ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL I

GRUPO 3:

FÁTIMA DEL AMO
JAVIER GARCIA
ESTHER GIL
DANIEL GIMENEZ
Mª AMPARO GIMENEZ
ESTHER GINER
MÓNICA GÓMEZ

Índice

1. Introducción..... Pág 1
2. Contracepción..... Pág 1
3. Métodos naturales.....Pág 2
- 3.1. Método del calendario o abstinencia periódica Ogino-Knaus
- 3.2. Método de la temperatura basal
- 3.3. Método de Billings
- 3.4. Método sintotérmico
- 3.5. Petting
- 3.6. Coitus interruptus o marcha atrás

4. Métodos de barrera.....Pág 6
- 4.1. Preservativo masculino
- 4.2. Preservativo femenino
- 4.3. Espermicidas vaginales
- 4.4. Diafragma
- 4.5. Capuchón cervical
- 4.6. Esponjas vaginales

5. Métodos hormonales.....Pág 10
- 5.1. Anticonceptivos orales diarios
  - Combifásicos
  - Monofásicos
  - Trifásicos
  - Progestágenos
- 5.2. Anticonceptivos transdérmicos semanales : parches
- 5.3. Anticonceptivos vaginales mensuales : anilla vaginal
- 5.4. Implantes : implante subdérmico
- 5.5. Contracepción de emergencia
  - Sólo con progesterona
  - Intauterina

6. Doble método: preservativo más píldora.....Pág 12
7. Métodos anticonceptivos mecánicos: DIU.....Pág 12
8. Métodos quirúrgicos.....Pág 14
- 8.1. Vasectomía
- 8.2. Ligadura de trompas

Bibliografía.....Pág 17

1. INTRODUCCIÓN

Al elegir un método anticonceptivo, se busca que éste sea lo más eficaz posible y con los mínimos efectos secundarios. Muchas veces, también que sea reversible.

Actualmente disponemos de una amplia variedad de métodos anticonceptivos. La elección de uno u otro dependerá de la edad, estilo de vida, estado de salud, necesidad de protección frente a ETS y el deseo de escoger el momento más idóneo para tener descendencia.

Definición de Planificación Familiar (OMS)

"Una manera de pensar y de vivir adoptada voluntariamente por individuos y parejas que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones, tomadas con sentido de responsabilidad, para promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente, de la comunidad".

Objetivos:

- Respetar los derechos humanos.
- Que las parejas escojan el número de hijos.
- Que escojan el momento de la concepción.
- Regular el crecimiento demográfico de la población.
- Mejorar la salud de la familia y de la comunidad.

Recomendaciones:

- Iniciar los embarazos después de los 18 años.
- Asegurar un periodo intergenésico; mínimo óptimo de dos años.
- Evitar embarazos después de los 35-38 años.
- No sobrepasar las cuatro gestaciones por mujer.
- Ofrecer la posibilidad de esterilización de las parejas.

2. CONTRACEPCIÓN

Es el uso de técnicas que separan la actividad sexual de la concepción con el fin de controlar su fertilidad en un momento determinado y como una opción personal. Es la manera de evitar que la actividad sexual tenga como consecuencia necesaria la reproducción. El impacto de las técnicas de contracepción sobre la fecundidad y la sexualidad se encuentra directamente relacionado con el grado de información que cada grupo social posee sobre los métodos disponibles y sus características.

La consulta de planificación familiar tiene una característica distinta al resto: los pacientes o clientes están en general sanos y las posibles prescripciones han de hacerse en función de las preferencias de la pareja que consulte.

Todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes. El profesional debe asesorar a las parejas y tendrá en cuenta las preferencias y características de los usuarios y las características del método. En su asesoramiento, deberá informar y valorar:

- La eficacia.
- La aceptabilidad.
- La inocuidad.
- El coste y la disponibilidad.

A. La eficacia

Se define como la seguridad que presenta un método para prevenir el embarazo. La eficacia se puede medir como:

- La **eficacia teórica** es la que no considera la existencia de errores en su utilización.
- La **eficacia de uso** incluye los errores y omisiones en su utilización; es decir la eficacia variará según la población que lo utiliza.
- La **eficacia relativa** incluye además el factor tiempo y se valora mediante el índice de Pearl.

El **índice de Pearl** expresa el nº de embarazos por 100 *años/mujer*, correspondiendo el *año/ mujer* a 12 ciclos. Refleja el número de embarazos o el porcentaje de fracasos de un método anticonceptivo con relación al número de ciclos de exposición en los que se ha utilizado dicho método.

$$\textbf{Índice de Pearl} = \frac{\text{Número de embarazos accidentales o no deseados}}{\text{Número total de ciclos de exposición}} \times 1200$$

B. La aceptabilidad

La aceptabilidad de un método contraceptivo viene determinada por los condicionamientos socioculturales:

- Cultura.
- Religión.
- Nivel de educación.
- Posición socioeconómica.
- Número de hijos deseados.

C. La inocuidad

Es la ausencia de riesgo o posible aparición de efectos colaterales de los métodos contraceptivos. Es importante valorar el riesgo que supone para la salud de la mujer la utilización de un método contraceptivo. Aunque todos los métodos presentan riesgos para la salud, éstos son menores que los derivados del embarazo y del parto.

Por último, otros factores que hay que tener en cuenta en la elección de un método son: las características del método, la motivación individual hacia la contracepción y la forma de aconsejar el método.

