y la eyaculación

El **semen o esperma** está formado por los espermatozoides y el líquido seminal (producido por las vesículas seminales, la próstata y las glándulas bulbouretrales).

La **eyaculación**, consecuencia de la excitación sexual, es el proceso por el cual el semen es expulsado al exterior a través de los conductos internos del aparato genital (vistos en el apartado anterior).

Durante la penetración (coito) vaginal, cuando el hombre eyacula, deposita el semen en el interior de la vagina y los espermatozoides, **dotados de gran movilidad**, comienzan así su camino hacia las trompas de Falopio (descritas más adelante) en busca de un óvulo al que fecundar.

En general, **la fertilidad en el hombre** (capacidad de producir semen con espermatozoides aptos para fecundar un óvulo) **comienza en la pubertad, entre los 12 y los 14 años y perdura prácticamente durante toda su vida**, disminuyendo gradualmente con la edad.

ÓRGANOS SEXUALES Y FERTILIDAD DE LA MUJER

Los genitales externos, la parte visible de los órganos sexuales de la mujer, incluyen el Monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris y la entrada a la vagina, constituyendo lo que llamamos **vulva** (figura 2):

- El **Monte de Venus** es una almohadilla de grasa, recubierta de vello, situada inmediatamente por encima de la unión anterior de los labios mayores.
- Los **labios mayores** son un repliegue de la piel y también están recubiertos de vello. Junto con el Monte de Venus constituyen la zona más externa y visible de la vulva.
- Debajo de los mayores están los **labios menores** que en su unión anterior recubren el **clítoris**, un pequeño órgano con una gran sensibilidad para sentir placer o excitación, y un poco más abajo cubren un orificio, el **meato urinario**, por donde sale la orina y otro más grande que es **la entrada a la vagina**.

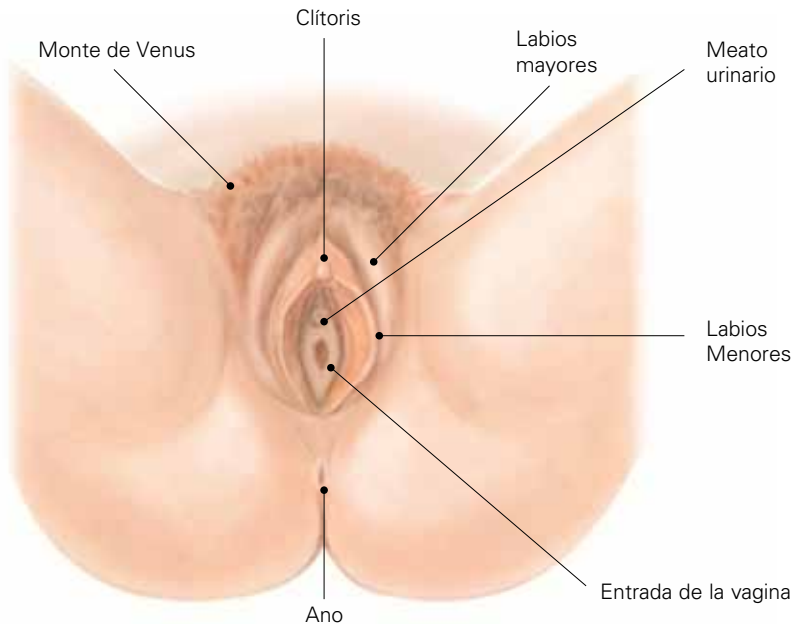


Figura 2. Órganos sexuales externos de la mujer (vulva)

Los **genitales internos** están formados por la vagina, el cérvix, útero, las trompas de Falopio y los ovarios (fig. 3).

- La **vagina** es un conducto cilíndrico muy flexible que se extiende desde la vulva hasta el cuello del útero. En ella se acopla el pene durante el coito y se deposita el semen con la eyaculación. También sirve de conducto para la salida de la sangre menstrual durante la menstruación y del bebé en el parto.
- El **cuello del útero o cérvix** constituye el paso al útero desde la vagina, sobresaliendo dentro de ella.
- El **útero o matriz** es un órgano muscular hueco con forma de pera invertida. Su pared interna se llama endometrio. Cuando se produce un embarazo, es aquí donde anida el óvulo fecundado y crece y se desarrolla el feto.
- Las **trompas de Falopio** son dos conductos situados uno a cada lado de la parte superior del útero que unen éste con los ovarios. En ellas es donde se produce **la fecundación** (penetración de un espermatozoide dentro de un óvulo).
- Los **ovarios** son dos pequeños órganos con forma de almendra situados, cada uno, al final de ambas trompas de Falopio. Se encargan de producir las **hormonas sexuales femeninas** (estrógenos y progesterona) y los **óvulos**, que son las células sexuales de la mujer.

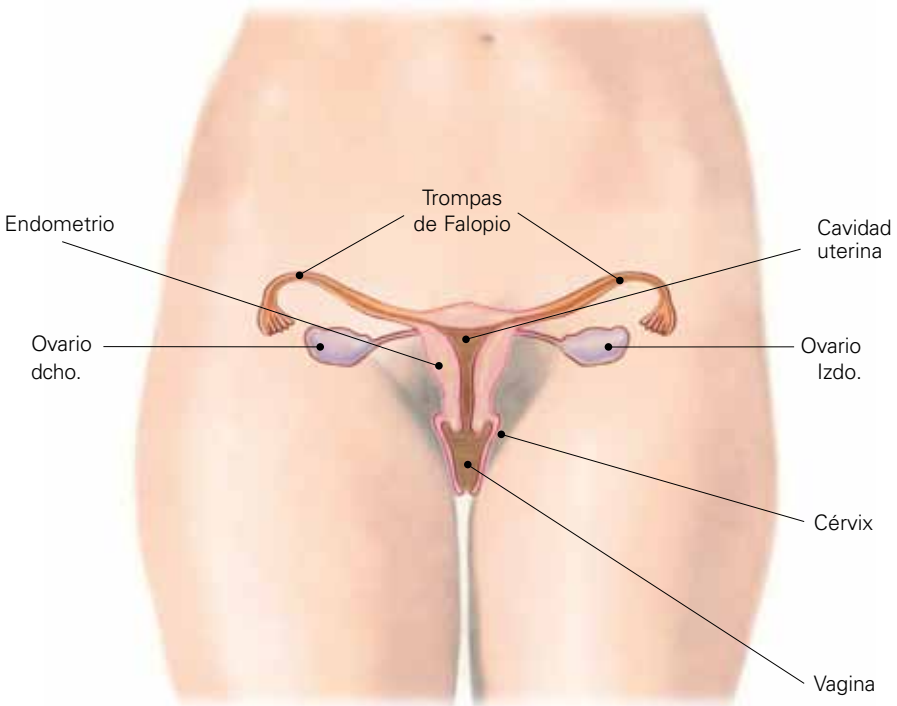


Figura 3. Órganos sexuales internos de la mujer (vulva)

Fertilidad en la mujer: el ciclo menstrual

El ciclo sexual femenino o ciclo menstrual tiene como finalidad **producir óvulos maduros y preparar al útero para un posible embarazo.**

Dura aproximadamente 28 días aunque suele variar, por término medio, entre 21 y 35-40 días de una mujer a otra y también en una misma mujer a lo largo de su vida. Comienza el primer día del sangrado menstrual (lo que llamamos regla o menstruación) y finaliza el día anterior a la siguiente regla (figura 4). Puede haber ciclos regulares o irregulares con diferente duración.

Todo el ciclo está controlado por la acción de varias hormonas moduladas por el sistema nervioso que, a su vez, se ve influenciado por estímulos externos a los que las personas estamos normalmente sometidas. Esto explica las **frecuentes alteraciones que se producen en la duración del ciclo y en la ovulación, en una misma mujer.**

Durante el ciclo menstrual, las hormonas que lo regulan actúan **simultáneamente** sobre los ovarios (ciclo ovárico) y sobre la parte interna de las paredes del útero (ciclo uterino).

Ciclo ovárico:

Comienza con la estimulación hormonal del ovario y el inicio de la maduración de un óvulo.

Aproximadamente 14-15 días después (mitad del ciclo menstrual), el óvulo ha madurado y es expulsado del ovario para pasar a las trompas (**ovulación**), viajando por ellas hasta llegar al útero.

El óvulo maduro puede unirse a un espermatozoide durante su tránsito por las trompas. Si esto ocurre se produce la **fecundación** y el ciclo menstrual se interrumpe. Si ésta no se produce, en la segunda parte del ciclo (del día 15 al 28) este óvulo se descompondrá y será eliminado con la menstruación, en el inicio del siguiente ciclo menstrual.

Ciclo uterino:

Durante la primera semana del ciclo, mientras sucede la maduración del óvulo en el ovario, en el útero ocurre la expulsión de la capa engrosada de células que recubren su interior (endometrio), y que se ha ido formando en el ciclo anterior por estímulo de las hormonas producidas por el ovario (estrógenos y progesterona). Es la **regla o menstruación** que suele durar entre 2 y 7 días.

Acabada la regla y por acción de los estrógenos primero (primera parte del ciclo) y de la progesterona después (segunda parte del ciclo) se empieza a regenerar y a engrosar la capa interna de la pared del útero.

Si no hubo fecundación del óvulo, se frenará el estímulo hormonal y el endometrio se desprenderá (final del ciclo), apareciendo la regla (comienzo de uno nuevo).

En general, **la fertilidad en la mujer** (capacidad de producir óvulos maduros) comienza aproximadamente un año después de la primera regla (menarquia), **entre los 12 y los 15 años**, y perdura hasta la desaparición definitiva de la misma (menopausia), normalmente **entre los 48-54 años**.

