



MÉTODOS ANTI CONCEPTIVOS

Versión 3. Abril 2010

XUNTA DE GALICIA

OS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÉTODOS ANTI CONCEPTIVOS

CONSIDERACIONES ANTES
DA ELECCIÓN:

- A elección do método anticonceptivo debe ser persoal e baseada na adecuada información de todos os métodos dispoñibles.
- Non existen métodos bos e métodos malos.
- Non existe o método ideal.
- Non existe un método para toda a vida.
- Non hai indicacións, a elección depende da persoa, das súas circunstancias, do tipo de relación de parella, do tipo de relación sexual.
- Só nalgúns casos, a elección individual pode estar limitada por contraindicacións médicas.
- As supostas vantaxes e desvantaxes de cada método non son universais, cada persoa avalíaas de xeito individual, o que é bo para unhas pode ser todo o contrario para outras.
- A eficacia anticonceptiva depende na maioría dos métodos de se se emprega correcta e sistematicamente.
- O retorno da fertilidade co uso de métodos anticonceptivos é inmediato, a excepción dos métodos cirúrxicos (que seguen considerándose métodos permanentes), e do inxectable de progestáxeno só (pode retardar a fertilidade de 6 a 10 meses).

I- MÉTODOS BASEADOS NO COÑECEMENTO DA FERTILIDADE:

Baséanse en observar os signos e síntomas que se producen de forma natural na fase fértil (ovulación) e infértil do ciclo menstrual, e en evitar as relacións sexuais con exaculación vaginal nos días nos que a probabilidade de xestación é teoricamente máis alta.

A eficacia anticonceptiva depende de que o seguimento das instrucións se faga de forma sistemática e correcta.

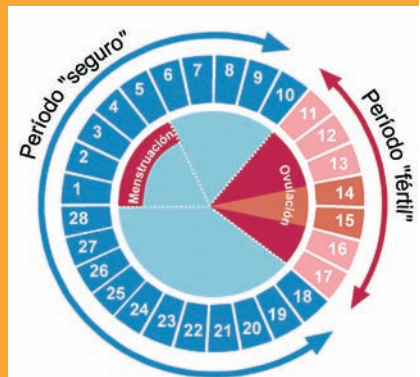
Requiren motivación e participación do compañeiro.

Estes métodos presentan dificultades de uso en mulleres con ciclos menstruais irregulares, durante o período da lactación e na premenopausa, porque o período fértil da ovulación pode estar alterado.

O seu uso aumenta os coñecementos da fisioloxía da reprodución.

Son gratuítos.

Non protexen das infeccións de transmisión sexual (ITS).



A- TEMPERATURA CORPORAL BASAL (Método postovulación)

Eficacia: 75 ao 99%.

Consiste en medir a temperatura corporal e evitar coitos vexinais dende a menstruación ata 3 días despois da elevación da temperatura.

Normas de uso: medir a temperatura corporal diariamente, á mesma hora sen terse levantado da cama e en xaxún (sen ter comido). Observar que a temperatura aumenta levemente despois da ovulación (entre 0,2 e 0,4° C) e mantense elevada ata o final do ciclo. A ovulación prodúcese 24 a 48 horas ANTES da elevación da temperatura.

B- MÉTODO BILLINGS OU DO MOCO CERVICAL (Método ovulación)

Eficacia: 75 ao 97%.

Consiste en observar os cambios do moco cervical e evitar coitos vexinais dende o comezo da secreción vaginal ata transcorridos catro días, a partir do momento en que xa non se observa o moco fluído que recorda a clara de ovo.

Normas de uso: hai que identificar os días secos e os días húmidos do ciclo menstrual. Rematada a regra comeza un período sen fluxo asociado a sensación de sequidade vaginal, despois a secreción empeza a ser espesa e pegañenta e cara á metade do ciclo, coincidindo coa ovulación, o moco pasa a ser transparente, elástico e filante, que recorda a clara de ovo. Este é o signo da ovulación. A partir dese momento o moco vólvese espeso ata o comezo da seguinte menstruación.

C- MÉTODO SINTOTÉRMICO

Eficacia: 75 ao 98%.