Clasificación de los métodos:

- Naturales
- De barrera.
- Hormonales
- Mecánicos
- Quirúrgicos

3. MÉTODOS NATURALES

Se basan en la abstinencia de relaciones sexuales durante los días fértiles. Son interesantes para quienes prefieren regular su fertilidad adaptando su vida sexual a las fases fértiles e infértiles del ciclo. El conocimiento de estas fases del ciclo natural permite a la pareja calcular las fechas de las relaciones sexuales, ya sea para evitar o conseguir un embarazo.

Pero, actualmente, ya no se trata de abstenerse sino de evitar relaciones sin protección o mediante coito vaginal cuando lo que se quiere es impedir un embarazo.
La contracepción natural tiene unas bases científicas relacionadas con la observación y el pleno conocimiento de la fisiología de la mujer y del ciclo menstrual:

- Supuesto de ovulación única.
- Tener en cuenta que la vida media del óvulo es de 24 horas, mientras que los espermatozoides tienen una vida media de cinco días en la vagina, con una capacidad de fecundar de tres días.
- Conocer el ciclo menstrual para determinar los periodos de infertilidad relativa, de ovulación y de infertilidad absoluta (postovulatoria).

Los métodos naturales son los siguientes:

3.1. Método del calendario o abstinencia periódica Ogino-Knaus

Se basa en un cálculo estadístico para determinar la ovulación más temprana y la más tardía (periodo fértil) que ha tenido una mujer en una serie de ciclos. Para ello es necesario un registro previo de la duración de los ciclos en un año, siempre que no haya más de diez días de diferencia entre el más largo y el más corto (en caso contrario no puede usarse este método).

Se calcula el periodo fértil según lo siguiente:

- El ciclo más corto menos 19 días: primer día fértil.
- El ciclo más largo menos 11 días: último día fértil.

3.2. Método de la temperatura basal

Este método, descubierto por Squire y Jacobi en el S.XVIII, intenta definir el periodo estéril del ciclo.

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en reposo: se requiere un reposo mínimo de dos horas en cama antes de tomarla. Consiste en tomarse la temperatura diariamente desde el quinto día de la regla, siempre en el mismo sitio, más o menos a la misma hora, durante tres minutos como mínimo. Señala la fase estéril debido a que la progesterona tiene el efecto de incrementar la temperatura basal, indicativo de que el óvulo ha salido del ovario y que queda en el cuerpo lúteo (encargado de la producción de progesterona) con lo que se mantiene el aumento de la temperatura.

Las variaciones de temperatura son del orden de décimas de grado. El incremento por efecto lúteo es de entre 0,2 y 0,5 ºC. Desde dos días antes del aumento de la temperatura hasta dos días después estaría comprendido el periodo fértil femenino. Sin embargo, la fertilidad no depende sólo de la mujer, sino también de la pareja.

Las conclusiones se extraen de 6 tomas como mínimo.

3.3. Método de Billings

Está basado en la ovulación y consiste en la observación de la filancia del moco cervical que se produce al ovular. Tiene en cuenta los cambios cuantitativos y cualitativos del cérvix y los relaciona con los distintos cambios hormonales que tienen lugar en el ciclo. Los estrógenos incrementan la cantidad y la filancia del moco cervical, mientras que los gestágenos disminuyen su cantidad y lo hacen espeso y turbio.

La mujer se toma muestras de la secreción vaginal con sus dedos. Si al unir y separar los dedos se producen hilos, significa que el tapón mucoso que cierra el cuello uterino se ha vuelto más líquido y filamentoso, esto indica que está cerca la ovulación.

Características del moco cervical

- **Consistencia:** pegajosa, viscosa, resbaladiza, elástica, inelástica, filante.
- **Color:** opaco, lechoso, turbio, transparente, amarillo.
- **Sensación:** sequedad, humedad, lubrificación.

Los Billings sistematizaron las características de la secreción cervical uterina en 4 fases:

- Tras la menstruación, hay 4/5 días sin secreción vaginal aparente (días secos), debido a que los índices de progesterona y de estrógenos están bajos. El moco es pegajoso y opaco.
- Durante 3/4 días, aparece una secreción lechosa y espesa.
- A continuación, durante 2/3 días, aparece un moco claro, transparente, fluido y lubricante, signo de máxima ovulación. Es debido a un aumento de estrógenos.
- Después el moco cervical disminuye en cantidad y se hace espeso y opaco.

El ciclo acaba con una nueva fase premenstrual y seca, debido a una caída brusca de los estrógenos. Éste es el periodo de infertilidad total.

Conclusiones:

- Los cinco primeros días de hemorragia son infértiles.
- Los días secos alternativos preovulatorios son infértiles.
- Desde el 1º hasta el 4º día de la humedad son los días de máxima fertilidad.
- En la fase postovulatoria no puede haber embarazo.

3.4. Método sintotérmico

Se basa en la determinación de la ovulación a partir de información proporcionada por los síntomas de la ovulación y por la temperatura basal.

Es una combinación del método de la temperatura basal y del moco cervical. Se hace un doble control:

- De la ausencia de moco cervical (sequedad), para determinar el final de la fase de fertilidad relativa (inicio de la fertilidad potencial).
- De la temperatura basal más el moco, para determinar el inicio de la fase infértil (tercer día de temperatura elevada, cuarto día postpico).
- Otras valoraciones: observación del cérvix (marca el inicio y el fin de la fertilidad) y existencia de tensión mamaria postovulatoria.