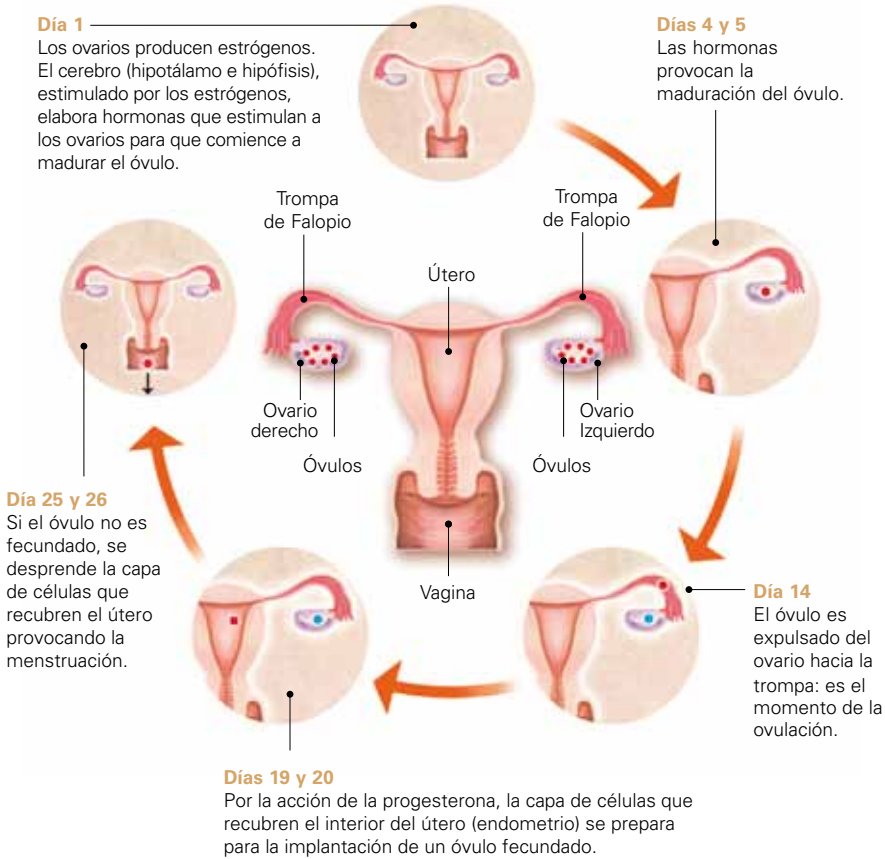


Figura 4. Ciclo sexual de la mujer.

¿CÓMO Y CUÁNDO SE PRODUCE UN EMBARAZO?

Normalmente se produce cuando el hombre eyacula dentro de la vagina de la mujer pero **también puede ocurrir** si se eyacula alrededor de la entrada a la misma.

Depositado el semen en la vagina, los espermatozoides ascenderán hacia el útero, llegando a las trompas donde se encontrarán con el óvulo (hacia la mitad del ciclo menstrual). Una vez allí, un espermatozoide conseguirá penetrar en él.

A partir de este momento, el óvulo fecundado avanzará hasta el útero donde «anidará», es decir, se implantará en su pared, proceso que suele durar una semana, dando lugar a un embarazo. Como ya se ha comentado, este suceso interrumpe el ciclo menstrual, comenzando la gestación.

¿En qué día del ciclo se puede producir un embarazo?

En mujeres con ciclos menstruales regulares la ovulación suele tener lugar en torno al día 14 del ciclo, pero **esto no ocurre siempre igual** en todas las mujeres ni tampoco a lo largo de la vida fértil de una misma mujer.

Diferentes circunstancias pueden favorecer la aparición de ovulaciones **en cualquier momento del ciclo, incluso durante la regla** y por tanto, posibilitar un embarazo si no se utiliza un método anticonceptivo eficaz. Además hay que tener en cuenta que un espermatozoide puede fecundar a un óvulo hasta cinco días después de haberse producido el coito y que el óvulo sobrevive sin ser fecundado hasta 24 horas.

ANTICONCEPCIÓN O CONTRACEPCIÓN

Es un conjunto de prácticas aplicadas en las relaciones coitales heterosexuales, basadas en el uso de anticonceptivos, destinadas a **evitar embarazos no deseados y a decidir el momento y el número de ellos que se quiere tener** (control de la natalidad).

El uso de un método anticonceptivo permite vivir la sexualidad de una manera más tranquila, sin miedo a tener un embarazo no deseado y, dependiendo de cuál se utilice, con protección adicional frente a las ITS.

No hay un método anticonceptivo perfecto ni 100% seguro, todos ofrecen ventajas e inconvenientes, pero los considerados eficaces brindan una protección anticonceptiva muy alta.

La gran mayoría son métodos para las mujeres, existiendo diversos tipos donde elegir, con diferentes mecanismos de actuación y vías de administración. Sólo el preservativo masculino y la vasectomía son métodos para el hombre.

Es en este contexto donde las personas deben asumir su responsabilidad en la anticoncepción y donde recae sobre la mujer la mayor parte de los problemas, preocupaciones y efectos sobre la salud derivados del uso de los anticonceptivos.

Elegir el método anticonceptivo más adecuado

Cada mujer, cada hombre, cada pareja, tendrá que encontrar el método que mejor se adapte a sus circunstancias, peculiaridades, gustos, etc.

En la elección del método deberá valorarse:

- Su **eficacia**, es decir, su capacidad anticonceptiva.
- Su **seguridad**, esto es, los efectos que pueda tener sobre la salud. Habrá que tener en cuenta sus contraindicaciones.
- Si es sencillo de usar y si requiere controles médicos.
- La **protección** que ofrezca frente al VIH y al resto de ITS.
- Su **reversibilidad**, lo que significa poder recuperar la fertilidad una vez dejado el método.



Además **tendrá que ser aceptable para la mujer**. Y salvo para los métodos que no precisen la intervención de un médico, **se seguirán las indicaciones y recomendaciones** que proporcione el profesional sanitario.

Eficacia (efectividad) anticonceptiva de un método

En general, **la eficacia anticonceptiva depende, sobre todo, del uso correcto o incorrecto que se haga del método**. Los que requieren un uso correcto con cada acto sexual o la abstención en los días fértiles, son los menos eficaces. Por el contrario, **aqueellos que sólo necesitan una mínima intervención por parte de la persona que lo usa y que su acción anticonceptiva es prolongada en el tiempo, son los de mayor eficacia**.

La siguiente tabla muestra la eficacia de los principales métodos anticonceptivos según su mecanismo de acción:

Tipo de método	Eficacia anticonceptiva
Conocimiento de la fertilidad	Baja
De barrera	Baja o moderadamente alta
Hormonales	Alta o muy alta
Intrauterinos (DIU)	Muy alta. Los de mayor eficacia
Permanentes	Muy alta. Los de mayor eficacia

Seguridad para la salud

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (naturales) no tienen efectos perjudiciales para la salud. Los de barrera y los permanentes son también muy seguros, sin efectos negativos importantes. Los otros métodos anticonceptivos, especialmente los hormonales, sí entrañan ciertos riesgos **para las mujeres** aunque también proporcionan claros beneficios, como es contribuir a la prevención de algunos cánceres ginecológicos (ver más adelante).

La siguiente tabla muestra la seguridad de los principales métodos anticonceptivos según su mecanismo de acción:

Tipo de método	Seguridad para la Salud
Hormonales	Con ciertos riesgos
Intrauterinos (DIU)	Bajo riesgo
Permanentes	Muy bajo riesgo
De barrera	Muy bajo riesgo
Conocimiento de la fertilidad	Sin riesgo

Varios de los potenciales efectos negativos para la salud de las mujeres, asociados a los métodos anticonceptivos, **son menores que los que conlleva un EMBARAZO**, especialmente si éste se da en adolescentes o en mujeres con ciertas enfermedades (p. ej., con problemas cardiovasculares, hipertensión, diabetes, etc.).

Es importante **leer el prospecto** o envase con las indicaciones sobre el uso de cualquiera de estos métodos y **consultar las dudas con un profesional sanitario**.

En adolescentes y mujeres con ciertas enfermedades y/o factores de riesgo, un embarazo supone una amenaza para su salud.

Protección frente a la infección por el VIH y las ITS: el DOBLE MÉTODO

Solo los preservativos (masculino y femenino) ofrecen protección eficaz contra las ITS, incluido el VIH. Para mantener la misma protección frente a las ITS en las relaciones sexuales cuando se usa cualquier otro método anticonceptivo (natural, hormonal, intrauterino, quirúrgico u otros de barrera), **es necesario utilizar SIMULTÁNEAMENTE (al mismo tiempo) un preservativo.** Es el llamado **“Doble Método”**.

El Doble Método además aumenta la eficacia anticonceptiva, protegiendo de los errores que se puedan cometer en el uso de anticonceptivos diferentes del preservativo.

Cuando la anticoncepción falla

Si por cualquier circunstancia (no uso o error en la utilización del método anticonceptivo; cambios en las circunstancias personales; por indicación médica, etc.) una mujer desea o necesita interrumpir su embarazo, **deberá solicitar la información y atención adecuadas para tal fin.**

Cuando ocurre un embarazo no deseado será necesario plantearse, de cara al futuro, la **utilización de un método anticonceptivo eficaz, de forma habitual.** Es conveniente acudir a un centro sanitario para recibir consejo anticonceptivo.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES

Son aquellos que tienen una **eficacia anticonceptiva moderadamente alta, alta o muy alta.**

Hay cuatro grandes grupos según sea su mecanismo de acción:

- De barrera
- Hormonales (sólo con progestágenos y combinados)
- Intrauterinos
- Permanentes

Métodos anticonceptivos de barrera

Estos métodos interponen una barrera mecánica y/o química entre el pene y el cuello del útero, evitando la entrada de los espermatozoides. No todos son eficaces en la prevención de embarazos. **Sólo son eficaces el preservativo y el diafragma asociado a un espermicida.**

Son métodos seguros que no tienen las contraindicaciones ni los efectos secundarios de los otros métodos.

Tipos:

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Diafragma + espermicida

Eficacia para la prevención del VIH y de ITS

Su gran ventaja es que, en el caso de **los PRESERVATIVOS** (tanto el masculino como el femenino), **son los únicos métodos anticonceptivos que ofrecen PROTECCIÓN EFICAZ FRENTE AL VIH Y A LA GRAN MAYORÍA DE LAS OTRAS ITS.**

PRESERVATIVO O CONDÓN MASCULINO

Es un método de barrera consistente en una fina funda de látex (una goma de origen natural), impregnada de una sustancia lubricante, que se coloca sobre el pene en erección. Tras la eyaculación retiene el semen, evitando que contacte con la vagina. Algunos tipos tienen espermicida.

Al recubrir totalmente el pene, evita la transmisión de infecciones, tanto del hombre hacia la mujer (infecciones del pene o del semen) como de la mujer hacia el hombre (infecciones de la vagina o de las secreciones vaginales).

No tiene contraindicaciones salvo para quien sea alérgico al látex. En este caso (poco frecuente), existen preservativos hechos de material sintético (poliuretano).

Eficacia anticonceptiva

Su máxima eficacia se consigue si se utiliza **siempre** y de forma correcta.

Eficacia para la prevención del VIH y de ITS

Es muy eficaz, si se utiliza siempre y de forma correcta, en la prevención del VIH y de ITS que se transmiten a través de secreciones, como la gonorrea o la clamidia.

También es eficaz en la prevención de ITS a través del contacto cutáneo, como el herpes o el papiloma virus, por tanto, **contribuye a la prevención del cáncer de cuello de útero** (cáncer de cérvix).