Consiste en predicir a ovulación mediante o uso conxunto de varias técnicas e evitar coitos vaxinais dende que se observa o primeiro signo da ovulación ou a primeira sensación de fluxo vaxinal (días húmidos) ata despois de que a temperatura permanecese elevada durante tres días, ou ata transcorridos catro días a partir do momento en que xa non se observa o moco fluído que recorda a clara de ovo.

Normas de uso: observar a secreción vaxinal, os cambios da temperatura basal, e outros signos de ovulación como maior sensibilidade da mama, dor abdominal, pesadume no baixo ventre.

D- MÉTODO DOUS DÍAS

Eficacia: 75 ao 96%.

Consiste en observar as secrecións vaxinais cada día, cando se nota calquera tipo de secreción considérase período fértil ese día e o seguinte.

E- MÉTODO DE DÍAS FIXOS OU ESTÁNDAR

Eficacia: 75 ao 95%.

Consiste en evitar o coito vaxinal os días 8 ao 19 de cada ciclo (ambos incluídos). A muller ten que ter ciclos regulares e ciclos dunha duración de entre 26 e 32 días. Se a muller ten 2 ou máis ciclos fóra do rango de 26 a 32 días o cálculo de días fértiles non é posible.

F- MÉTODO DO CALENDARIO (Ogino – Knaus)

Eficacia: 75 ao 91%

Consiste en calcular os días teóricos que son fértiles e evitar coitos vaxinais eses días.

Normas de uso: rexistrar a duración de polo menos 6 ciclos menstruais contando dende o primeiro día de regra ata o día anterior da seguinte regra. O cálculo dos días de risco faise restando 18 ao ciclo máis curto, o resultado será o primeiro día fértil, e restando 11 ao ciclo máis longo e será o último día fértil.

Exemplo: se o ciclo máis curto fose de 26 días e o máis longo de 30 habería que evitar coito vaxinal do día 8 ao 19 día do ciclo menstrual.

II- MÉTODO DA LACTACIÓN MATERNA E DA AMENORREA (MELA)

Eficacia: 98%.

A lactación materna pódese utilizar como método anticonceptivo se se cumpren as seguintes condicións:

A nai aleita de forma exclusiva ou case exclusiva (tomas frecuentes de día e de noite).

A nai non ten a menstruación e está nos seis primeiros meses despois do parto.

Non protexe de ITS.

III- COITO INTERROMPIDO (MARCHA ATRÁS)

Eficacia: 73 ao 96%.

Consiste en retirar o pene da vaxina antes da exaculación, que non debe producirse cerca da vulva.

A eficacia anticonceptiva depende de se se emprega correcta e sistematicamente.

Non protexe de ITS.

IV- MÉTODOS DE BARREIRA

Son métodos que mediante barreiras físicas ou químicas bloquean ou inactivan os espermatozoides evitando a fecundación.

A eficacia anticonceptiva depende de se se empregan correcta e sistematicamente.

Requiren motivación e participación do compañeiro.

Os preservativos, masculinos e femininos, son os únicos métodos que preveñen das ITS.

Eficacia: 71 ao 82%.

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

Normas de uso: Introdúcese a crema no fondo da vaxina cun aplicador antes do coito. Non hai que lavar os xenitais con xabón ata pasadas 6 horas do último coito.

Non é recomendable a crema de nonoxinol-9 en mulleres con alto risco de contraer VIH.

Aínda que é raro, poden producir irritacións en vaxina ou pene e aumentar as infeccións do tracto urinario.

Non protexe de ITS.



B- PRESERVATIVO MASCULINO OU CONDÓN:

Eficacia: 85 ao 98%.

É unha funda de latex ou poliuretano que se desenrola sobre o pene en erección, recolle e almacena o seme exaculado.

Normas de uso: Ábrese o sobre evitando facelo cos dentes ou obxectos cortantes que poidan danar o preservativo. Suxéitase o preservativo cos dedos polo depósito que ten no extremo, co fin de que quede libre de aire e se poida almacenar o seme. Desenróllase sobre o pene en erección e en toda a súa extensión.

Inmediatamente despois da exaculación suxéitase o preservativo, retírase o pene e compróbase que non rompeu.

Evitar a penetración vaxinal sen preservativo.

Aínda que é raro, pode haber reaccións alérxicas ao látex.

Non debe ser reutilizado.