Los principales síntomas de ovulación son:

- Cambios en el moco cervical (método Billings).
- Palpación de los cambios del cérvix uterino: se va ablandando 4/5 días antes de la ovulación, su orificio se abre y el cuello del útero es menos accesible; tras la ovulación, el cuello del útero se endurece, se cierra y desciende en 1/2 días.
- La palpación cervical puede ser de gran ayuda durante la lactancia o en la premenopausia, cuando los cambios en la temperatura y el moco son difíciles de interpretar. También es un método para las mujeres invidentes que desean controlarse personalmente, sin ayuda.

Se observan además una serie de síntomas de la ovulación: dolor en el hipogastrio, cambios emocionales o pequeña pérdida hemática genital.

3.5. Petting

Significa caricias. Se basa en una relación sexual sin penetración, aunque también se ha de impedir la eyaculación en la vulva si se pretende evitar el embarazo.

3.6. Coitus interruptus o marcha atrás

Consiste en retirar el pene del interior de la vagina en el momento de la eyaculación y alejarlo de los genitales externos para evitar que, a través del moco cervical, haya una migración de los espermatozoides y se produzca el embarazo.

	Eficacia	Ventajas	Inconvenientes
Método del calendario	- El índice de Pearl relativo de este método es del 14-15% año/mujer.	- Inocuo y sin efectos secundarios. - Tiene un buen margen de seguridad en ciclos muy regulares. - Duración ilimitada: se puede usar en cualquier periodo de la vida. - Autónomo. - No requiere supervisión médica. - Aumenta el conocimiento del propio organismo. - La responsabilidad es compartida por ambos miembros de la pareja. - Es tolerado por la moral religiosa.	- Alto porcentaje de embarazos. - Ovulaciones no previstas provocadas por estrés físico, emocional, disgustos, sobresaltos, orgasmos de gran intensidad, etc. - Los viajes también pueden alterar el ciclo de la mujer.
Método de la temperatura basal	- El índice de Pearl relativo: 6,6% año/mujer. La efectividad aumenta si se utiliza el método correctamente. Causas de variación: - Cambio de horriode la toma (0,1 ºC cada hora). - Bebidas alcohólicas. - Indigestiones y trastornos de indisposición transitoria. - Ciclos con tensiones emocionales. - Medicación antitérmica. - Dietas.	- Es reversible. - Es aceptado por la moral religiosa. - No crea problemas físicos ni efectos secundarios. - Es eficaz en determinadas parejas. - Es económico.	- Precisa buena información. - A veces es difícil interpretar la curva. - Se necesita una constancia de medición. - Restringe las relaciones sexuales o impone amor de calendario.
Método del moco cervical (Billings)	- El índice de Pearl relativo es del 20% año/mujer. - Suele variar, las causas son: 1. Obliga a una abstinencia total en todo el primer ciclo para la valoración del moco. 2. Obliga a la abstinencia hasta el 4º día del pico por la mañana. 3. Obliga a la abstinencia mientras se produce la menstruación. 4. Obliga a la abstinencia día sí, día no, en la fase de días secos preovulatorios. Si hay dudas, hay que esperar tres días. 5. En el amamantamiento, el postparto o la toma de posanovulatorios orales modifican el moco. 6. Modifican el moco algunos medicamentos. 7. El estrés y las infecciones vaginales cambian igualmente las características del moco.	- Método inocuo y reversible. - Es aceptado socialmente y por la moral religiosa. - Es fácil de realizar. - Indica el periodo infértil absoluto.	- Tiene poca eficacia y muchos fallos. - Depende de la subjetividad de quien lo realiza. - Exige una cierta abstinencia sexual. - Hay muchos factores que pueden modificar del moco y, por tanto, obstaculizar su valoración.
Método sintotérmico	- El índice de Pearl relativo es del 2’7% año/mujer. - Es un método efectivo porque determina con precisión la menstruación y el sangrado intermenstrual. - Discrimina las ovulaciones falsas con el moco y el aumento de la temperatura basal. - Determina la infertilidad absoluta postovulatoria, indicada por el aumento térmico contrastado.	- Es económico. - Es bastante seguro - Es aceptado socialmente y por la moral religiosa. - No influye sobre el organismo. - Informa de los días de fertilidad. - Permite diagnosticar un embarazo precozmente.	- Se necesita un buen entrenamiento. - Hay mujeres a quienes no les gusta observarse no tocarse. - Requiere periodos de abstinencia sexual.
Coitus interruptus o marcha atrás	- Falla muchísimo porque antes de la eyaculación existe una emisión de líquido de las glándulas de Cowper que puede contener espermatozoides, por lo que se podría producir un embarazo.	- Se puede usar siempre y en cualquier lugar. - No reuqiere preparación previa antes de la relación. - No tiene coste económico.	- Necesita un buen control de la eyaculación. - Hay muchas sustancias que pueden disminuir el autocontrol. - Alto índice de riesgo de embarazo. - No previene las ETS. - No puede emplearse si se padece eyaculación precoz. - No puede usarse siempre porque produce problemas de congestión pélvica, tanto en el parto femenino como el masculino. - Produce problemas psicológicos en el varón.