Cómo utilizarlo (ver figura 5)

- Mirar siempre la fecha de caducidad en el envoltorio. **Los condones caducados o que estén deteriorados o pegajosos NO deben utilizarse.**
- No usar nunca los dientes, las tijeras u otros objetos cortantes al abrir el envoltorio, hay que hacerlo con la yema de los dedos, teniendo cuidado con las uñas o los anillos (paso 1).
- El condón debe ponerse cuando el pene está en erección y **siempre antes de la penetración y del contacto de éste con los genitales femeninos.**
- Al colocarlo sobre el pene hay que asegurarse de que los pliegues estén hacia fuera. Para desplegarlo se sujeta el preservativo con la yema de los dedos por el espacio reservado para que se deposite el semen y sin dejar de sujetarlo, se desenrolla hasta que cubra la totalidad del pene (pasos 2, 3 y 4).
- No se debe quitar nunca antes de la eyaculación.
- Una vez que se ha eyaculado, se sujeta con la mano a la base del pene al tiempo que se retira éste de la vagina, **antes de que pierda la erección y se quede flácido.**

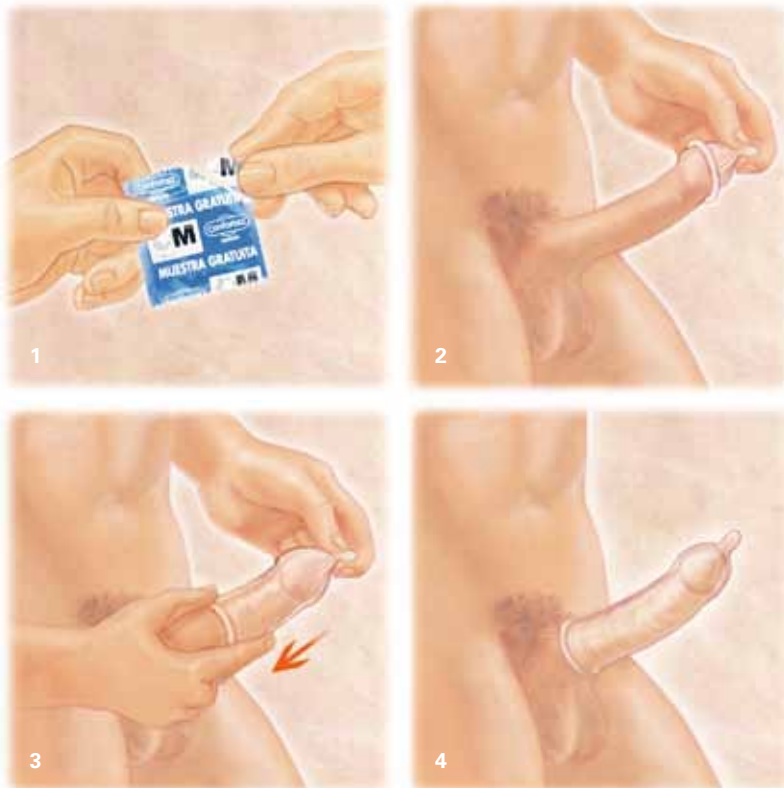


Figura 5. Colocación del preservativo masculino.

- Una vez fuera se debe comprobar que el semen ha quedado depositado en el condón y que éste no está roto ni perforado.
- Por último se quita el condón, se le hace un nudo y se tira a la basura (nunca al váter).

Qué hacer en caso de rotura o retención del condón dentro de la vagina, después de la eyaculación

¡OJO! En ambos casos es conveniente hacer uso, **lo antes posible**, de la **anti-concepción de URGENCIA** (ver más adelante el apartado correspondiente) y valorar hacerse la prueba del VIH.

Conviene saber

- Cada preservativo sólo se utiliza una vez, **NUNCA se reutiliza**, aunque no haya habido penetración o eyaculación.
- Cuando se pasa de un tipo de penetración a otro en un mismo encuentro sexual, se debe utilizar diferentes condones (p. ej., cuando se pase de sexo anal a sexo vaginal).
- Los preservativos se pueden dañar si se guardan en sitios húmedos, muy calurosos o expuestos al sol.
- Si se utiliza un lubricante adicional (indicado en las relaciones anales y en el coito vaginal cuando hay problemas en la lubricación natural de la vagina), aplicado por fuera del condón, éste debe ser **de base acuosa**, es decir, **hidrosoluble** (ej. glicerina o geles "íntimos" específicos). Los oleosos, como la vaselina, aceites para masajes, mantequilla, etc., dañan el látex.
- Usar dos condones juntos NO aumenta la seguridad sino que el roce entre ellos favorece su rotura.
- Si la mujer está con medicación por vía vaginal contra alguna infección en ese órgano es probable que deba utilizar condones de plástico. Se debe consultar a un médico.
- Por ahora **es el único método anticonceptivo no permanente que puede utilizar el hombre**, lo que posibilita compartir la responsabilidad de la anticoncepción con la mujer.

Ventajas e inconvenientes

- **Es fácil de obtener y a bajo coste.** Se consigue en farmacias sin receta, en máquinas expendedoras, hipermercados y sin que tenga que intervenir un sanitario de un centro de salud.
- Existe una **gran variedad**, con diferencias en el color, grosor, tamaño y textura, de forma que cada hombre, cada pareja puede encontrar el preservativo que mejor se adapte a sus gustos y a sus prácticas sexuales.
- Se puede utilizar también como **método complementario para proporcionar protección frente a las ITS** cuando se usan otros métodos anticonceptivos. Es el llamado "**Doble Método**" descrito en la página 13.
- No provoca esterilidad ni impotencia.
- En algunas circunstancias puede atenuar la sensación sexual tanto en el hombre (especialmente) como en la mujer. También puede retrasar la eyaculación.

RECUERDA

Es el anticonceptivo que mejor protege frente al VIH y al resto de las ITS, y el más indicado cuando se tienen relaciones coitales esporádicas, distanciadas en el tiempo o con múltiples parejas.

PRESERVATIVO O CONDÓN FEMENINO

El condón femenino es un método de barrera que consiste en una funda fina, suave y holgada, generalmente de plástico (poliuretano) lubricado por dentro y por fuera, con dos extremos, uno cerrado y otro abierto, cada uno con un anillo flexible. El anillo situado en el extremo cerrado se usa para colocarlo dentro de la vagina, tapando el cuello del útero, y el situado en el abierto, más grande, queda fuera y cubre los genitales externos.

Al igual que el preservativo masculino, impide el paso del semen al interior del útero, sin efectos perjudiciales para la salud, pudiendo ser una **alternativa para el condón masculino** y para las personas con alergia al látex.



Eficacia anticonceptiva

Su eficacia es algo menor que la del preservativo masculino y la del diafragma asociado a un espermicida. Debe utilizarse **siempre y de forma correcta** en cada encuentro sexual.

Eficacia para la prevención del VIH y de ITS

Utilizado de forma correcta **es eficaz** en la prevención del VIH y del resto de ITS. Ofrece una **mayor protección frente al virus del papiloma humano** que el condón masculino.

Cómo utilizarlo (ver figura 6)

- Hay que comprobar la fecha de caducidad.
- Evitar utilizar los dientes, las tijeras u otros objetos cortantes al abrir el envoltorio.
- Su inserción se facilita cuando se adoptan ciertas posiciones (en cuclillas, levantando una pierna, sentada o recostada).
- Para colocarlo en la vagina, con una mano se sujeta y se presiona ligeramente el anillo cerrado (interior) con los dedos. Con la otra se separan los labios mayores y se fija la entrada a la vagina.
- A continuación se introduce suavemente dentro de la misma lo más que se pueda (pasos 1 y 2).
- Una vez dentro, se mete el dedo índice por el interior del condón y se empuja hasta que toque el cuello del útero, asegurándose después que el anillo exterior quede fuera de la vagina, recubriendo los labios mayores (paso 3).
- Es conveniente que en la penetración se guíe el pene con la mano hacia el interior del condón.
- No es necesario retirarlo inmediatamente después del coito (puede permanecer dentro de la vagina hasta 8 horas) pero sí antes de que la mujer se incorpore. Entonces se dan dos vueltas al anillo externo para que no salga el semen y se tira del preservativo para sacarlo de la vagina (paso 4).
- A continuación se le hace un nudo y se arroja a la basura.



Figura 6. Colocación del preservativo femenino.

Qué hacer en caso de que, por fallos en el uso del condón, haya habido contacto del semen con la vagina

¡OJO! Si esto sucede es conveniente utilizar, **lo antes posible**, la **anticoncepción de URGENCIA** (ver más adelante) y valorar hacerse la prueba del VIH.

Conviene saber

Es de un sólo uso. NO se debe reutilizar.

Ventajas e inconvenientes

- Tiene una textura suave y húmeda que facilita una sensibilidad más natural que el condón masculino de látex durante el acto sexual.
- No se ajusta ni aprieta el pene del hombre y para algunas mujeres el anillo externo brinda una estimulación sexual adicional.
- Se puede insertar **hasta 8 horas antes de la penetración**.
- Se puede utilizar también como **método complementario para proporcionar protección frente a las ITS** cuando se usan otros métodos anticonceptivos **“Doble Método”** (descrito en la página 13).
- Se adquiere sin receta pero **es necesario aprender a utilizarlo**.
- Es más caro y se consigue con más dificultad que el condón masculino.

RECUERDA

El condón femenino **puede ser una buena alternativa al masculino cuando éste no se quiera usar**.

DIAFRAGMA + ESPERMICIDA

El **diafragma** es un método de barrera. Consiste en una caperuza o casquete de látex blando, disponible en diferentes tamaños, que colocado dentro de la vagina, tapa el cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides. Su borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar.

Requiere prescripción médica y un **examen pélvico previo** para determinar la medida del diafragma a utilizar y así ajustarse adecuadamente al cérvix.

Para que pueda ser considerado como un método anticonceptivo eficaz **ES IMPRESCINDIBLE que se utilice junto con un espermicida** (gel, crema o espuma).

Un **espermicida** es una sustancia que destruye a los espermatozoides o enlentecen su movimiento, impidiendo que lleguen a contactar con un óvulo. Supone una **barrera química** para el paso de los espermatozoides.

Se comercializa en diferentes presentaciones. Las utilizadas para el diafragma son en forma de gel, crema o espuma.