Protexe de infeccións de transmisión sexual se é utilizado sistemática e correctamente.



C- PRESERVATIVO FEMININO (FEMALE)

Eficacia: 79 ao 95%.

É unha funda de poliuretano ou nitrilo con dous aneis flexibles en cada extremo.

Normas de uso: Cóllese entre os dedos índice e polgar o aro interno da funda. Introdúcese o aro interno ata o fondo da vaxina. Introdúcese un dedo dentro do preservativo e empúxase cara ao fondo da vaxina para asegurarse de que queda ben colocado. O anel fixo do outro extremo do preservativo queda por fóra da vaxina, tapando parcialmente.

Non debe ser reutilizado.

Protexe de infeccións de transmisión sexual se é utilizado sistemática e correctamente.



D- DIAFRAGMA

Eficacia: 84 ao 94%.

É un capuchón de latex ou de silicona que se utiliza con crema espermicida.

Normas de uso: Esténdese a crema espermicida no diafragma. Cóllese o aro entre os dedos índice e polgar e introdúcese na vaxina. Compróbase que o diafragma está tapando o colo do útero e que se suxeita detrás do pube. Non debe retirarse o diafragma nin lavarse os xenitais con xabón ata pasadas 6 horas do último coito.

O diafragma pode permanecer na vaxina ata un máximo de 24 horas.

Pode colocarse unhas horas antes do coito vaxinal, nese caso debe aplicarse unha nova dose de crema espermicida previa ao coito.

Se hai coitos repetidos, aplícase crema espermicida antes de cada penetración sen retirar o diafragma.

Existen diferentes tamaños de diafragma. Hai que facer unha exploración xinecolóxica para saber o tamaño de diafragma que se necesita e asegurar que se adapta correctamente á vaxina.

É reutilizable, despois do coito lávase, sécase e gárdase no seu estoxo.

Aínda que é raro pode producir irritacións vaxinais e aumentar as infeccións do tracto urinario.

Está financiado pola Seguridade Social.

Protexe dalgunha das infeccións de transmisión sexual.



V- DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU, ESPIRAL)

Eficacia: 99,2 ao 99,4% o DIU liberador de cobre, e 99,9 % o DIU liberador de hormona.

É un pequeno dispositivo de plástico que se coloca dentro do útero. Leva un fío de cobre ou un depósito que contén proxestáxeno.

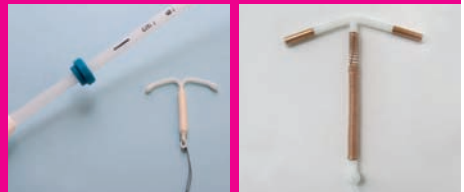
O efecto anticonceptivo débese á acción espermicida do cobre, aos cambios que produce no útero e aos cambios no moco cervical.

Existen diferentes tamaños de DIU que se adaptan aos diferentes tamaños de útero, por iso o poden empregar mulleres que non tiveron embarazos nin partos.

É necesaria unha consulta médica para a exploración xinecolóxica e a inserción do DIU.

Aínda que pode colocarse en calquera momento do ciclo, xeralmente ponse nos sete primeiros días do ciclo que adoita coincidir coa menstruación.

O tempo de uso máximo é variable dependendo da superficie de cobre que teña o DIU, varía de 5 a 12 anos. O DIU liberador de hormona ten un tempo de uso máximo de 5 anos.



O DIU liberador de cobre pode provocar aumento da duración e cantidade da regra, sangrados intermenstruais e dor menstrual.

O DIU liberador de hormona pode variar o patrón de sangrado menstrual (ausencia de regras, regras máis espaciadas, sangrados prolongados e/ou sangrados impredecibles), pode provocar tensión mamaria, acne, dor de cabeza e sensación de inchazón abdominal. Mellora a dor menstrual.

A complicación máis frecuente é a expulsión do DIU que pode pasar inadvertida e hai risco de embarazo.

O DIU non aumenta o risco de infeccións no aparello xenital.

Todos os modelos están incluídos na prestación da Seguridade Social, polo que son gratuítos.

Non protexe de ITS.

VI- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

É unha medicación que contén hormonas sintéticas (estróxeno e proxestáxeno) similares ás que producen os ovarios.

O efecto anticonceptivo débese fundamentalmente á inhibición da ovulación.

Debe prescribirse nun centro sanitario.

Hai dous tipos de anticoncepción hormonal: **hormonal combinada** e de **proxestáxeno só**.

Non protexen de ITS.



A- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Contén dúas hormonas sintéticas: estróxeno e proxestáxeno.

Este método caracterízase por que se emprega durante 3 semanas e descánsanse 7 días, durante os cales prodúcese un sangrado de características similares a unha regra que adoita ser máis escasa, de menos duración e sen dor.

Poden aparecer efectos secundarios leves como dores de cabeza, dor nas mamas, sangrados intermenstruais, náuseas e vómitos. Máis frecuentes os tres primeiros meses de uso e que adoitan desaparecer espontaneamente.

En mulleres fumadoras de máis de 35 anos, en mulleres que padecen obesidade, hipertensión, xaquecas, ou outras enfermidades este método vai estar contraindicado, por iso é necesario o asesoramento dun profesional sanitario do teu centro de saúde.

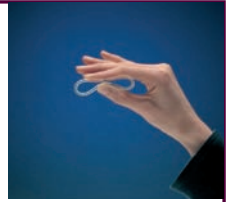
Ten efectos beneficiosos como diminución do risco de cancro de ovario e de endometrio. Melloría do acne e da seborrea. Alivio dos síntomas da síndrome premenstrual, regulación do ciclo menstrual, melloría da dor menstrual e diminución da cantidade menstrual e con iso tamén mellora a anemia.

A anticoncepción hormonal combinada pódese administrar por diferentes vías:

- **Vía oral (pílula). Eficacia:** 92 ao 99,7%. Hai moitos preparados no mercado que conteñen diferente dose e diferente tipo de hormonas. Tómasse un comprimido ao día durante 3 semanas e durante 7 días descánsase ou tómanse as píldoras placebo. Neses 7 días prodúcese un sangrado similar a unha menstruación. Existen preparados que substitúen os 7 días de descanso por píldulas placebo. Só hai un preparado financiado pola Seguridade Social.
- **Vía transdérmica (parches). Eficacia:** 92 ao 99,7%. Só hai un preparado no mercado. Colócase un parche sobre a pel seca e libre de cremas en nádegas, brazos, ombro ou abdómen. Colócase un parche cada 7 días durante 3 semanas (3 parches). Cámbiase sempre o mesmo día da semana e cando se retira o 3º parche descánsanse 7 días, durante os cales prodúcese un sangrado similar a unha menstruación. Non financiado pola Seguridade Social.
- **Vía vaxinal (anel). Eficacia:** 92 ao 99,7%. Só hai un preparado no mercado. O anel introdúcese e mantense na vaxina durante 3 semanas. Extráese o anel coincidindo co mesmo día da semana que se colocou e descánsanse 7 días durante os cales prodúcese



un sangrado similar a unha menstruación.
Non financiado pola Seguridade Social.



- **Vía intramuscular (inixectable). Eficacia:** 97 ao 99,95%. Só hai un preparado no mercado. Ponse unha inxección intramuscular o 7º ou 8º día da regra. Adminístrase mensualmente. Incluído na Seguridade Social. Actualmente non está dispoñible no mercado.

B- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE PROXESTÁXENO SÓ

Contén unha hormona sintética: proxestáxeno.

Este método caracterízase por que se utiliza de forma continua, polo que pode haber cambios no patrón de sangrado menstrual. Estes cambios son ausencia de regras, regras máis espaciadas, sangrados prolongados e/ou sangrados impredecibles.

Poden aparecer efectos secundarios leves como dor de cabeza, tensión mamaria, acne, aumento de vello, cambios no estado de ánimo. Máis frecuentes os tres primeiros meses e que adoitan desaparecer espontaneamente.

En mulleres que padecen xaqueca focal, accidente cerebro vascular, cirrose, etc. este método pode estar contraindicado, por iso é necesario o asesoramento dun profesional sanitario do teu centro de saúde.

A anticoncepción hormonal de proxestáxeno pódese administrar por

diferentes vías:

- **Vía oral (pílula). Eficacia:** 92 ao 99,7%. Só hai un preparado no mercado. Tómake un comprimido diariamente de forma ininterrompida. Financiado pola Seguridade Social.
 - **Vía intramuscular (inixectable). Eficacia:** 97 ao 99,7%. Só hai un preparado no mercado. Ponse unha inxección intramuscular cada 3 meses. Financiado pola Seguridade Social.
 - **Vía subdérmica (implante). Eficacia:** 99,95%. Hai dous preparados no mercado:
 - Implante dunha variña cun tempo de uso máximo de 3 anos e non financiado pola Seguridade Social.
 - Implante de dúas variñas cun tempo de uso máximo de 5 anos e financiado pola Seguridade Social.
- Os implantes insíreos o/a médico/a na cara interna do brazo con anestesia local.

VII- ANTICONCEPCIÓN DE URXENCIA.

É un método que prevén embarazos non desexados cando tras unha relación con coito vaginal existen posibilidades de xestación porque non se empregou método ou houbo un uso incorrecto deste.

Pódese utilizar a vía oral ou o DIU.

Non protexen de ITS.

A- VÍA ORAL (PÍLULA DO DÍA SEGUINTE)

A eficacia depende do momento da toma, maior eficacia canto menor é o tempo transcorrido dende o coito de risco ata a toma do tratamento. Nas primeiras 24 horas 95% de eficacia, nas 24 – 48 horas 85% e de 48 a 72 horas 58%.

É unha medicación composta dunha proxesterona. Tómase 1,5 miligramos en dose única.

Debe inxerirse antes de que transcorran 72 horas dende o coito de risco de embarazo. Aínda que a súa eficacia diminúe sensiblemente despois das horas indicadas pódese utilizar ata pasadas 120 horas do coito.

Pode producir efectos secundarios leves e pouco frecuentes como náuseas, vómitos e tensión mamaria.

En Galicia dispénsase gratuitamente nos centros de saúde, Puntos de Atención Continuada e Centros de Orientación Familiar.

B- DIU

A eficacia do DIU é do 99,4%. Colócao un/unha médico/a dentro do útero nos 5 días seguintes ao coito de posible risco de embarazo. Hai que facer unha exploración xinecolóxica antes da inserción.

Está financiado pola Seguridade Social.

VIII- MÉTODOS CIRÚRXICOS

Son intervencións cirúrxicas realizadas no aparato xenital que de maneira definitiva ou permanente impiden a fecundación.

Aínda que pouco frecuentes pode haber complicacións relacionadas coa anestesia administrada e coa intervención, como hemorraxia e infección.

Están incluídos nas prestacións da Seguridade Social.

Non protexen de ITS.

A- ESTERILIZACIÓN FEMININA (Obstrución/ ligadura de trompas)

Eficacia: 99,5%.

É unha intervención cirúrxica que consiste en obstruír ou seccionar as trompas de Falopio.

O efecto anticonceptivo está en impedir a fecundación.

Existen diferentes técnicas cirúrxicas e diferentes vías de acceso ás trompas (laparotomía, laparoscopia, histeroscopia). A necesidade de ingreso hospitalario e o tipo de anestesia depende da técnica cirúrxica que se realice.

A ligadura é eficaz dende o momento da intervención e a obstrución tubárica pasados tres meses da intervención.

Para conseguir embarazos posteriores á intervención é preciso someterse a técnicas de reprodución asistida.

B- ESTERILIZACIÓN MASCULINA (Vasectomía)

Eficacia: 99,85 ao 99,9%.

É unha intervención cirúrxica que consiste en bloquear ou cortar os dous condutos deferentes.

O efecto anticonceptivo está en impedir que o líquido seminal exaculado conteña espermatozoides de maneira definitiva ou permanente.

Esta intervención non necesita ingreso hospitalario e realízase con anestesia local.

Aínda que é raro, co tempo pode haber inflamación dos testículos ou granuloma espermico.

Non é eficaz inmediatamente. Despois de 3 meses da intervención ou dun mínimo de 20 exaculacións realízase un espermiograma. Considérase eficaz se o espermiograma confirma a ausencia de espermatozoides no líquido seminal.

Para conseguir embarazos posteriores á intervención é preciso someterse a técnicas de cirurxía como a recanalización ou captación testicular de espermatozoides.

OS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