4. MÉTODOS DE BARRERA

Se basan en la obstaculización del paso y/o depósito de los espermatozoides en el interior del tracto reproductivo de la mujer. El más conocido y utilizado es el preservativo o condón masculino, aunque existen otros como: el preservativo femenino, los espermicidas vaginales, el diafragma, el capuchón cervical, y las esponjas cervicales. Los principales métodos de barrera son:

4.1. Preservativo masculino:

Índice de Pearl: 2-10 % año/mujer.

Es uno de los métodos anticonceptivos más comunes. Es una funda de látex o poliuretano que retiene el semen evitando que alcance el óvulo. **Es el único método anticonceptivo eficaz en la prevención de la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS).**

Debe colocarse cuando el pene está erecto, antes de la penetración y dejarse durante el coito. Se abre el envase con cuidado de que no roce con objetos cortantes o uñas. Se coloca sobre la punta del pene con la parte enrollada hacia fuera, se aprieta el extremo del preservativo entre los dedos pulgar e índice para expulsar el aire, dejando un espacio entre el extremo del preservativo y el extremo del pene para recoger el semen, y se desenrolla cubriendo el pene. Después de la eyaculación se retira antes de que desaparezca la erección, sujetándolo por la base. Hay que desechar el preservativo y no reutilizarlo.

Ventajas	Inconvenientes
- Efectivo si se utiliza correctamente. - Es un método anticonceptivo que protege contra las ETS. - Fácil de conseguir, económico y no precisa control médico. - Es utilizable en varones con eyaculación precoz. - La erección dura más al retardar la eyaculación. - Sin efectos secundarios (exceptuando alergia al látex).	- Su colocación puede interrumpir la relación sexual al restarle espontaneidad. - Disminuye la sensibilidad superficial cutánea del pene - El látex puede romperse, si el condón no se manipula con cuidado. - Ocasionalmente puede ocasionar reacción alérgica al látex

Recomendaciones: hay que tener en cuenta la fecha de caducidad y guardarlos alejados de fuentes de calor y de la luz. No se deben utilizar lubricantes con base de aceite si se utiliza preservativo, y si se rompe, utilizar inmediatamente espermicidas, o acudir a un centro de contracepción dentro de las primeras 24-48 horas.

4.2. Preservativo femenino:

Índice de Pearl: 2-4% año/mujer.

Funda de poliuretano, delgado, pre-lubrificado, que adopta inmediatamente la temperatura corporal. Uno de los extremos está cerrado y tiene un aro flexible que se coloca en la vagina. El lado opuesto tiene un anillo de mayor tamaño y está abierto.

Mide cerca de 17 centímetros e impide el contacto del esperma con el útero. Es el **único método de uso femenino que protege contra el VIH/SIDA y otras ETS.**

Puede colocarse antes del coito. La mujer oprime el extremo cerrado del mismo y lo mete en la vagina. Es necesario introducir el dedo dentro del preservativo para colocarlo del todo y comprobar que queda derecho. El anillo externo queda por fuera para **evitar que haya contacto entre pene y vagina.**

Al concluir la relación sexual, dar media vuelta al anillo externo para evitar que el semen se derrame. No es reutilizable y no se debe usar al mismo tiempo que el preservativo masculino.

Ventajas	Inconvenientes
• Protege contra las ETS • Es de un solo uso, irrompible y económico • No necesita control médico • No hay efectos hormonales. • Sirve para relaciones dolorosas en la menopausia • No conlleva pérdida de sensación, dado que el poliuretano es un material que transmite más calor que el látex. • Se puede usar cuando hay alergia al látex	• No es reutilizable. • Poco estético por su gran tamaño. • Se pierde espontaneidad en las relaciones sexuales • Precisa entrenamiento para su colocación. • No es aconsejable en el inicio de las relaciones sexuales

4.3. Espermicidas vaginales:

Índice de Pearl: 5-30 % año/mujer. Junto a diafragma o condón tiene mayor eficacia.

Son sustancias químicas que actúan en la vagina mediante un doble mecanismo:

- Barrera física para el paso de espermatozoides
- Destrucción de los espermatozoides

Se presentan en diferentes formatos: crema, gel, óvulos vaginales, tableta espumosa, película anticonceptiva vaginal y espuma en aerosol. Los más habituales son las cremas y óvulos vaginales:

- **Crema**: suele venir acompañada de un aplicador para que la introducción en la vagina sea más sencilla. En espuma, crema o gel **debe colocarse justo antes de la relación sexual** de forma uniforme por toda la pared vaginal
- **Óvulos**: pequeños supositorios que se introducen en la vagina cerca de 15 minutos antes del coito. Se emplea uno en cada relación sexual.

Ventajas	Inconvenientes
• Fácil de usar y adquirir. Bajo costo. • No precisa receta médica • Produce un efecto antiinfeccioso. • No provoca trastornos hormonales. • No se absorbe por la vagina ni pasa a la sangre • Puede ser usado durante toda la etapa reproductiva de la mujer • No interfiere con la fertilidad. • Puede usarse en postparto y postaborto. • No altera la flora vaginal • Es un sistema reversible. • No requiere seguimiento médico	• No pueden hacerse lavados vaginales antes de las 6 horas. • No se pueden utilizar durante la realización de tratamientos vaginales. • Puede producir irritación. • Este tipo de métodos anticonceptivos por si solos no ofrecen protección suficiente para evitar el embarazo. • No se debe usar en mujeres con cáncer cervical sin tratamiento o con riesgo de contraer VIH.

4.4. Diafragma:

Índice de Pearl: 10-20% año/mujer. Junto a espermicidas disminuye a 4% año/mujer.