Eficacia anticonceptiva

La **utilización conjunta** del diafragma y un espermicida brinda una protección anticonceptiva similar a la de los preservativos, pero **no protege del VIH ni del resto de las ITS.**

Eficacia para la prevención del VIH y de ITS

El diafragma ofrece cierta protección frente a la gonorrea y la clamidia pero **no se considera un método eficaz para evitar contraer una ITS ni el VIH.**

Cómo utilizarlos

- Previamente a su manipulación, hay que lavarse las manos y comprobar la fecha de caducidad de ambos productos.
- Antes del coito, **el espermicida se aplica por las dos caras del diafragma, extendiéndolo por toda su superficie.**
- Ya con el espermicida, el diafragma se introduce en la vagina **por la propia usuaria**, plegado en forma de "8". Ésta puede elegir la posición que le sea más cómoda (de pie con una pierna levantada, en cuclillas, sentada o recostada).
- El diafragma se lleva hasta el fondo de la vagina, colocando un borde en la parte posterior/inferior del cuello del útero y otro en la parte anterior/superior del cuello.
- Siempre se tiene que comprobar, con los dedos, que el diafragma recubre todo el cuello uterino.
- Para extraerlo hay que deslizar suavemente un dedo por debajo del borde y empujar el diafragma hacia abajo y afuera, con cuidado de no romperlo con las uñas.

Contraindicaciones

- Anomalías morfológicas del aparato genital como p. ej., la caída del útero hacia el conducto vaginal (prolapso uterino).
- Alergias al látex.

Conviene saber

- El diafragma se puede colocar hasta 2 horas antes de tener el coito pero hay que mantenerlo dentro de la vagina **al menos durante 7 horas después del mismo.** No se debe dejar pasar más de 24 horas.
- Si se realizan varios coitos seguidos, no es necesario extraerlo, basta con aplicar espermicida dentro de la vagina.
- Se puede reutilizar varias veces. Después de cada acto sexual, una vez extraído, hay que lavarlo con agua limpia y secarlo. Lo normal es que haya que reponerlo **cada 2 años.** Si previamente se rompe o se vuelve rígido, entonces también hay que cambiarlo por uno nuevo.
- Tanto el diafragma como el espermicida deben guardarse en un lugar fresco y seco.

Ventajas e inconvenientes

- Contribuye a la prevención del cáncer de cérvix.
- Comúnmente **no tiene efectos perjudiciales para la salud**. En algunos casos puede favorecer la aparición de infecciones en las vías urinarias.
- Es un método que **requiere aprendizaje**.

Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

- El diafragma se puede colocar a partir de los tres primeros meses después de un aborto o un parto. **NUNCA antes de las primeras seis semanas**.
- No afecta a la leche materna.

RECUERDA

El diafragma se debe utilizar **SIEMPRE** con un espermicida.

Métodos anticonceptivos hormonales sólo con progestágeno

Consisten en la administración de una hormona (un progestágeno) por diferentes vías (oral, a través de la piel, intramuscular o a través de la pared del útero).

Su principal mecanismo de acción es **impedir la ovulación**. Además, espesan el moco cervical entorpeciendo el paso de los espermatozoides, inhiben el engrosamiento del endometrio y disminuyen las contracciones de las trompas de Falopio dificultando el paso del óvulo hacia el útero.

Tipos:

De utilización diaria:

- Minipíldora

De larga duración:

- Implante subcutáneo (subdérmico)
- Inyección intramuscular de progestágeno
- DIU hormonal (descrito en las páginas 41 y 42)

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia anticonceptiva es alta, **especialmente los de larga duración (muy alta), aunque ninguno protege del VIH ni del resto de las ITS**. Para obtener protección

frente a este tipo de infecciones se recomienda el uso del **“Doble Método”** (descrito en la página 13). En los siguientes cuadros se muestran las **características comunes** de estos métodos.



CUADRO 1: Contraindicaciones de los métodos hormonales sólo con progestágenos

- **Ninguno se debe utilizar en mujeres con cáncer de mama.**
- Tampoco se recomiendan en mujeres que padezcan alguna enfermedad hepática grave (cirrosis, tumores), que sufran problemas de coagulación (trombosis venosa, embolismo pulmonar), antecedentes de cardiopatía isquémica (angina o infarto de miocardio) o accidente cerebrovascular (ictus), que tengan lupus eritematoso sistémico, presenten sangrado vaginal no diagnosticado o migrañas con su uso.
- Hay que asegurarse de que la mujer no esté embarazada antes de utilizar cualquiera de estos métodos o ante retrasos pues pueden dañar al feto en su etapa embrionaria.



CUADRO 2: Ventajas e inconvenientes comunes a los métodos hormonales sólo con progestágenos

- Se pueden utilizar **durante la lactancia materna.**
- Adecuados para cualquier mujer, incluidas las que no pueden tomar anticonceptivos hormonales con estrógenos.
- Dan protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Con ellos se ejerce un **peor control del ciclo** en comparación con los métodos hormonales combinados.
- Todos **modifican la menstruación** que suele ser irregular, sin ciclo identificable o incluso con desaparición del sangrado (amenorrea). **Estos cambios no son perjudiciales para la salud**, recuperándose el patrón de sangrado normal cuando se deja el método.
- **Requieren indicación y control médicos.**



CUADRO 3: Uso de los métodos hormonales sólo con progestágenos en relación al aborto, parto y lactancia

- Se pueden utilizar en los días inmediatamente posteriores a un aborto, pero si se comienza a usar transcurrida una semana, se precisará además un preservativo durante los primeros 7 días de haber comenzado con el método, si en esos días se va a mantener relaciones sexuales.
- Si no hay lactancia materna se pueden utilizar en cualquier momento después del parto.
- **Cuando se amamanta pueden usarse pasadas 6 semanas después del parto.**

SIEMPRE se debe consultar al médico sobre la conveniencia de usar estos métodos (requieren su prescripción) y acudir a las **revisiones y controles** que se indiquen.

MINIPÍLDORA

Es un anticonceptivo hormonal oral con dosis muy bajas de progestágeno. Impide la ovulación y bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo.

Eficacia anticonceptiva

Sin olvidos en su toma, su eficacia anticonceptiva **es alta** en cualquier mujer pero lo es aún más en aquellas que están amamantando.



Cómo utilizarla

- Existe un único preparado de 28 pastillas conteniendo todas progestágeno. **Se debe tomar una pastilla cada día, A LA MISMA HORA y de forma continuada**, independientemente de cuando se tenga relaciones sexuales. Al terminar un envase se comienza el siguiente, **SIN DESCANSOS**.
- Se puede empezar a tomarla en cualquier momento. Si se hace **después de los 5 primeros días del ciclo**, será necesario **utilizar un método de barrera eficaz adicional durante los 2 días siguientes**, si en esos días se va a tener relaciones sexuales.
- Para evitar errores en la toma, se recomienda comenzar el primer día del ciclo (inicio de la regla).

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos.

Ante cualquier olvido hay que tomar la minipíldora LO ANTES POSIBLE.

- **Si se está amamantando, no se tiene la regla y han pasado menos de 6 meses desde el parto**, se debe tomar la pastilla olvidada y continuar con la pauta habitual (puede que se tenga que tomar dos pastillas a la vez o en el mismo día, si el retraso es de aproximadamente 1 día).
- En el resto de los casos y **si han pasado 3 o más horas** desde la hora habitual sin tomar la pastilla, **se deberá tomarla y ADEMÁS utilizar un método de barrera eficaz adicional durante los 2 días siguientes**, si en esos días se va a tener relaciones sexuales.

¡OJO! Si hubo relaciones sexuales en los últimos 5 días previos al retraso de más de 3 horas en la toma de la pastilla, es conveniente tomar una **píldora anticonceptiva de URGENCIA** (ver más adelante "Anticoncepción de Urgencia").

Frente cualquier duda se recomienda **consultar con el médico** o leer el prospecto y seguir sus indicaciones.

Si los OLVIDOS o RETRASOS son FRECUENTES es oportuno cambiar a otro método anticonceptivo que no ofrezca este problema o lo minimice, como el implante subcutáneo, la inyección trimestral de progestágeno o la inserción de un DIU.

Contraindicaciones

- **Las comunes de estos métodos** (cuadro 1).
- También está contraindicada si se toman ciertos medicamentos, como por ejemplo, anticonvulsivantes.

Conviene saber

- Los vómitos y la diarrea pueden disminuir la protección de las pastillas. Si se tiene alguno de estos síntomas se debe consultar al médico y mientras **utilizar ADEMÁS un método de barrera eficaz adicional** en las relaciones coitales.

Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro 2).

Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

- **El común para estos métodos** (cuadro 3).
- **Es el anticonceptivo hormonal más indicado en caso de estar amamantando a un bebé.**

RECUERDA

La minipíldora tiene una eficacia anticonceptiva similar a la píldora combinada. **Está también indicada en mujeres que no estén amamantando.**

IMPLANTE SUBCUTÁNEO

Es un **método hormonal** consistente en una varilla de plástico flexible, del tamaño de una cerilla, que se inserta debajo de la piel (normalmente en la cara interna del brazo) mediante anestesia local y que libera de forma constante una hormona (un progestágeno) a dosis muy bajas que impide el embarazo. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación y bloquear la llegada del espermatozoide al óvulo.

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia anticonceptiva es muy alta. **ES EL MÉTODO MÁS EFICAZ QUE HAY ACTUALMENTE** pues a su propio efecto anticonceptivo se une el hecho de que no existe la posibilidad de que se cometan olvidos ni fallos. **La protección frente al embarazo dura 3 años.**

Cómo utilizarlo

- **Tiene que ser colocado y retirado por un médico.**
- Se puede poner en cualquier momento pero si se hace **después de los 5 primeros días del ciclo** y en el mes anterior no se estaba utilizando otro método hormonal, será necesario **utilizar ADEMÁS un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes**, si en esos días se va a tener relaciones sexuales.
- Cuando toque renovararlo, la siguiente varilla deberá colocarse en otro lugar diferente al anterior (p.ej., en el otro brazo).

Contraindicaciones

Las comunes de estos métodos (cuadro 1).



Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro 2). Además:

- **Es el método hormonal que durante más tiempo (3 años) y de forma continua, proporciona protección frente al embarazo.**
- El implante evita la alteración de la absorción del fármaco por problemas digestivos.
- Se puede extraer en cualquier momento, cuando la mujer quiera y de esta forma recuperar su fertilidad de inmediato.
- Durante su utilización no se requiere control sanitario.
- Pueden presentarse pequeñas complicaciones locales, tales como hematomas, infección local, dolor o picor.

Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

El común para estos métodos (cuadro 3).

RECUERDA

Es el método anticonceptivo más eficaz que existe actualmente.

INYECCIÓN INTRAMUSCULAR de progestágeno (TRIMESTRAL)

En este **método hormonal** el progestágeno se administra mediante una inyección intramuscular, almacenándose en el músculo. La hormona se libera desde aquí lentamente (durante semanas) hacia la sangre, impidiendo la ovulación.

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia anticonceptiva **es muy alta** y ésta es óptima si no hay demoras en la aplicación de las inyecciones.

Cómo utilizarla

- La inyección se pone **cada 12 semanas** por un sanitario.
- La primera es conveniente administrarla en los primeros 7 días del ciclo menstrual. La siguiente inyección y sucesivas se pueden aplicar con 2 semanas de adelanto o EXCEPCIONALMENTE con 4 de retraso.
- Si se comienza **después de los 7 primeros días del ciclo** y en el mes anterior no se estaba utilizando otro método hormonal, será necesario **utilizar ADEMÁS un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes**, si en esos días se va a tener relaciones sexuales.
- A los dos años de utilizar este método de forma continuada es recomendable acudir al médico para que evalúe la situación.



Qué hacer en caso de retrasos

- Si han pasado **más de 4 semanas** desde la fecha indicada para ponerse la siguiente inyección, a partir de este momento será necesario **utilizar un método de barrera eficaz hasta que se reciba la inyección y continuar con él durante los siguientes 7 días de haberla recibido**, si en ese tiempo se va a tener relaciones sexuales.

¡OJO! Si ha habido relaciones sexuales en los 5 días previos a la inyección, a partir de la cuarta semana de retraso, sin que se haya utilizado un método de barrera eficaz, es conveniente acudir a la **anticoncepción de URGENCIA** (ver más adelante el apartado correspondiente).

Contraindicaciones

- **Las comunes de estos métodos** (cuadro 1).
- Tampoco se debe utilizar este método en mujeres que tengan varios factores de riesgo cardiovascular a la vez (hipertensión, diabetes, que fumen, etc.), con hipertensión arterial no controlada, o diabetes con daño vascular o de larga evolución.

Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro2). Además:

- Es un método que ofrece protección frente al embarazo durante un largo periodo de tiempo (tres meses), sin que la mujer se tenga que preocupar de olvidos, fallos, etc.
- Este método **contribuye a la protección frente al cáncer de endometrio**.
- La inyección evita la alteración de la absorción del fármaco por problemas digestivos.
- Puede ocurrir que se gane peso (de 1 a 2 Kgr por año).
- Su uso prolongado puede provocar disminución de la densidad ósea **que se recupera cuando se deja el método**.
- Al interrumpir el tratamiento hay una demora superior al resto de los métodos en el restablecimiento de la fertilidad (**alrededor de 4 meses**).

Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

El común para estos métodos (cuadro 3).

RECUERDA

Es un método anticonceptivo muy eficaz y de larga duración.

Métodos anticonceptivos hormonales combinados

Consisten en la administración de **dos tipos de hormonas** similares a las que producen los ovarios (**un estrógeno más un progestágeno**) por diferentes vías (oral, a

través de la piel o a través de la vagina). Su principal mecanismo de acción es **impedir la ovulación** (son anovulatorios).

Tipos:

- Píldora (combinada)
- Parche anticonceptivo
- Anillo vaginal

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia anticonceptiva es alta aunque no protegen del VIH ni del resto de las ITS. Para obtener protección frente a este tipo de infecciones se recomienda el uso del **“Doble Método”** (descrito en la página 13).

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos

Los olvidos o retrasos disminuyen su eficacia anticonceptiva requiriéndose, en algunos casos, el uso de un **método de barrera eficaz adicional** como método de apoyo durante una semana o el uso de la anticoncepción de urgencia.

Si estos fallos son FRECUENTES es conveniente cambiar a otro método anticonceptivo que no ofrezca este problema o lo minimice, como el implante subcutáneo, la inyección trimestral de progestágeno o la inserción de un DIU.

En los siguientes cuadros se muestran las **características comunes** de estos métodos.



CUADRO 4: Contraindicaciones de los métodos hormonales combinados

Ninguno de ellos se puede utilizar en mujeres:

- **Con cáncer de mama.**
- **Fumadoras de 35 o más años.**
- **Con varios factores de riesgo cardiovascular.**
- **Hipertensas.**
- **Con problemas de coagulación (tromboembolismo).**
- **Con enfermedades del corazón (angina de pecho o infarto de miocardio).**
- **Con accidente cerebrovascular (ictus).**
- **Diagnosticadas de Lupus Eritematoso Sistémico.**
- **Con diabetes de larga evolución o mal controlada.**
- **Con enfermedades hepáticas.**
- **Que presenten migrañas.**

También están desaconsejados en mujeres con **enfermedades de la vesícula biliar (colelitiasis).**



CUADRO 5: Ventajas e inconvenientes comunes a los métodos hormonales combinados

Su uso prolongado:

- Reduce la frecuencia de las menstruaciones, las cefaleas, el síndrome premenstrual (tensión mamaria, dolor abdominal...) y los cambios de humor y sangrado profuso o doloroso. Regula los ciclos.
- También reduce el dolor de la ovulación.
- Da protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Disminuye los síntomas de la enfermedad benigna de la mama (mastopatía quística).
- Proporciona protección frente al cáncer de endometrio y de ovario que va aumentando con los años de utilización. Esta protección permanece incluso después de 10-15 años de haber dejado el método.
- Da protección frente a los quistes ováricos.
- Tiene un efecto beneficioso sobre la piel y el cabello.
- **Suelen alterar el sangrado menstrual.** Pueden aparecer sangrados intermenstruales, especialmente en los primeros ciclos e incluso puede que desaparezca la menstruación. **Estos cambios no son perjudiciales.** Cuando se dejan de utilizar, se recupera el patrón de sangrado habitual.
- También causan náuseas y vómitos que tienden a desaparecer con su uso continuado.
- Pueden disminuir el deseo sexual (la libido).



CUADRO 6: Uso de los métodos hormonales combinados en relación al aborto, parto y lactancia

- Después de un aborto se recomienda **esperar a la primera menstruación.**
- Tras el parto, en mujeres que no van a dar lactancia natural, se debe esperar a la primera menstruación o a que pasen las cuatro primeras semanas si éste fue vaginal o las seis primeras semanas si el parto fue por cesárea.
- **No se deben utilizar durante la lactancia materna** hasta no haberse cumplido los seis primeros meses después del parto o hasta que la misma deje de ser el alimento principal del bebé (lo que sea primero).
- Si la lactancia es parcial, es decir, se complementa con otro tipo de alimentación (leche, papillas, purés, etc.) se podrá empezar a usar cualquiera de estos métodos pasadas seis semanas después del parto, no antes.

Conviene saber

- La anticoncepción hormonal combinada no produce aumento de peso ni compromete la fertilidad.
- **SIEMPRE se debe consultar al médico sobre la conveniencia de usar estos métodos (requieren su prescripción)** y acudir a las **revisiones y controles** que se indiquen.

PÍLDORA (COMBINADA)

Es un **anticonceptivo hormonal oral** que contiene distintas dosis de estrógeno y progestágeno. Funciona fundamentalmente impidiendo la ovulación (es un método anovulatorio).

Existen muchos tipos de píldora anticonceptiva según la cantidad de hormonas que contenga y la **forma en que éstas se dosifiquen en cada píldora a lo largo del ciclo** (píldora monofásica, bifásica, trifásica o polifásica). Es el médico quien tiene que aconsejar cuál es la más adecuada para cada mujer.

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia depende en gran parte de la mujer. **Es óptima si no hay olvidos ni retrasos en la toma diaria de las pastillas.**

Cómo utilizarla

- Se puede empezar a tomarla en cualquier momento. Si se hace **después de los 5 primeros días del ciclo**, será necesario **utilizar ADEMÁS un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes**, si en esos días se va a tener relaciones sexuales.
- Para evitar errores en la toma, se recomienda empezar el primer día de la menstruación (primer día del ciclo).
- Para que sea efectiva **hay que tomarla todos los días**, se mantengan o no relaciones sexuales y aproximadamente a la misma hora (p. ej., al acostarse).

Hay presentaciones diferentes. Las más comunes son en **blísteres (soportes plastificados donde van las pastillas, figura 7)** con 21 o 28 píldoras. En el dorso se suele especificar los días de la semana para evitar posibles errores en su toma.

Según sea el blíster, la pauta a seguir será diferente:

- **Si el blíster del envase tiene 28 pastillas (píldoras)**, se toma 1 cada día y cuando se acaba el envase, se comienza el siguiente sin día de descanso. En esta presentación y a excepción de los preparados con muy baja dosis de estrógenos, **las últimas 7 pas-**



Figura 7. Blísteres con píldoras anticonceptivas

tillas no contienen hormonas y sólo sirven para continuar con el hábito de tomar una píldora cada día y así evitar olvidos. Suelen tener un color distinto del resto.

- **Si el blíster tiene 21 pastillas**, se toma una cada día hasta terminarlo, se descansa los 7 días siguientes y a continuación (octavo día desde la última toma) se comienza con un nuevo envase. Durante los días en que no se toma, baja la regla (como en los otros preparados, aunque no se descansa) permaneciendo la protección anti-conceptiva.

Salvo por indicación médica, **NO es necesario hacer descansos periódicos en su toma.**

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos

Ante cualquier olvido hay que tomar la píldora LO ANTES POSIBLE.

- Si el retraso no supera las 24 horas (**olvido de 1 pastilla o comienzo con 1 día de retraso un nuevo envase**), se deberá tomar la píldora olvidada y continuar con la pauta habitual.

Olvido de 2 o más píldoras en días consecutivos:

Cuando esto sucede se deberá utilizar TAMBIÉN un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes a la toma de la píldora olvidada, si en esos días se va a tener relaciones sexuales y proceder de la siguiente manera, según los casos:

- **Olvido de 2 o más pastillas de la primera o segunda semana del blíster de 21 o 28 pastillas o comienzo de uno nuevo 2 o más días tarde:** se deberá tomar la píldora cuanto antes y continuar con la pauta habitual.
- **Olvido de 2 o más pastillas de la tercera semana del blíster de 21 pastillas:** en este caso se deberá tomar la píldora cuanto antes y seguir con la toma diaria del resto hasta acabarlas, comenzando un nuevo blíster inmediatamente después, **sin esperar 7 días.**
- **Olvido de 2 o más pastillas de la tercera semana del blíster de 28 pastillas:** en este caso se deberá tomar la píldora cuanto antes y seguir con la toma diaria de las píldoras **que contengan hormonas** hasta acabarlas, desechando las últimas 7 píldoras (esas



son “placebo”, es decir, no contienen hormonas), comenzando un nuevo blíster inmediatamente después.