Es un método anticonceptivo mixto por su utilización junto con espermicidas.

Consiste en un capuchón de látex flexible y circular que cubre el cuello del útero, aunque debe adaptarse a la anatomía de cada mujer. Debe **hacerse un examen vaginal para saber si puede utilizarlo**.

Para colocarlo: presionar los bordes del anillo hasta que adopte una forma de ocho, y empujar hasta el fondo de la vagina. Colocarlo alrededor de 3 horas antes de la relación sexual y retirarlo después de 8 horas post coito para que el espermicida haga efecto. No debe dejarse en la vagina durante más de 24 horas. Para retirarlo, tirar suavemente de su borde delantero. **Una vez retirado, se lava con jabón neutro. La vida útil es de un año.**

Ventajas	Inconvenientes
• Protege de procesos infecciosos y de ciertas ETS. • No se nota en las relaciones sexuales. • Se puede utilizar cuando hay intolerancia a otros métodos. • No hay efectos secundarios, es inocuo. • No interrumpe el coito. • No precisa control ni seguimiento médico.	• **Es efectivo solo en combinación con espermicidas**. • Algunas características corporales contraindican su uso y disminuyen su efectividad. • Puede producir infecciones si se mantiene puesto durante más de 24 horas. • **No protege contra el VIH.** • Es aconsejable cambiarlo al año de uso, si la mujer sufre una alteración de peso o si ha tenido hijos. • Su colocación resulta difícil. Necesita un entrenamiento por parte de un profesional sanitario. • Pueden aparecer alergias al caucho o al espermicida. • La primera vez, **debe adaptarlo un médico** al cuerpo de la usuaria • No realizar lavados vaginales con el diafragma puesto y, nunca antes de las 6-8 horas tras el coito. • No se puede usar hasta 3 semanas tras el parto.

Contraindicaciones:

- Anomalías morfológicas genitales (prolapso y cistoceles)
- Vaginitis
- Pared pélvica atónica
- Repugnancia a la manipulación de los genitales
- Pared pélvica dolorosa
- Infección tracto urinario (ITU) de repetición.

4.5. Capuchón cervical:

Su efectividad es del 80%-91% (con espermicida) y del 60%-74% (en mujeres con hijos).

Es más pequeño y rígido que el diafragma, hecho de látex y con forma de taza. Se ajusta al cuello del útero e impide la entrada de los espermatozoides. **Debe usarse con espermicida** y existen diferentes tamaños.

Para utilizarlo, una vez que el médico haya adaptado el capuchón al cuerpo de la mujer, se cubre con espermicida y se inserta en la vagina **media hora antes** de tener relaciones sexuales. Tras el coito, **no debe extraerse hasta pasadas 8 horas** para que la acción del espermicida no se interrumpa.

Exceder las 48 horas de uso continuado puede dar lugar a infecciones. Es **aconsejable desecharlo al año** de utilización. Tras su empleo, se limpia con agua y jabón neutro.

Ventajas	Inconvenientes
• Protege contra algunas ETS (infecciones por clamidias). • No hay efectos hormonales. • Se puede dejar de emplear en cualquier momento. • No interrumpe el coito.	• **Es efectivo solo en combinación con espermicidas** • Algunas características corporales contraindican su uso y disminuyen su efectividad. Las mujeres con hijos presentan índices más altos de embarazo accidental. • Crea una barrera física contra el esperma, pero no es una defensa eficaz frente a todos los agentes que pueden atacar el cuello del útero • Es aconsejable cambiarlo al año de uso, si la mujer sufre una alteración de peso importante o si ha tenido hijos. • Su colocación resulta difícil para muchas mujeres. Necesita un entrenamiento. • Posible sensibilidad al espermicida que acompaña en la utilización de este método. • La primera vez, **debe adaptarlo un médico** al cuerpo de la usuaria. • No se puede retirar inmediatamente: hay que esperar 8 horas para que el espermicida tenga efecto.

4.6. Esponjas vaginales:

Su efectividad es del 80%-91%. En mujeres que tienen hijos es del 60%-80% y en combinación con el condón es del 98%.
Es sintética, blanda y está **impregnada de espermicida**. Es una barrera física entre el semen y el cuello del útero y una barrera química dado que libera espermicida.

Con las manos limpias, se humedece con agua y se coloca en la vagina, deslizándola por la pared posterior hasta que la cara cóncava (la que no tiene el asa) contacte con el cuello del útero. Se introduce en la vagina antes de la relación sexual. Tras ella, debe permanecer dentro entre 2 y 3 horas, pero no más de 24 por riesgo de infecciones.

Ventajas	Inconvenientes
• Ofrece 24 horas de protección • Suele ser de talla única. • No interrumpe el coito. • No requiere prescripción médica • No produce cambios hormonales	• Pueden originarse alergias e irritación debidas al espermicida. • **No protege contra las ETS** • Colocación complicada. • No es reutilizable.

5. MÉTODOS HORMONALES

El cumplimiento es uno de los factores más importantes. En la administración vía oral, los trastornos gastrointestinales y la interrelación con otros medicamentos pueden afectar en algunos casos a la absorción gastrointestinal de las hormonas.