¡OJO! Si hubo relaciones sexuales en los últimos 5 días previos al retraso en la toma de 2 o más pastillas, es conveniente tomar una **píldora anticonceptiva de URGENCIA** (ver más adelante “Anticoncepción de Urgencia”).

Los olvidos en la cuarta semana, en el caso de utilizarse un blíster de 28 pastillas, no tienen consecuencias. Se debe empezar un nuevo envase cuando toque hacerlo.

Ante cualquier duda se recomienda **consultar con el médico** o leer el prospecto y seguir sus indicaciones.

Contraindicaciones

Las comunes de estos métodos (cuadro 4).

Conviene saber

- **Los vómitos, la diarrea y tomar algunos medicamentos** puede disminuir la protección de las pastillas. Si se tiene alguno de estos síntomas o se precisa alguna medicación, se debe consultar a un médico y mientras tanto **utilizar ADEMÁS un preservativo** en las relaciones coitales.
- En mujeres **fumadoras menores de 35 años** se recomienda que utilicen la píldora con **la mínima dosis de estrógenos** (preparados de 28 pastillas, con 24 o más de ellas con hormonas, disminuyendo, por tanto, las pastillas “placebo”).
- Pueden aparecer sangrados fuera del periodo menstrual, especialmente durante los 3 primeros meses de comenzar a tomar la píldora. **No se debe, por ello, dejar de tomarla.**

Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro 5). Además:

- Con la píldora puede modificarse el día del inicio de la regla en función de las necesidades individuales.
- Proporciona cierta **protección frente al cáncer colorrectal.**
- La píldora de tercera y cuarta generación aumenta el riesgo de que se formen coágulos sanguíneos venosos, lo que puede originar tromboembolias. **Este riesgo es claramente MENOR que el que se tiene durante el embarazo.**
- El uso continuado de este método durante 5 o más años aumenta el riesgo de sufrir cáncer de cuello de útero **sólo en mujeres con infección persistente por el VPH** (Virus del Papiloma Humano).
- En relación con el **cáncer de mama**, el uso de la píldora es posible que favorezca algo su aparición pero por ahora no hay suficiente evidencia científica al respecto. Siempre hay que **consultarlo con el médico.**

Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

El común para estos métodos (cuadro 6).

RECUERDA

Sin contraindicaciones, es un eficaz método anticonceptivo pero requiere mucha disciplina y orden para no cometer olvidos en su toma diaria.

PARCHE TRANSDÉRMICO

Es un **método hormonal** consistente en una pequeña lámina cuadrada adhesiva de plástico que contiene las dos hormonas, estrógeno y progestágeno, que impiden la ovulación. Esta lámina se pega a la piel y a través de ella las hormonas pasan lentamente y de forma continuada al organismo.

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia **es alta** si no hay retrasos en los cambios del parche. **En mujeres obesas de más de 90 Kgr de peso la eficacia de este método disminuye significativamente.**

Cómo utilizarlo

- Se pone un parche en la piel cada semana durante tres semanas seguidas (**días 1, 8 y 15 del ciclo**) y en la cuarta no se pone ninguno (**se retira el tercer y último parche el día 22** y no se vuelve a poner uno nuevo hasta el día 1 del siguiente ciclo). Esta pauta se repite todos los meses mientras se esté utilizando este método.
- El parche se aplica presionando sus bordes sobre piel limpia, seca (sin cremas ni lociones) y sin vello, en zonas no expuestas al roce de la ropa (en nalgas, abdomen, parte superior de la espalda o del brazo en su lado exterior). Nunca en las mamas.
- Hay que vigilarlo cada día para comprobar que el parche está bien pegado porque si no lo está, pierde su eficacia.
- Cuando se comienza **se debe utilizar ADEMÁS un método de barrera eficaz adicional durante los primeros 7 días** de uso del primer parche, en las relaciones coitales.

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos

Como regla general, ante cualquier olvido hay que ponerse un parche **lo antes posible**.

- **Retraso en la puesta del primer parche de un ciclo:** hay que colocarlo inmediatamente y seguir con los demás con



la pauta normal y **ADEMÁS utilizar un método de barrera eficaz adicional durante los siguientes 7 días de su colocación.** El día que se ponga el parche se convertirá en el primer día del ciclo de tratamiento, posponiéndose los días inicialmente señalados para la colocación de los otros dos parches en función del número de días de retraso.

¡OJO! Si el retraso fue de 3 o más días (no se usó parche durante al menos 10 días seguidos) y hubo relaciones sexuales en los últimos 5 días previos a dicho retraso, es conveniente tomar una **pildora anticonceptiva de URGENCIA** (ver más adelante "Anticoncepción de Urgencia").

- **Retraso en la puesta del segundo o tercer parche de un ciclo:** si el retraso **no supera las 48 horas**, se sigue la pauta establecida, es decir, se pondrá el parche que corresponda (el olvidado). El siguiente se pondrá el día que se tenía señalado antes del olvido. Si **se han superado las 48 horas**, se comienza un nuevo ciclo de tratamiento de 4 semanas con la colocación de un parche (el primero), utilizando ADEMÁS, durante los siguientes 7 días, un preservativo.
- **Retraso en quitarse el tercer parche (se ha pasado el día 22):** se debe quitar inmediatamente sin que se modifique la fecha de comienzo de un nuevo ciclo de tratamiento.
- **Desprendimiento de un parche:** si esto ocurre sin que transcurran más de 24 horas, se vuelve a colocar en el mismo sitio o se pone uno nuevo, siguiendo después la pauta establecida. Si se ha rebasado ese tiempo, se comienza un ciclo nuevo de tratamiento poniéndose un parche y utilizando ADEMÁS, durante los primeros 7 días, un preservativo.

Contraindicaciones

Las comunes de estos métodos (cuadro 4).

Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro 5).

Además:

- Frente a los métodos hormonales orales, el parche evita la alteración de la absorción del fármaco por problemas digestivos.

Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

El común para estos métodos (cuadro 6).

Además:



- Se podrá poner un parche inmediatamente **después de un aborto** sólo si éste ocurrió dentro de las primeras 20 semanas de gestación. Con más tiempo de gestación se deberá esperar a la primera menstruación o, al menos, a que transcurran 21 días.
- **Tras un parto**, si se pone transcurridas 4 o 6 semanas sin que haya aparecido la menstruación, se deberá ADEMÁS utilizar un preservativo durante los primeros 7 días de su colocación.

RECUERDA

Puede ser un método alternativo a la píldora para minimizar olvidos en su uso.

ANILLO VAGINAL

Es un **método hormonal** que utiliza un anillo hecho de material plástico flexible que se coloca en el interior de la vagina. El anillo contiene un estrógeno y un progestágeno a dosis bajas que se van liberando de forma constante durante 21 días en la vagina y de allí pasan a la sangre, impidiendo la ovulación.

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia anticonceptiva **es alta** pero depende de que no se cometan olvidos en su reposición y se mantenga en la vagina todo el tiempo, sin superar las 3 horas fuera de la misma.



Figura 8. Cómo se presiona el anillo hormonal para su colocación en la vagina

Cómo utilizarlo

- Se usa un anillo en cada ciclo.
- Hay que lavarse las manos antes de ponerlo o quitarlo y comprobar que no esté caducado.
- El anillo se coloca en la vagina **por la mujer**, que puede elegir la posición que le sea más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada.
- Se debe apretar con los dedos índice y pulgar dos puntos opuestos del anillo para aproximarlos y con suavidad presionarlo (figura 8), introduciéndolo completamente dentro de la vagina.
- No importa la posición exacta pero hay que colocarlo lo más profundo posible. Los músculos de la vagina lo fijarán en el lugar correcto.
- El anillo se mantiene **durante tres semanas de forma ininterrumpida**, sin sacarlo durante ese tiempo, pasado el cual se retira el mismo día de la semana que se puso y aproximadamente a la misma hora. Luego se descansa una semana y se vuelve a introducir un nuevo anillo.
- Si durante el coito produce alguna molestia, se puede extraer sin que pierda eficacia, **siempre que no permanezca más de tres horas fuera de la vagina**. Se debe lavar con agua fría o tibia antes de volverlo a introducir.
- Durante la semana de descanso, a los 2 o 3 días de haberlo quitado, normalmente se produce un sangrado vaginal similar a la menstruación.
- Si es la primera vez que se usa y justo antes no se utilizaba ningún otro método hormonal, se recomienda colocarlo entre los primeros 5 días del ciclo (durante la menstruación). **Con el primer anillo y durante los primeros 7 días de su uso se deberá utilizar, ADEMÁS, un método de barrera eficaz adicional**, en el caso de que en esos días se tenga relaciones sexuales.
- Es recomendable comprobar regularmente que el anillo sigue insertado dentro de la vagina.

Qué hacer en caso de olvidos o retrasos

- Si se espera más de 7 días para colocarse un nuevo anillo o se mantiene más de 4 semanas, se **tendrá que poner uno nuevo lo antes posible y ADEMÁS utilizar un método de barrera eficaz adicional durante los primeros 7 días de uso del nuevo anillo**, si se va a mantener relaciones sexuales en esos días.

¡OJO! Si el retraso fue de **3 o más días** (se estuvo sin anillo durante al menos 10 días seguidos) y hubo relaciones sexuales en los últimos 5 días previos a dicho retraso, es conveniente tomar una **píldora anticonceptiva de URGENCIA** (ver más adelante “Anticoncepción de Urgencia”).

- Si se extrae el anillo por más de **3 horas en las dos primeras semanas** del ciclo, deberá volverse a colocar lo antes posible y **ADEMÁS utilizar un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes**, si se va a mantener relaciones sexuales.
- Si se extrae el anillo por más de **3 horas en la tercera semana**, se deberá interrumpir el ciclo de tratamiento y no volver a utilizar ese anillo. Pasada una semana

sin anillo, se comenzará un nuevo ciclo con la inserción de uno nuevo. **ADEMÁS se tendrá que utilizar un método de barrera eficaz adicional durante los 7 días siguientes**, si se va a mantener relaciones sexuales en esos días.

Contraindicaciones

Las comunes de estos métodos (cuadro 4).

Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro 5). Además:

- Frente a los métodos hormonales orales, el parche evita la alteración de la absorción del fármaco por problemas digestivos.



Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

El común para estos métodos (cuadro 6).

RECUERDA

Es un método anticonceptivo eficaz, si no hay contraindicaciones para su uso ni olvidos.

Métodos anticonceptivos Intrauterinos (DIU)

Consisten en la colocación dentro del útero, a través de la vagina, de un pequeño aparato flexible de plástico o de plata, normalmente con forma de T o de ancla. En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar si está bien situado. Su presencia en el interior del útero provoca un efecto espermicida y ovicida (destruye a los espermatozoides y a los óvulos).

Tipos

Según su composición y mecanismo de acción, existen dos tipos:

- DIU de cobre
- DIU hormonal

Eficacia anticonceptiva

Su eficacia anticonceptiva es muy alta, similar a la que ofrecen los métodos permanentes, pero **tampoco protegen del VIH ni del resto de las ITS**. Para obtener protección frente a este tipo de infecciones se recomienda el uso del **“Doble Método”** (ver página 13).

En los siguientes cuadros se muestran las **características comunes** de estos métodos.



CUADRO 7: Contraindicaciones de los métodos intrauterinos

Ningún tipo de DIU se puede utilizar en mujeres con:

- Fibromas uterinos que alteren la cavidad del útero.
- Cáncer de cuello de útero (cérvix), endometrio u ovario.
- Infecciones vaginales o de transmisión sexual (gonorrea, clamidias).
- Sangrado vaginal de causa desconocida.



CUADRO 8: Ventajas e inconvenientes comunes a los métodos intrauterinos

- **Se pueden colocar en jóvenes y mujeres que nunca han estado embarazadas**, aunque la respuesta suele ser algo peor (sangrado y dolor durante y después de la inserción).
- Cuando se quita, se recupera inmediatamente la fertilidad.
- Cuando se tiene el DIU puesto, hay que controlar más que nunca cualquier pequeña infección vaginal.
- Pueden provocar hemorragias y efectos secundarios tales como un brusco descenso de la presión arterial, mareo y flojedad muscular (una reacción vagal) durante su inserción.
- **Los DIU sólo pueden colocarlos o retirarlos personal sanitario**. Se pueden insertar en cualquier día del ciclo, si se tiene la certeza de que no hay un embarazo, pero es mejor que se haga durante la primera parte (entre el primer día y el 14), preferiblemente durante la primera semana.
- **Requieren control médico**. Se debe acudir a las revisiones periódicas que se indiquen o en cualquier momento si se tienen molestias.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE (“D.I.U.”, “el aparatico”; “la T de cobre”)

Es un pequeño aparato de plástico flexible, normalmente con forma de “T”, rodeado de un alambre de cobre que a veces contiene plata en su centro. Su mecanismo de acción consiste en provocar un cambio químico, dentro del útero, que impide la unión del espermatozoide y el óvulo.

En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar si su situación es la adecuada.

Se comercializan varios tipos, con diferentes tamaños (mini, normal, maxi, etc.).

Eficacia anticonceptiva

Es uno de los métodos de más alta eficacia anticonceptiva que existen. Una vez colocado, ésta **dura normalmente 5 años, aunque hay DIU de cobre que protegen del embarazo durante 10-12 años.**

Contraindicaciones

Las comunes de estos métodos (cuadro 7).

Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro 8). Además:

- Contribuye a proteger contra el cáncer endometrial.
- Es más fácil de insertar y más barato que el DIU hormonal.



- Es frecuente que aparezcan **cambios en el sangrado menstrual**, que sea más profuso y prolongado, sobre todo en los primeros meses después de ponerlo, y que aumente el dolor durante la menstruación, especialmente en el segundo trimestre.

Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

- Se puede insertar inmediatamente después de un aborto **sin complicaciones**.
- Se puede colocar en cualquier momento **dentro de las primeras 48 horas tras el parto** (natural o por cesárea). Después sólo se podrá insertar pasadas las primeras 4 semanas.
- En mujeres lactantes, sin menstruación, se puede colocar a partir de la cuarta semana desde el parto.

RECUERDA

Es un método de muy alta eficacia anticonceptiva que puede durar hasta 10-12 años.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL

Es un método mixto (intrauterino y hormonal) que consiste en la utilización de un pequeño aparato de plástico, con forma de "T", que se introduce dentro del útero a través de la vagina y que libera de forma constante, todos los días, pequeñas cantidades de una hormona (un progestágeno) que impide la proliferación de las paredes del útero (endometrio). En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar que la situación del dispositivo es la adecuada.

Eficacia anticonceptiva

Es uno de los métodos de más alta eficacia anticonceptiva que existen. Una vez colocado, **su eficacia dura 5 años**.

Contraindicaciones

Las comunes de estos métodos (cuadro 7). Además:

- **El DIU hormonal está contraindicado en el cáncer de mama.**
- También está desaconsejada su inserción cuando la mujer tenga problemas de coagulación sanguínea (tromboembolismo), cardiopatía isquémica o tumores hepáticos.

Ventajas e inconvenientes

Las comunes de estos métodos (cuadro 8).

Es frecuente, además, que aparezcan **cambios en el sangrado**, que sea más leve y de menor duración o irregular o infrecuente. Después de 1 año lo habitual es que desaparezca la menstruación.



Uso de este método en relación al aborto, parto y lactancia

- Se puede colocar en cualquier momento **dentro de las primeras 48 horas tras el parto** (natural o por cesárea) **si no se está amamantando**. Después sólo se podrá insertar pasadas las primeras 4 semanas, se esté o no amamantando.
- Si se coloca después de que hayan pasado más de 7 días desde el comienzo de la menstruación o seis meses después de un parto cuando aún no se ha restablecido la menstruación, **se necesitará utilizar ADEMÁS un preservativo los siguientes 7 días a su inserción**, si se va a tener relaciones sexuales coitales.

RECUERDA

Es un método de muy alta eficacia anticonceptiva que dura de 5 años.

Métodos anticonceptivos permanentes o irreversibles

Se consideran métodos anticonceptivos **definitivos**, es decir, una vez que se han practicado, su acción anticonceptiva se mantiene para siempre, sin que normalmente se pueda recuperar la fertilidad (sólo excepcionalmente).

Estos métodos **no protegen del VIH ni del resto de las ITS**. Para obtener protección frente a este tipo de infecciones se recomienda el uso del **“Doble Método”** (ver página 13).

Tipos

Para la mujer (esterilización femenina):

- Oclusión tubárica quirúrgica.
- Dispositivo o implante intratubárico (Essure®).

Para el hombre (esterilización masculina):

- Vasectomía.

► Métodos permanentes PARA LA MUJER:

Se basan en la obturación de las trompas de Falopio (oclusión tubárica) por vía quirúrgica o por vía vaginal (no quirúrgica).

OCCLUSIÓN TUBÁRICA QUIRÚRGICA

Se trata de un **método anticonceptivo quirúrgico permanente** que consiste en taponar el interior de las trompas de Falopio, con lo que se impide el paso de los óvulos desde los ovarios hacia el útero y su contacto con los espermatozoides.

Eficacia anticonceptiva

Es un método anticonceptivo **altamente eficaz e irreversible** (sólo en casos excepcionales se puede recuperar la fertilidad).

Conviene saber

- Se realiza mediante una **pequeña intervención quirúrgica**, normalmente bajo anestesia local, que ha de practicarse en un centro sanitario.
- En mujeres que dan a luz, puede hacerse bien en el momento del parto o la cesárea, o bien transcurridos 42 días (6 semanas postparto), según sea la técnica quirúrgica utilizada.
- La oclusión de las trompas se puede realizar con diferentes métodos (colocación de grapas, clips o anillos de silicona, por electrocoagulación...). El más utilizado es **la ligadura de trompas** (salpingectomía), donde las trompas de Falopio se cortan y anudan con material de sutura (figura 9).

Ventajas e inconvenientes

- Una vez efectuada se sigue manteniendo la menstruación y la ovulación y **no se ven afectados ni la capacidad ni el deseo sexual**.
- Brinda cierta protección frente al cáncer de ovario.
- Hay que pasar por el quirófano.
- Se considera un método irreversible.



Figura 9. Ligadura de trompas

DISPOSITIVO O IMPLANTE INTRATUBÁRICO (ESSURE®)

Es un **método anticonceptivo permanente NO quirúrgico** que consiste en la inserción, vía vaginal, de unas espirales flexibles en las trompas de Falopio. Esto provoca una reacción inflamatoria del tejido circundante, obstruyéndolas completamente **al cabo de 3 meses**, impidiendo el paso de los espermatozoides. **Durante ese tiempo se debe usar un método anticonceptivo eficaz complementario.** Tras este periodo se verifica que las trompas estén totalmente cerradas mediante un estudio radiológico llamado "histerosalpingografía".

Eficacia anticonceptiva

No altera el ciclo menstrual. **Es también un método altamente eficaz, e irreversible** en la mayoría de los casos.

RECUERDA

Ambos métodos son irreversibles. Están indicados para aquellas mujeres que no puedan tener hijos por problemas de salud o que tengan la absoluta seguridad de no querer tenerlos. **Contraindicados en jóvenes.**

► Métodos permanentes PARA EL HOMBRE:

VASECTOMÍA

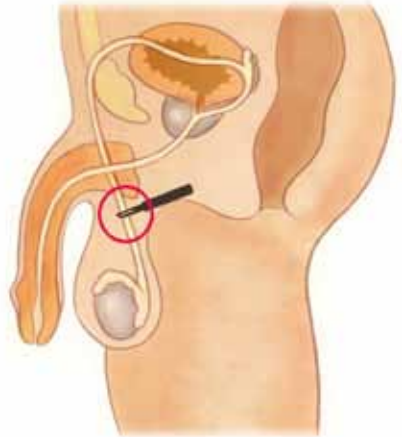
Es un método anticonceptivo permanente que se realiza mediante una sencilla intervención quirúrgica con anestesia local. Consiste en cortar y ligar o cauterizar los conductos deferentes y así impedir la salida de los espermatozoides al exterior cuando se produce la eyaculación. Se puede hacer con o sin bisturí.

Eficacia anticonceptiva

Es muy alta e irreversible.

Conviene saber

- Durante los **tres primeros meses** después de la intervención **se debe usar un método anticonceptivo complementario.**



- Pasados los **tres primeros meses** después de la intervención es conveniente (aunque no necesario) hacerse un estudio del semen para comprobar que no contiene espermatozoides.

Ventajas e inconvenientes

- Después de practicarla no se afecta la potencia ni el deseo sexual, **manteniéndose la capacidad para la erección y la eyaculación igual que antes**, con la diferencia de que el semen expulsado no contiene espermatozoides.
- Es un método seguro para el hombre y más sencillo que la oclusión tubárica en las mujeres.
- Se considera un método irreversible.