Mecanismo de acción

Efecto más importante sobre el hipotálamo-hipofisario es la inhibición de la secreción de la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH), produce:

- Reposo ovárico
- Inhibición de la maduración folicular y de la ovulación

En el endometrio, se produce una disminución de la proliferación, con una actividad secretora precoz, seguida de regresión glandular y cambios pseudodeciduales del estroma, lo que explica que la regla es más escasa. Se observa un moco cervical más viscoso, escaso, celular, poco filante y que no cristaliza, que lo hace impenetrable ante los espermatozoides.
Los distintos métodos se resumen a continuación:

Contracepción de emergencia

Fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo no deseado. No se debe usar como método anticonceptivo habitual. No protege frente a las ETS.

ANTICONCEPTIVOS ORALES DIARIOS	
Combifásicos	Píldora para mujeres con sangrados irregulares, y beneficiosa para el acné. La dosis de estrógenos disminuye y la dosis de progestágenos aumenta durante el transcurso del ciclo. El blíster tiene 22 comprimidos por ciclo.
Monofásicos	**De 28 píldoras:** 24 comprimidos con principio activo y 4 con placebo. 60un de gestodeno y 15 ug de etinilestradiol. Mantienen los niveles hormonales más estables a lo largo del ciclo. Hay menos cantidad de hormonas en cada píldora.
	De 21 píldoras: Fórmulas diversas en la proporción de los gestágenos y de los progestágenos. Se intenta paliar los efectos secundarios. Conseguir efectos beneficiosos para el acné y la secreción sebácea, así como el peso corporal.
Trifásicos	Dosis de estrógeno igual en los 6 primeros días y los últimos. En el intervalo medio es algo superior. Una pastilla cada día, 21 días.
Progestágenos	Solo posee la hormona del gestágeno. Intolerante a los estrógenos Inhibe la ovulación. El desogestrel espesa el moco cervical y así dificulta el paso de os espermatozoides

		Definición	Mecanismo de acción	Modo de empleo	Ventajas
Anticonceptivo Transdérmico Semanal: Parches		Hormonas que pasan a través de la piel, con 6 mg norelgestromia y 0'6 de etilnilestraadio.		Una vez a la semana durante 3 semanas. La cuarta se descansa.	Método cómodo. Se evita el paso hepático. Minimiza trastornos gástricos. Carecen de efecto sobre el peso
Anticonceptivo vaginal mensual Anillo vaginal:			- Concentraciones séricas hormonales - Inhibe la ovulación - No existe interacción con fármacos y alimentos	Se empieza a utilizar entre el 1 y 5 día del primer ciclo, se inserta en la vagina por la usuaria. Se mantiene 3 semanas y se descansa 1.	- La administración vaginal evita el tracto gastrointestinal e hígado. - Dosis hormonales ultrabajas. - Liberación constante
Implantes: Implante subdérmico		Implante anticonceptivo formado por una o dos varillas que se inserta bajo la piel en la parte superior del brazo. Previene los embarazos durante 3 a 5 años.	Los polímeros liberan pequeñas cantidades de hormonas durante un tiempo prolongado. Inhibe la ovulación. A las 8 h. del implante las concentraciones mantienen una protección anticonceptiva durante 3 años. Liberación diaria: 30ug de etonorgestrel.	Lo implanta el ginecólogo. Puede extraerse en cualquier momento. Y se restablecen rápidamente los ciclos menstruales normales y la fertilidad.	- Máxima seguridad, del 100%. **INCONVENIENTES:** - Sangrados irregulares no previsibles. - Patrón de sangrado puede generar ansiedad.
CONTRACEPCIÓN de EMERGENCIA	**Solo con progesterona**	Dos preparados con la dosis necesaria para un tratamiento de urgencia. Contienen 750 ug de levonorgestrel.	Inhibir o retrasar la ovulación. Se altera el transporte de los espermatozoides y del óvulo e impide la implantación del blastocito en el endometrio. NO ES ABORTIVA, previene el embarazo	Administración de dos comprimidos en un plazo de 12 horas. Administrar antes de las 72 horas siguientes. Mayor efectividad en las 24 primeras.	**INCONVENIENTES** Nauseas Vómitos Sangrados Mastodinia Cefalea
	Intrauterina	Inserción de un dispositivo intrauterino en un plazo no superior a 5 días tras un coito sin protección o con riesgo de embarazo.			Se puede continuar su utilización como anticonceptivo habitual.

6. DOBLE MÉTODO: PRESERVATIVO MÁS PÍLDORA:

"Doble método" es la adaptación del término Holandés "Double Dutch" que quiere decir "doble holandés". El cual hace referencia al doble uso de métodos anticonceptivos.

La píldora o el parche no protegen de Enfermedades de Transmisión Sexual, sólo evitan los embarazos no deseados. Pero existe un método que protege por partida doble: preservativo para el varón y píldora para la mujer frente a la transmisión de ETS por un lado y de embarazo no deseado por otro.

Desde los 90, organizaciones de promoción de la salud y los Centros de planificación familiar, estimulan el uso combinado de ambos métodos. Por su estilo de vida sexual, los adolescentes tienen mayor riesgo de contraer ETS que otros grupos de población.

Holanda presenta el índice más bajo del mundo de embarazos y abortos en adolescentes. Aproximadamente el 80% de las jóvenes holandesas con relaciones sexuales usan AHO. Además, este sistema por partida doble supone un menor riesgo de infertilidad de la mujer, dado que muchas ETS son capaces de impedir que la mujer pueda tener hijos.

"Es vital empezar a utilizar el doble método, un sistema que ha conseguido reducir la tasa de abortos, embarazos no deseados y sobre todo de ETS", recuerda el doctor Ezequiel Pérez Campos, Presidente de la Sociedad Española de Contracepción (SEC).

En España, el preservativo ocupa el primer lugar en cuanto a métodos anticonceptivos más utilizados, seguido de la píldora, a diferencia de países como Francia o EUA que es a la inversa, reconoce el presidente de SEC. Y en un porcentaje muy bajo, estaría el doble método.

El precio de los preservativos y el de los anticonceptivos es uno de los principales problemas para la utilización de estas medidas, ya que al utilizar dos anticonceptivos el precio se duplica. Además, los anticonceptivos hormonales como la píldora requieren prescripción médica, lo que dificulta a los jóvenes su utilización

6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MECÁNICOS: DIU

El DIU es el tercer método anticonceptivo más utilizado. Es un pequeño objeto de plástico, de unos 3-4cm de tamaño, que puede tener diversas formas y se coloca dentro del útero a través del cérvix e impide el embarazo. Se considera un método anticonceptivo reversible y de alta eficacia (1-3% de fallos)

Existen 2 tipos de dispositivos:

- **INERTES**: consisten en polímeros de plástico mas sales de bario. Tiempo de utilización largo, pero presentan muchos efectos secundarios por lo que en la actualidad se utilizan poco.

- **MEDICADOS**: entre estos se distinguen los que poseen metales como el cobre o la plata (bioactivos), y los que llevan una hormona incorporada, como la progesterona (hormonales)

Clasificación:

- Activos
- Liberadores de iones
- Con baja carga de cobre (- 300mg)
- Con alta carga (+ 300mg)
- Con cobre y plata
- Con cobre y oro
- Liberadores de hormonas-levonorgestrel

Mecanismo de acción

Tiene dos objetivos:

1. Dificultar el ascenso de los espermatozoides, actuando como barrera
2. Dificultar la implantación del blastocito

El mecanismo de acción fundamental es que interfiere en el proceso de implantación del óvulo fecundado en el endometrio, posiblemente por una reacción inflamatoria inespecífica.

Ventajas	Inconvenientes
• Método de alta seguridad cuando está contraindicada la contracepción hormonal • Es altamente efectivo • Es reversible • No necesita colaboración explicita de la usuaria • Es el método de elección cuando existe síndrome de Asherman • No altera el ritmo sexual ni la espontaneidad de las relaciones • Es cómodo	• Perforación uterina (complicación rara) • Metrorragias • Dismenorrea • Enfermedad inflamatoria pélvica • Embarazo (0.5-3%) • Migración • Expulsión • Pérdida del hilo • Dolor pélvico con o sin menstruación • Embarazo ectópico

Prescripción médica y atención de enfermería

La colocación del mismo siempre se realizará por una persona experta. El momento ideal es durante la menstruación, ya que el orificio cervical está más blando y abierto. La técnica se resume en los siguientes puntos:

- Tacto vaginal bimanual
- Colocación del espéculo para la completa visualización del cérvix
- Desinfección del cérvix
- Colocación de una pinza de Pozzi en el cérvix para su tracción y corregir la posición
- Se hace una histometría para conocer el tamaño de la cavidad
- Se introduce el DIU con su aplicador y se pone el tope
- Se extrae el aplicador
- Se vuelve a desinfectar y se retiran la pinza y el espéculo

Consideraciones. Educación sanitaria

- Precisa controles tras la 1º menstruación, y a los 3, 6 y 12 meses de su inserción
- Su eficacia puede durar entre 2 y 5 años
- Informar a la mujer que la inserción del DIU solo supone una leve molestia
- Abstinencia de relaciones sexuales coitales durante un periodo de 8-10 días
- Evitar duchas vaginales o utilización de tampones en la 1º semana
- Explicar cómo efectuar el autocontrol.

Contraindicaciones

No todas las mujeres pueden utilizar un DIU. Distinguimos entre contraindicaciones absolutas y relativas:

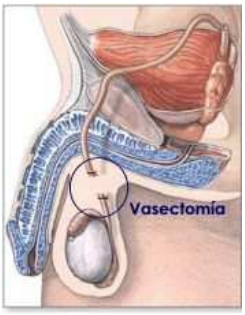
ABSOLUTAS	RELATIVAS
Embarazo	Promiscuidad
Malformaciones uterinas	Ser nulípara
Antecedentes de procesos oncológicos	Antecedentes de amenorrea-hipermenorrea
Displasias leves	Coagulopatías
Dismenorreas importantes	Anemias graves
Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria	Valvulopatias
Alergia al cobre	Embarazo ectópico
Enfermedad de Wilson	Epilepsia

7. METODOS QUIRÚRGICOS

Método de elección para aquellas parejas que consideran satisfechas sus necesidades reproductivas y para mujeres con contraindicación absoluta de embarazo. Se puede realizar tanto en el hombre como en la mujer.

Es irreversible, las técnicas de repermeabilización no siempre son posibles, por ello, es importante una buena información al respecto antes de practicarla. Las más importantes son:

7.1. Vasectomía:



Consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes impidiendo el paso de espermatozoides desde los testículos al líquido seminal. Es una técnica sencilla y no altera ni la erección ni la eyaculación.

Técnica: se emplea anestesia local. Se prepara el campo quirúrgico con rasurado y desinfección de la zona. Se palpa el conducto a través del escroto para delimitarlo e infiltrar la anestesia. Tras una pequeña incisión, se exponen 3-5 cm de conducto y se ligan los extremos distal y proximal, extirpando la zona intermedia. Por último, se doblan los extremos sobre sí mismos y se vuelven a ligar. Cierre de la sutura por planos. Repetir el procedimiento en el otro lado. Cubrir con un pequeño apósito. Guardar abstinencia unos días para preservar la herida.

Importante: ha de confirmarse la ausencia de espermatozoides (azoospermia) antes de iniciar relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, lo que suele ocurrir tras 15-20 eyaculaciones. Hacer análisis de semen.

Causas de fracaso:

- **Recanalización:** Se juntan de nuevo los extremos ligados y se forma un granuloma donde se desarrollan nuevos conductos.
- **Oclusión inadecuada:** Problemas con la ligadura.
- **Coito de riesgo:** Antes de confirmar la azoospermia.

- **Duplicación congénita:** El varón tiene más de dos conductos deferentes. Extremadamente inusual.

Contraindicaciones:

- **Orgánicas:** infecciones locales, hernia inguinal, orquidopexia, hidrocele, varicocele, lesiones escrotales, alteraciones de la coagulación. La diabetes y la hipertensión no son contraindicaciones.
- **Psicológicas:** neurosis, desajustes sexuales, impotencia, hipocondría.

Ventajas	Inconvenientes
• Ausencia de riesgo anestésico. • Bajo coste. • Irreversibilidad. • Alta efectividad (tras confirmar azoospermia).	• Problemas psicológicos (sensación de castración, impotencia) • Dolor pasajero en la zona. • Irreversibilidad. • Efectividad no inmediata • Atrofia testicular (rara) • Fallo anticonceptivo (técnica, doble conducto)

7.2. Ligadura de Trompas:

Electrocoagulación y extirpación de un fragmento de trompa (**Índice de Pearl:** 0-0,5%).

Interrupción irreversible de las trompas de Falopio. Precisa ingreso en clínica y casi siempre anestesia general.

Las **principales técnicas** son:

LAPAROTOMÍA.

- La más segura, por mejor visualización de los órganos y facilidad de acceso y movimientos.
- Requiere incisión y apertura quirúrgica.
- Las trompas se pueden ligar, seccionar y ligar, extirpar las fimbrias (fimbriectomía) o extirpar toda la trompa (salpingectomía).

LAPAROSCOPIA.

- Su ventaja es que se puede realizar con anestesia local, pero se recomienda la general. Es de los más usados.
- Menor incisión, pero no todas las pacientes son candidatas a esta técnica.
- Se utiliza esencialmente la electrocoagulación y los métodos mecánicos (dispositivos que ocluyen la trompa, como los clips de Hulka y la anillos de Yoon)

CULDOSCOPIA.

- Ligadura de trompas vía vaginal, con lo que su gran ventaja es que no requiere incisión quirúrgica.
- Requiere anestesia general y la técnica es difícil, por lo que se necesita gran experiencia pues pueden haber muchas complicaciones.

LIGADURA DE TROMPAS POSTPARTO.

- El parto es el momento idóneo para la ligadura de trompas, pues el útero esta distendido y es más fácil acceder a él con una abertura pequeña.
- Debe realizarse a las 2-4 horas postparto, nunca tras 48 horas.
- Sin embargo hay más riesgo de hemorragia por la congestión.

Contraindicaciones: peritonitis aguda, alteración cardiorrespiratoria grave, trastornos de la coagulación.

Ventajas	Inconvenientes
• Elevada eficacia (electrocoagulación >extirpación de fragmento) • Ejecución rápida, hospitalización corta • Pocas molestias, mínima o ninguna cicatriz • Mortalidad reducida • No precisa suspensión de relaciones sexuales	• Riesgo quirúrgico • Irreversibilidad • Problemas psicológicos (inapetencia, maternidad imposible) • Trastornos menstruales (hipermenorrea, poco frecuente) • Experiencia quirúrgica • Requiere anestesia general • Coste moderado a elevado

Métodos recomendables durante las diferentes etapas de fertilidad de la mujer

	Adolescencia	Adulta	Perimenopausia
Calendario	PA	A	A
Temperatura basal	PA	A	A
Método de Billings	PA	A	A
Sintotérmico	PA	A	A
Petting	R	A	A
Coitus interruptus	PA	NA	PA
Preservativo masculino	R	R	R
Preservativo femenino	R	R	R
Diafragma	PA	A	A
Espermicidas	NA	A	NA
Anticonceptivos orales	R	R	A (sin factores de riesgo)
DIU	A	R	R
Vasectomía	NA	NA	R
Ligadura de trompas	NA	NA	R
Postcoital	U	U	U

R: recomendable **A:** aceptable **PA:** poco aceptable **NA:** no aceptable **U:** urgencia

Bibliografía:

Barrabeig Fabregat I, Falguera Puig G: Métodos anticonceptivos. En: Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la Mujer. Madrid: DAE (Grupo Paradigma); 2001. pp.328-356.

Espuña M: Control de la fertilidad. En: Seguranyes G: Enfermería Maternal. Barcelona: Masson; 2006. pp. 73-83.

Métodos anticonceptivos de venta libre. Medline plus. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004003.htm

Anticoncepción siglo XXI (2009). ¿Sabes cómo hablar de sexo con tus hijos? Madrid: Schering-Plough.