RECUERDA

Es un **método irreversible** especialmente indicado en hombres que estén absolutamente seguros de no querer tener descendencia en el futuro. **Contraindicado en jóvenes.**

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Consiste en el uso de un fármaco o un dispositivo intrauterino como medida de urgencia para **evitar un embarazo no deseado en caso de coito no protegido** por carencia de método anticonceptivo, por su uso inadecuado (p. ej., por olvido de la toma de un anticonceptivo oral), por fallo del mismo o por haber sufrido una violación sin tener protección anticonceptiva eficaz.

¡OJO! En las **páginas 17, 19, 24, 28, 33, 35 y 37** de este librito se señalan y describen las situaciones en las que está indicada la anticoncepción de urgencia cuando se cometen fallos en el uso regular de un método anticonceptivo eficaz.

Los métodos para la anticoncepción de urgencia actualmente disponibles en España son:

- Fármacos:
 - La "píldora postcoital", "píldora del día después" o "píldora del día siguiente" (Levonorgestrel).
 - La "píldora de los cinco días después" (Acetato de Ulipristal).
- Dispositivo intrauterino de cobre (DIUCu).

Ninguno de estos métodos protege del VIH ni de otras ITS.

TEN PRESENTE

Los métodos hormonales para la anticoncepción de urgencia **no deben utilizarse de forma habitual sino de manera excepcional y nunca han de sustituir a un método anticonceptivo regular.**

PÍLDORA POSTCOITAL (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE)

La píldora postcoital está compuesta por un preparado hormonal llamado **Levonorgestrel** que es un progestágeno que inhibe o retrasa la ovulación.

Cómo utilizarla

- El envase contiene una sola pastilla que hay que tomarla **ANTES DE QUE PASEN 72 HORAS** de la relación sexual no suficientemente protegida.
- **Cuanto antes se tome la pastilla, más eficacia anticonceptiva se tiene.** Pasadas 72 horas desde la relación sexual de riesgo (3 días), su eficacia no se puede garantizar y **después de 120 horas (5 días), su toma no sirve de nada.**

Conviene saber

- La píldora postcoital no interrumpe un embarazo establecido. **NO ES**, por tanto, un método abortivo.
- **No tiene efectos perjudiciales para la salud.**
- Puede administrarse durante la lactancia. Se recomienda ingerirla inmediatamente después de dar la toma y esperar un mínimo de 3 horas hasta la siguiente toma.
- En la actualidad (año 2013) se puede adquirir en farmacias sin receta médica.

FARMACIA



ACETATO DE ULIPRISTAL (“PÍLDORA DE LOS CINCO DÍAS DESPUÉS”).

El Acetato de Ulipristal (AUP) es un medicamento cuya indicación terapéutica es la anti-concepción de urgencia **dentro de las 120 horas (5 días)** siguientes al coito de riesgo.

Se administra un único comprimido por vía oral.

Si se producen vómitos en las 3 horas siguientes se deberá tomar otra pastilla.

Al igual que la píldora postcoital, su principal mecanismo de acción es la inhibición o el retraso de la ovulación.

Conviene saber

- **Ofrece mayor eficacia en la prevención del embarazo que el Levonorgestrel.**
- Contraindicado en insuficiencia hepática grave y en el embarazo (hay que descartarlo antes de tomar este medicamento).
- No recomendado más de 1 vez en el mismo ciclo menstrual.
- Se debe utilizar otro método anticonceptivo (preservativo) después de recurrir a este método de urgencia hasta el inicio de la menstruación.
- No recomendado en menores de 18 años.
- Durante la lactancia se aconseja retrasar la toma durante 36 h. después de su administración.
- **Requiere receta médica.**

DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE

Un DIU de alta carga de cobre insertado en las primeras 120 horas tras el coito de riesgo (5 DÍAS DESPUÉS), se puede utilizar como anticonceptivo de urgencia.

Su inserción la tiene que hacer un sanitario.

Su eficacia es elevada y puede mantenerse como método anticonceptivo a largo plazo.

NO SON MÉTODOS EFICACES

Los métodos anticonceptivos que a continuación se nombran, **EN LA PRÁCTICA, son de baja o muy baja eficacia para prevenir el embarazo**. Ninguno de ellos protege de las Infecciones de Transmisión Sexual ni del VIH.

- Los **métodos naturales basados en la abstinencia periódica o conocimiento de la fertilidad** (Ogino o del Ritmo, de los Días Estándar, Temperatura Corporal Basal, del Moco Cervical o Billing o los basados en la utilización de monitores de fertilidad/anticoncepción) requieren de un alto grado de conocimiento del propio ciclo menstrual de la mujer y de adiestramiento en el uso de estos métodos, junto con un elevado grado de colaboración de la pareja y la abstinencia periódica, esto es, el control de las relaciones sexuales, ajustándolas sólo a determinados días del ciclo (los días considerados infértiles). Estos métodos parten de un modelo de ovulación única por ciclo y no tienen en cuenta que existen frecuentes alteraciones que dan lugar a ovulaciones espontáneas en cualquier momento del mismo.



Comentario aparte merece el **método sintotérmico** ya que es el más fiable de entre todos los métodos anticonceptivos naturales pues combina la medición de la temperatura corporal basal, la observación del moco cervical y la consistencia del cérvix. Para su correcta utilización requiere adiestramiento durante varias semanas. Su eficacia anticonceptiva TEÓRICA (con un uso perfecto) es alta pero no se tienen suficientes datos sobre su eficacia PRÁCTICA (con su uso común).

- Algunos **métodos de barrera (diafragma, capuchón cervical, espermicidas, esponja vaginal)** también requieren adiestramiento de la mujer para su utilización y usados por separado como único método, no ofrecen una eficaz protección frente al embarazo.
- El **método de la amenorrea de la lactancia (MELA)** es eficaz sólo durante los seis primeros meses posteriores a un parto y requiere que se cumplan, de forma estricta, una serie de condiciones tales como la ausencia de menstruación y la lactancia exclusiva sin pausas, entre otras.
- Por último está el llamado **“coito interrumpido” o “marcha atrás”**, consistente en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Es un método muy poco fiable en el que la mujer está totalmente a expensas de la capacidad de autocontrol del hombre. Exactamente no es un método anticonceptivo aunque sea una práctica utilizada con esa intención.

Indicaciones para un uso más seguro y responsable de los métodos anticonceptivos hormonales

- Asegúrese de que el profesional de la salud que le atiende tenga toda la información importante acerca de usted (parámetros sanguíneos, padecimiento de alguna enfermedad, reacciones adversas que haya tenido a los medicamentos, toma actual de medicamentos, etc.).

- Pida información sobre el anticonceptivo hormonal en términos que usted pueda entender:

¿Cómo se llama el anticonceptivo?

¿Para qué se lo han recetado?

¿Con qué frecuencia tiene que tomarlo y durante cuánto tiempo?

¿Qué efectos secundarios puede tener?, ¿qué debe hacer si se presentan?

¿Es seguro tomar este anticonceptivo con los otros medicamentos o suplementos dietéticos que toma?

¿Qué alimentos, bebidas o hábitos (por ejemplo, fumar) debe evitar mientras esté tomando este anticonceptivo?

- Cuando recoja en la farmacia el anticonceptivo, compruebe que coincide con el que le han prescrito.
- Lea en el prospecto sus contraindicaciones y efectos secundarios y consúltelos con su médico.

FALSAS CREENCIAS O MITOS

ES FALSO pensar que no te puedes quedar embarazada:

- La primera vez que se tienen relaciones sexuales.
- Cuando se tienen relaciones sexuales con la menstruación.
- Cuando se realiza el coito en determinadas posiciones.
- Durante el periodo de lactancia, cuando se está amamantando al bebé.

NO tienen NINGÚN efecto anticonceptivo:

- Los lavados vaginales con agua o con agua mezclada con otras sustancias, después del coito.
- Hacer ejercicios bruscos, como saltar o correr, después de tener relaciones sexuales.
- Tomar o introducir en la vagina hierbas o pócimas que popularmente se dice que evitan el embarazo.
- La lactancia materna fuera de las condiciones del método MELA.

En todos estos casos se puede producir un embarazo si no se usan métodos anticonceptivos eficaces.

Se debe acudir a un centro de salud si:

- Se quiere comenzar a usar un método anticonceptivo.
- Se presentan problemas con el método anticonceptivo utilizado.
- Hay preguntas que hacer o dudas que aclarar.
- Se desea cambiar de método anticonceptivo.
- Hay sospecha de embarazo.

Principales características de los métodos anticonceptivos EFICACES

MÉTODO	Eficacia anticonceptiva	Protección VIH/ITS	Apto. en lactancia y postparto (*)	Frecuencia de uso	Contiene hormonas	Precisa prescripción médica	Se pone en un C.S.	Precisa control sanitario
Métodos de barrera								
Preservativo masculino	moderada alta	sí	sí	en coito	no	no	no	no
Preservativo femenino	moderada alta	sí	sí	en coito	no	no	no	no
Diafragma + espermicida	moderada alta	no	sí	en coito	no	sí	no	no
Métodos hormonales sólo con progestágeno								
Minipíldora	alta	no	sí	diaria	sí	sí	no	sí
Implante subcutáneo	la mayor	no	sí	cada 3 años	sí	sí	sí	sí
Inyección intramuscular de progestágeno	alta	no	sí	trimestral	sí	sí	sí	sí
Métodos hormonales combinados								
Píldora (combinada)	alta	no	no	diaria	sí	sí	no	sí
Parche transdérmico	alta	no	no	semanal	sí	sí	no	sí
Anillo vaginal	alta	no	no	mensual	sí	sí	no	sí
Métodos intrauterinos (DIU)								
Dispositivo intrauterino de cobre	muy alta	no	sí	cada 10 años	no	sí	sí	sí
Dispositivo intrauterino hormonal	muy alta	no	sí	cada 5 años	sí	sí	sí	sí
Métodos permanentes								
Oclusión tubárica quirúrgica	muy alta	no	sí	permanente	no	sí	sí	no
Dispositivo o implante intratubárico	muy alta	no	sí	permanente	no	sí	sí	no
Vasectomía	muy alta	no	sí	permanente	no	sí	sí	no

(*) A partir de la cuarta o sexta semana después del parto, dependiendo del tipo de método. **C.S.:** Centro Sanitario. **NOTA:** Algunas presentaciones comerciales de estos métodos están financiadas por la Seguridad Social.

Teléfonos

Información de la Consejería de Sanidad
y del Servicio Madrileño de Salud

Información sobre centros de salud municipales de los distintos
ayuntamientos de la Comunidad de Madrid

012

Información sobre los centros municipales de
salud del Ayuntamiento de Madrid

010

Direcciones web

www.madrid.org/sanidad/

www.madrid.org/inforjoven/

www.publicaciones-isp.org



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid