

**Memoria Fin de Máster
Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva de
la Fundación Española de Contracepción**

**GUÍA DE PREGUNTAS MÁS
FRECUENTES SOBRE LA PÍLDORA
ANTICONCEPTIVA Y LA PÍLDORA DE
URGENCIA**

Dirigida a usuarias de anticoncepción



**María Isabel Gómez Torres
Gema Pulido Pascual
Isabel M^a Sainz de la Maza E.
Tamara Torrontegui Pérez**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.....pág. 3
- OBJETIVOS.....pág. 9
- MATERIAL Y MÉTODOS.....pág. 10
- RESULTADOS.....pág. 11
- CONCLUSIÓN.....pág. 16
- ANEXO:
GUÍA DE PREGUNTAS MÁS FRECUENTES
SOBRE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA Y
LA PÍLDORA DE URGENCIA.....pág. 17
- BIBLIOGRAFÍA.....pág. 35

INTRODUCCIÓN

“Es tu vida, es tu futuro”, este ha sido el lema bajo el que se desarrolló la conmemoración del Día Mundial de la Anticoncepción 2013.

Todas las personas tienen derecho a vivir su sexualidad de una manera sana y responsable, poder decidir libremente y tomando decisiones informadas y asesoradas sobre la Salud Sexual y Reproductiva.

Existen circunstancias que acaban en embarazos no deseados que van a influir en el futuro de las personas y tenemos medidas por parte de todos los profesionales desde el ámbito de las Administraciones para que la educación y la formación en Salud Sexual y Reproductiva lleguen al mayor número de población¹.

Es nuestra vida, es nuestro futuro. Los Derechos Sexuales forman parte de los Derechos Humanos Universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos.² Toda la sociedad y la comunidad internacional tienen responsabilidades ante los derechos humanos, por tanto hay que promocionar la Salud Sexual y Reproductiva.

En España, la ley parte de la convicción de que una educación sexual adecuada y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias del embarazo: La Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del embarazo,³ que recoge en su capítulo II:

- Medidas en el ámbito sanitario: atención a la salud sexual y reproductiva y formación de los profesionales.
- Medidas en el ámbito educativo: incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.

Hoy en día vivimos en la era de la tecnología, nuestra sociedad está repleta de múltiples vías de información, desde los medios de comunicación, prensa, radio, programas de televisión, múltiples páginas de web, hasta diferentes profesionales. La población está bombardeada por informaciones con diferentes versiones respecto a la

Salud sexual y reproductiva, que a veces, no sabe cómo canalizarla creando dudas y miedos ante el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Por todo esto, es necesaria una correcta educación sexual desde todos los ámbitos sanitarios como educativos. Todos tenemos derecho a una educación sexual, porque es el pilar fundamental para la correcta toma de decisiones en todos los aspectos de la vida siendo la salud sexual y reproductiva uno de ellos, pero tenemos que tener en cuenta que todo dependerá de los intereses políticos que se están viviendo en este último año.

Hablamos de anticoncepción cuando un individuo o pareja decide controlar su fertilidad en un momento determinado de su vida y como una opción personal. Recordemos el lema del Día Mundial de la Anticoncepción 2012: “Tu futuro, Tu elección. Tu anticoncepción.”⁴ La decisión de la elección de un método anticonceptivo se debe realizar bajo la premisa de que no existe un método universal, debe ser individualizado para cada usuaria ofreciendo todo el abanico de opciones existentes, adecuándose a las características de cada persona, dando respuesta a cada demanda en determinados momentos de su vida.

El profesional encargado del consejo anticonceptivo debe tener una formación multidisciplinaria, con una escucha activa, empatía, con trato respetuoso y distendido, evitando prejuicios y actitudes paternalistas, siendo capaces de ser objetivo asesorando de las ventajas e inconvenientes de cada método para que se adapte al perfil de cada usuaria, su edad, la experiencia en anticoncepción, el perfil psicológico y socio-cultural, prácticas de riesgo con relación de infecciones de transmisión sexual y la aceptación del método. Obviamente, teniendo en cuenta los criterios de Elegibilidad Médica de la OMS⁵, para cada usuaria.

Al igual que el perfil de la usuaria, hay que tener en cuenta el perfil del método anticonceptivo⁶: la eficacia, la seguridad, la reversibilidad, la complejidad del uso, la relación con el coito y el precio. La eficacia es la capacidad de un método anticonceptivo para impedir el embarazo, teniendo en cuenta la eficacia teórica, que es la que tiene un método en condiciones óptimas y la eficacia de uso, condicionada por los posibles fallos de la usuaria, valorándose con el índice de Pearl (índice ponderados de efectividad). La seguridad nos describe la capacidad de un método para alterar el estado de salud de la usuaria, teniendo en cuenta los efectos adversos, los efectos

secundarios deseables. La reversibilidad es la cualidad que valora la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el uso del método elegido. La complejidad del uso, la visión de la mujer de la facilidad de unos de un método anticonceptivo es más importante que la percepción de eficacia, tolerabilidad, beneficios o riesgos para la salud, por lo que el profesional sanitario debe tenerlo en cuenta a la hora de apoyar la adopción de una decisión anticonceptiva. "Fácil de usar ", "comodidad " y "sangrado menstrual regular " son criterios importantes por los que las mujeres seleccionan un método⁷.

La relación con el coito, podemos distinguir los que tienen relación inmediata, mediata y lejana. Es necesario explicar cómo manejar errores o fallos con los métodos anticonceptivos basados en el usuario, y dejar clara la anticoncepción de emergencia, en este caso hablaremos de relación "a posteriori".

Cabe distinguir en este apartado las características de la adolescencia, ya que la actividad sexual es esporádica y no planificada, con una o varias parejas sexuales en un corto período de tiempo (monogamia seriada). Se ha recomendado, como método de primera línea, las píldoras anticonceptivas orales en combinación con el preservativo masculino. Sin embargo, la píldora anticonceptiva oral, como método basado en el usuario, tiene una tasa de fracaso en el uso típico importante, porque recordar tomar una píldora todos los días y hacer frente a los períodos de parada, puede ser un reto. Los estudios norteamericanos han demostrado que los anticonceptivos reversibles de larga acción tienen muchas ventajas para los adolescentes: eficaces, seguros e invisibles. Parecen bien equipados para esta población, con gran satisfacción y tasas de continuidad, siempre que los efectos secundarios sean bien explicados. Estos métodos deberían proponerse más ampliamente a los adolescentes. De todos modos, antes de prescribir un método anticonceptivo, es importante determinar la situación específica de cada adolescente y dejarles elegir el método que consideran apropiado en su propio caso. El uso de condones masculinos debe alentar a los adolescentes, con otro método anticonceptivo eficaz, con el fin de reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) en esta población.⁸

El precio, no todos los métodos tienen la misma accesibilidad para los usuarios en general teniendo en cuenta los momentos de crisis que está atravesando nuestro país, es un elemento que va a influir en el cumplimiento del método ante la posibilidad de poder costearlo.

Las mujeres europeas tienen escaso conocimiento sobre los mecanismos de acción de los diferentes métodos anticonceptivos. Dado que el conocimiento adecuado es esencial para tomar decisiones informadas, los profesionales deben estar alentados a asesorar a las mujeres acerca de los posibles mecanismos de acción de los anticonceptivos.⁹

Estudios realizados por el grupo Daphne sobre cumplimiento de la anticoncepción hormonal oral (AHO) afirman que la usuaria que ha realizado una elección informada, que conoce los beneficios de la AHO y que comprende la eficacia del método depende de su implicación activa y tiene un índice menor de abandonos y menores tasas de olvido de su anticonceptivo. Los factores que se asocian al incumplimiento son: propios de los AHO, efectos secundarios, alteraciones menstruales, relación de inseguridad y alteración de las relaciones sexuales, aumento de peso; propios de la usuaria, deficiente información, desconoce el empleo correcto y las consecuencias del mal uso; factores sociales y demográficos relacionados con el medio exterior; factores relacionados con los profesionales sanitarios por la escasa información y formación, y por parte de la industria por la gran cantidad de preparados y a complejidad de los prospectos.¹⁰

“Tu futuro, Tu elección. Tu anticoncepción.”¹¹, en este siglo tenemos un gran abanico de métodos anticonceptivos entre los que encontramos¹²:

1 - Métodos anticonceptivos naturales:

- Métodos del calendario (Ogino)
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
 - Método del moco cervical
 - Método de la temperatura basal
 - Método sintotérmico
- MELA

2- Métodos anticonceptivos de barrera.

- Métodos de barrera físicos

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Diafragma
- Capuchón vaginal
- Esponja vaginal
- Métodos de barrera químicos
 - Espermicidas

3- Anticoncepción Hormonal Combinada

- Según vía de administración
 - Píldora
 - Parche transdérmico
 - Anillo vaginal
 - Inyectable combinado
- Según composición cualitativa de los preparados orales:
 - Monofásicos
 - Trifásicos
 - Bifásicos
 - Cuatrifásico

4- Anticonceptivos Hormonales solo gestágenos

- Píldora de sólo gestágenos
- Inyectable intramuscular
- Implantes subcutáneos
- Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel

5- Anticoncepción de urgencia

- Método de Yuzpe
- Levonorgestrel
- Danazol
- Mifepristona/RU-486
- Dispositivo Intrauterino

6- Anticoncepción intrauterina

- Dispositivos intrauterinos inertes, inactivos o no medicados
- Dispositivos activos o medicados.

Con toda la bibliografía consultada vemos que un correcto consejo anticonceptivo mejorará con creces el cumplimiento y la aceptabilidad del método elegido por la usuaria, reflejándose en las cuestiones que realizan sobre los métodos anticonceptivos las usuarias y usuarios en la página web de la Sociedad Española de Contracepción que aún existe una falta de información y formación tanto de los usuarios como de los profesionales.

OBJETIVOS

GENERALES:

Elaborar una guía anticonceptiva dirigida a las usuarias de anticonceptivos a partir del estudio de los datos proporcionados por la organización del Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva de la FEC procedentes del área de Consultas de la página web de la SEC.

ESPECÍFICOS:

- Identificar el anticonceptivo más consultado tras el análisis estadístico de los datos.
- Analizar el tipo de duda que con mayor frecuencia se plantea.
- Promover la información necesaria sobre anticonceptivos a través de la guía anticonceptiva realizada frente a las dudas que más preocupan a la población analizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población de estudio: usuarios de anticonceptivos que han planteado dudas en el área de Consultas de la página web de la Sociedad Española de Anticoncepción (SEC).

Tamaño Muestral: se han incluido al estudio un total de 517 consultas planteadas procedentes de usuarios tanto de España como de otro país desde Enero del 2011 a Diciembre del 2012.

Criterios de Inclusión: consultas realizadas en el área de consultas de la página web de la SEC relacionadas con métodos anticonceptivos.

Criterios de Exclusión: consultas no referidas a métodos anticonceptivos.

Obtención de los datos: los datos para la realización del análisis fueron proporcionados por la organización del Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva de la Fundación Española de Anticoncepción (FEC) en una hoja de Excel.

Análisis de datos: se lleva a cabo un análisis descriptivo de las variables que más nos interesan para la elaboración de una guía de preguntas más frecuentes sobre métodos anticonceptivos. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS 20.0.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane y Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS utilizando las palabras clave: Educación sanitaria métodos anticonceptivos, uso métodos anticonceptivos, anticoncepción, educación sexual. Además se ha revisado el Manual de Anticoncepción Hormonal de la SEC.

RESULTADOS

Se ha llevado a cabo un análisis estadístico de un total de 517 consultas recogidas en la página web de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) procedentes de usuarias de anticonceptivos.

La organización del Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva de la FEC nos proporcionó una muestra de 499 consultas pero se han estudiado un total de 517 dado que varias usuarias realizaban más de una consulta. En total contábamos con 560 consultas pero se han descartado 43 por los criterios de exclusión. De estas consultas no incluidas varias pertenecen a una misma usuaria.

Para el cálculo de la media de edad se han analizado los datos según usuarias y no según consultas realizadas para obtener un resultado válido.

En la realización del análisis se incluyeron todas las cuestiones relacionadas con anticonceptivos y se han descartado las que no se referían al tema que procede.

La media de edad de los usuarios que realizaron las consultas es de 26,96 años.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	499	14	58	26,96	8,597

Tabla 1: Media de Edad de las usuarias que consultaron.

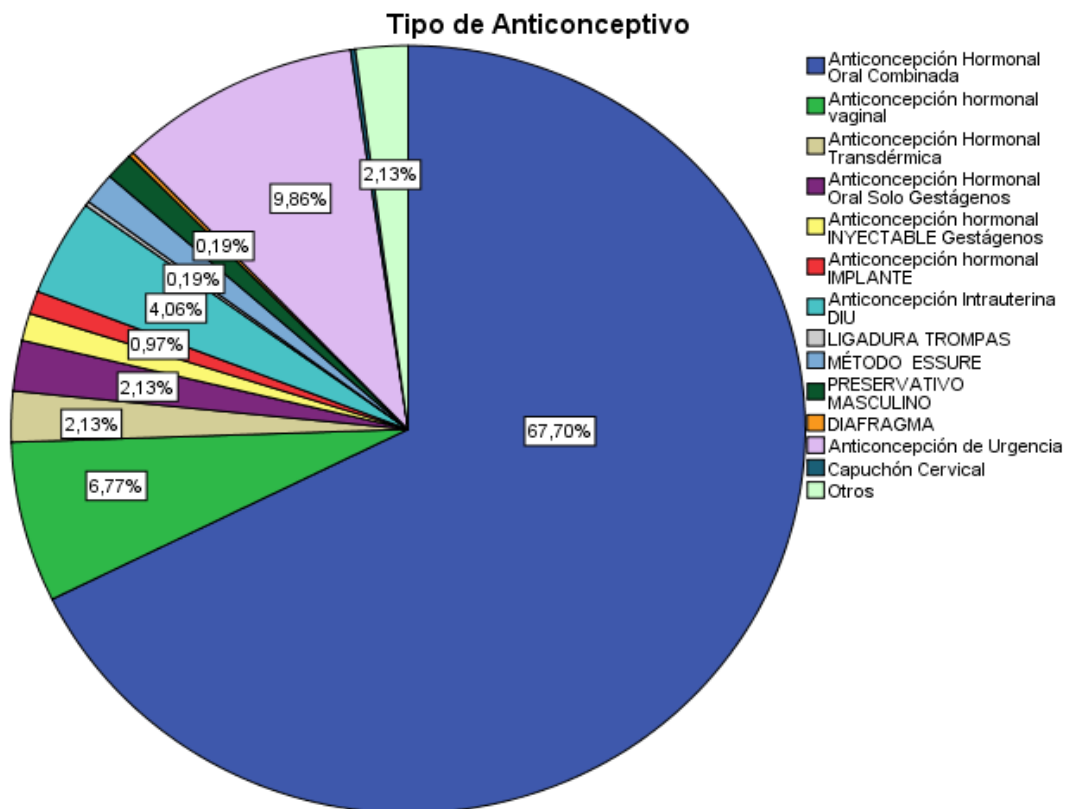
Los métodos anticonceptivos más consultados han sido: anticonceptivo hormonal oral combinada en un 67,7%, anticoncepción de urgencia en un 9,9% y anticoncepción hormonal combinada vía vaginal un 6,8%.

Los menos consultados fueron: la ligadura de trompas en un 0,2% al igual que el diafragma y el capuchón cervical, 1% el implante y un 1,2% el preservativo masculino.

	CONSULTAS	ANTICONCEPTIVOS
	Frecuencia	Porcentaje
AHCO	350	67,7%
AHCV	35	6,8%
AHCT	11	2,1%
AHSG	11	2,1%
Inyectable	6	1,2%
Implante	5	1,0%
DIU	21	4,1%
Ligadura de Trompas	1	0,2%
ESSURE	7	1,4%
Preservativo Masculino	6	1,2%
Diafragma	1	0,2%
AU	51	9,9%
Capuchón Cervical	1	0,2%
Otros	11	2,1%
TOTAL	517	100%

Tabla 2: Porcentaje de consultas de cada anticonceptivo

AHCO: anticoncepción hormonal oral combinada. AHCV: anticoncepción hormonal combinada vaginal. AHCT: anticoncepción hormonal combinada transdérmica. AHSG: anticoncepción hormonal oral solo gestágenos. AU: Anticoncepción de urgencia.



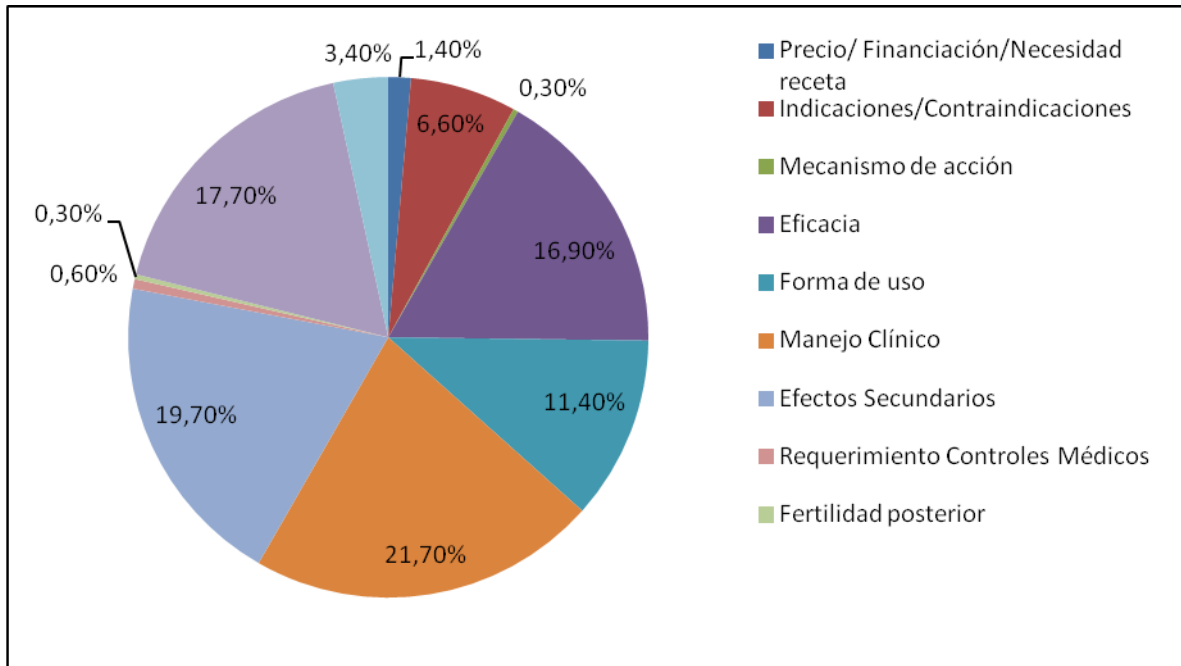
Dado el alto porcentaje de preguntas relacionadas con la anticoncepción hormonal oral combinada y la anticoncepción de urgencia hemos decidido centrarnos en ellas y analizar qué tipo de dudas presentan las usuarias sobre las mismas.

Como podemos ver en la siguiente tabla (tabla 3) un 21,7% planteaban dudas sobre el manejo clínico, incluyendo aquí cómo actuar en caso de eventualidades durante su uso como olvidos, vómitos y diarrea, error en la toma, alteraciones en el control del ciclo. Le sigue con un 19,7% las consultas sobre efectos secundarios de la píldora, un 17,7% consultas sobre posibles interacciones medicamentosas y un 16,9% sobre la eficacia.

Un porcentaje mucho menor de preguntas fueron relacionadas con el mecanismo de acción tan solo en un 0,3% y en un 0,6% consultas sobre si es necesario un control médico para la toma de anticonceptivos hormonales orales combinados.

Tabla3: % de Tipo de consultas sobre Anticoncepción Hormonal oral

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL	
Precio/ Financiación/Necesidad receta	1,4%
Indicaciones/Contraindicaciones	6,6%
Mecanismo de acción	0,3%
Eficacia	16,9%
Forma de uso	11,4%
Manejo Clínico	21,7%
Efectos Secundarios	19,7%
Requerimiento Controles Médicos	0,6%
Fertilidad posterior	0,3%
Interacciones	17,7%
Otras (Miscelánea)	3,4%

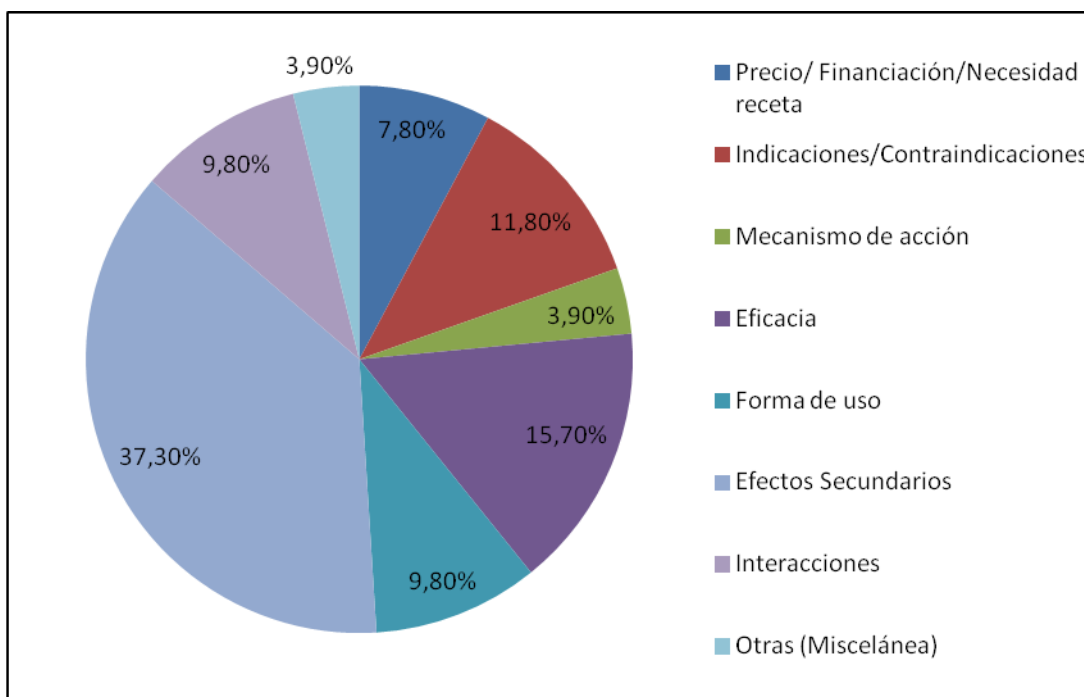


% de Tipo de consultas sobre Anticoncepción Hormonal oral

Dentro de las consultas sobre la Anticoncepción de urgencia (tabla 4) se refleja claramente en la tabla un alto porcentaje de preguntas sobre los efectos secundarios de la píldora de urgencia con un 37,3%, un 15,7% sobre su eficacia, 11,8% sobre las indicaciones y las contraindicaciones de su uso y un 9,8% sobre posibles interacciones con la misma igual porcentaje que consultas sobre forma de uso. Un 7,8% preguntaron sobre el precio y la necesidad de receta médica y un 3,9 % sobre su mecanismo de acción.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA	
Precio/ Financiación/Necesidad receta	7,8%
Indicaciones/Contraindicaciones	11,8%
Mecanismo de acción	3,9%
Eficacia	15,7%
Forma de uso	9,8%
Manejo Clínico	0,0%
Efectos Secundarios	37,3%
Requerimiento Controles Médicos	0,0%
Fertilidad posterior	0,0%
Interacciones	9,8%
Otras (Miscelánea)	3,9%

Tabla 4: % de Tipo de consultas sobre Anticoncepción de Urgencia



% de Tipo de consultas sobre Anticoncepción de Urgencia

Como hemos reflejado previamente el porcentaje más alto de preguntas realizadas fueron acerca de la AHOC y la AU y por ello hemos decidido elaborar la “Guía de preguntas más frecuentes sobre la anticoncepción hormonal oral combinada y anticoncepción de urgencia” dirigida a las usuarias y que se adjunta en anexos.

CONCLUSIONES

Existe falta de conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo y, en particular, de los órganos sexuales. El conocimiento del ciclo reproductivo de la mujer y del hombre, cómo se producen la menstruación, la ovulación y la fecundación son necesarios para hacer posible la comprensión del mecanismo de acción de los anticonceptivos y sus posibles efectos colaterales.¹³

Es necesario explicar los mecanismos de acción de los anticonceptivos y abordar sus efectos colaterales con base científica. El no hacerlo genera conceptos erróneos que limitan el uso de la planificación familiar. El asesoramiento a fondo puede ayudar a las usuarias a discriminar cuáles síntomas son causados por la anticoncepción y cuáles indican problemas de salud.

Los mitos y los errores sobre los anticonceptivos causan problemas en su cumplimiento.

La ausencia de educación sexual sigue generando, o conservando, mitos en el campo de la sexualidad y la reproducción. Estas ideas no sólo se dan en personas que tienen bajo nivel educativo, también están presentes entre personas muy instruidas (incluyendo a los propios profesionales sanitarios), limitando muchas veces, la toma de decisiones acertadas que contribuyen al cuidado de la salud y el bienestar.

La carga moral y los prejuicios respecto al sexo y a la sexualidad, hacen que las personas tengan más dificultades de hablar del tema o de informarse.¹⁴

ANEXO

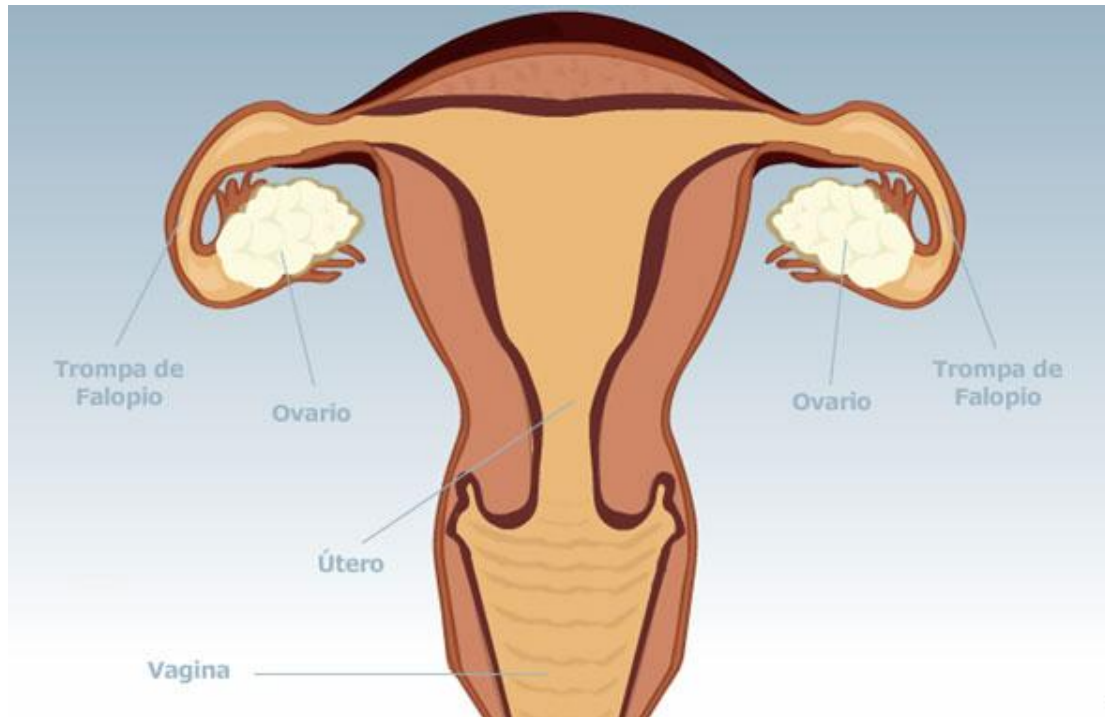
"GUÍA DE PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA Y LA PÍLDORA DE URGENCIA"

Entendiendo nuestro cuerpo...

Todos tenemos derecho a decidir si tener hijos o no, cuándo tenerlos o cuántos tener. Se requiere a un hombre y a una mujer para producir un embarazo de forma natural siendo éste responsabilidad de la pareja así como, también lo es, el prevenirlo.

Cada vez que un hombre y una mujer mantienen relaciones sexuales, sin utilizar un método anticonceptivo efectivo, existe la posibilidad de un embarazo. Sin embargo, esto va a depender mucho del momento en el que se encuentre la mujer en su ciclo menstrual, es decir, en su periodo fértil. Por ello, es de gran importancia que conozcamos cómo es y funciona nuestro aparato reproductor y, por lo tanto, nuestro ciclo menstrual.

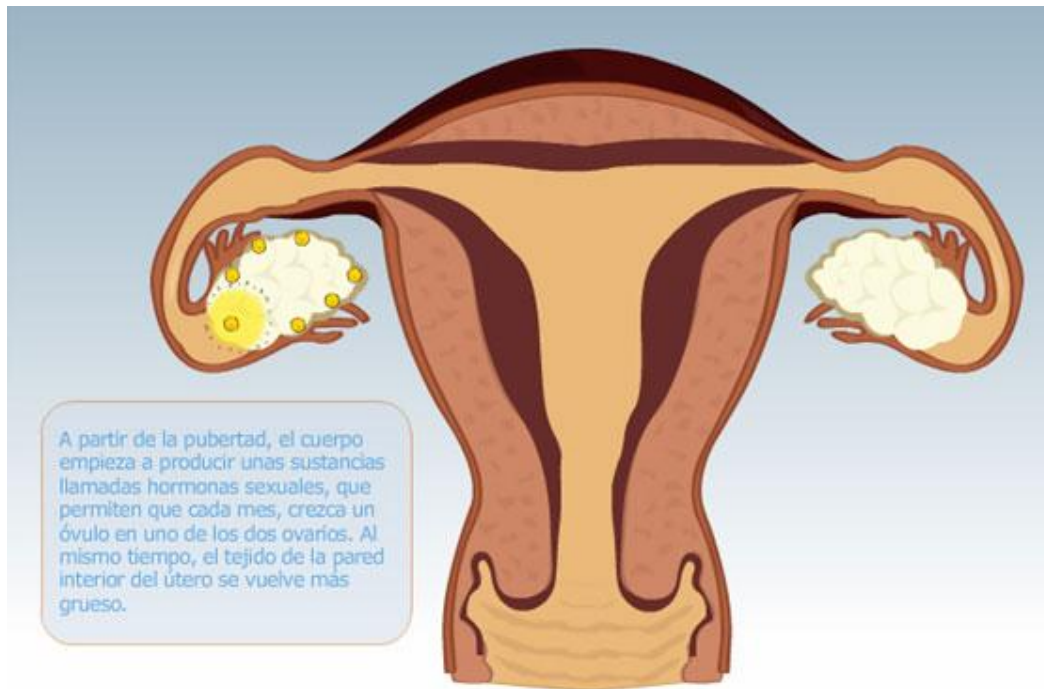
¿Cómo es nuestro cuerpo por dentro?



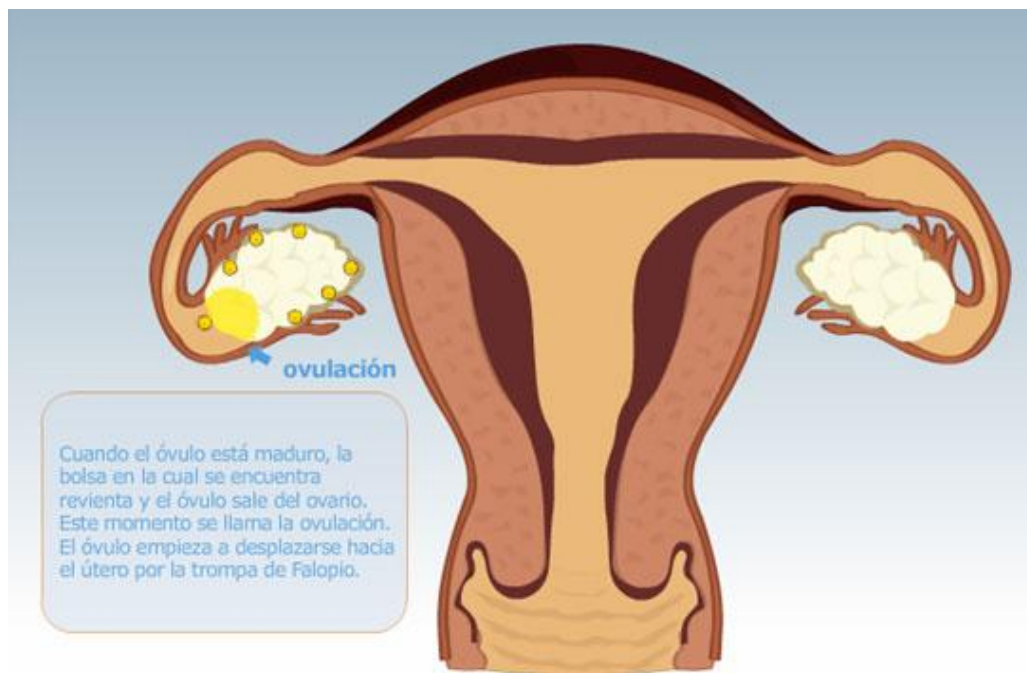
¹⁵ Imágenes: www.saluddealtura.com

- La vagina es una apertura musculosa. Durante las relaciones sexuales, por aquí entra el pene y deposita el semen. También es por la vagina por donde sale el recién nacido en el momento del parto.
- El útero es un músculo cubierto con un tejido, que encierra una pequeña cavidad en donde crece el bebé durante el embarazo.
- En los ovarios se encuentran los óvulos que son como unos huevos. Si se juntan con un espermatozoide se produce un embarazo. Una mujer nace con cientos de miles de óvulos que se quedan guardados en los ovarios.
- Las trompas de Falopio comunican el útero con los ovarios. Ahí se juntan el ovulo y el espermatozoide para un posible embarazo.

¿Qué ocurre con esos óvulos guardados en los ovarios?

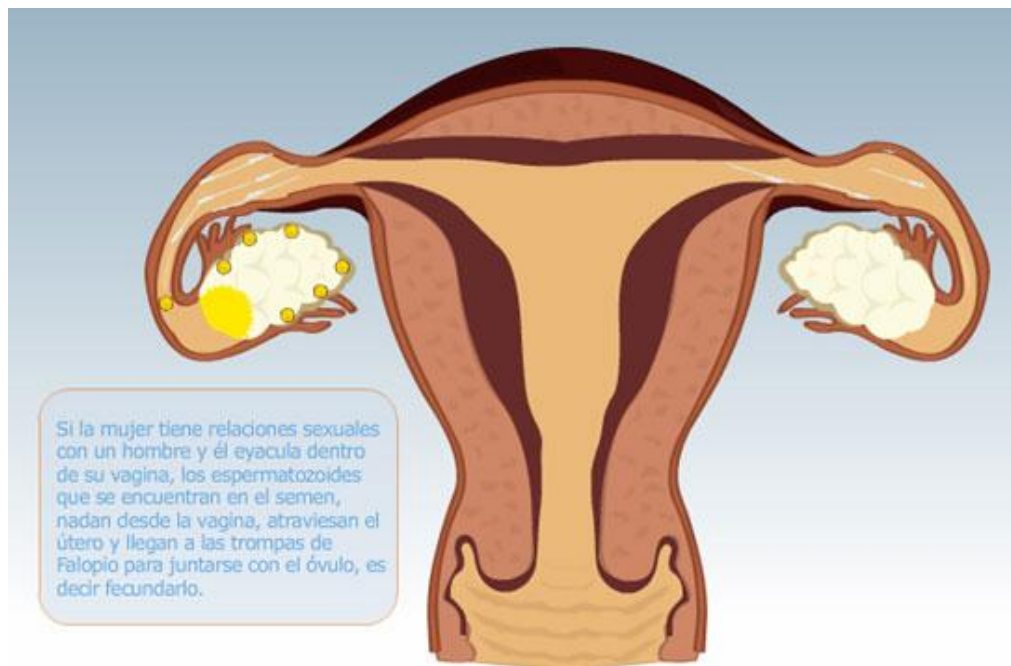


¿Qué ocurre con ese óvulo que crece?



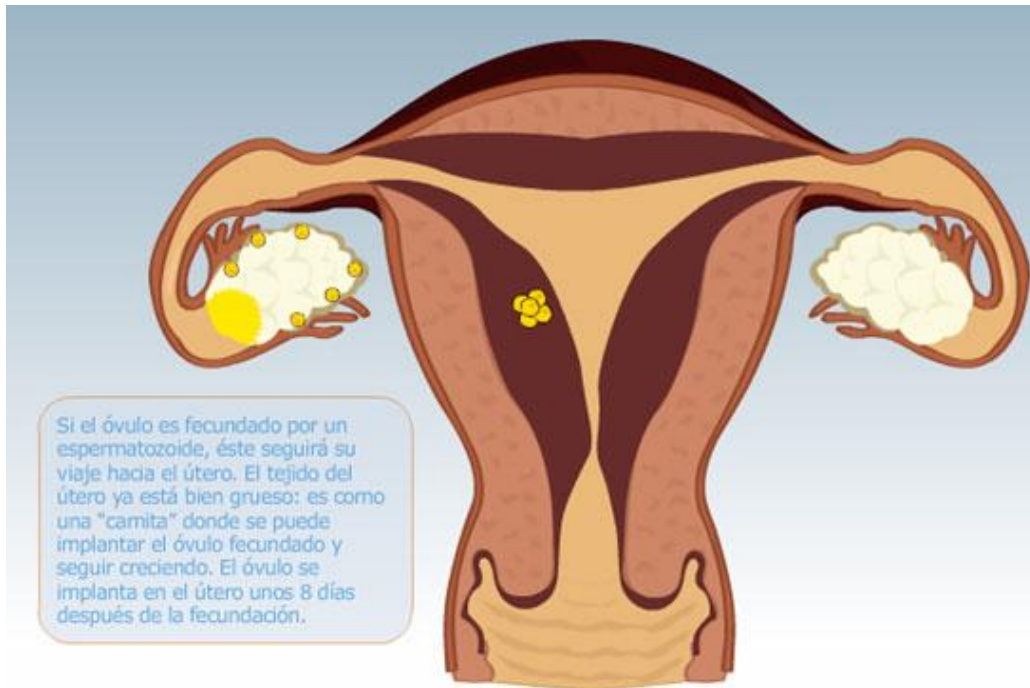
Desde que se produce la ovulación comienza el periodo fértil de la mujer:

¿Qué pasa en la trompa de Falopio?, ¿Cuánto dura el periodo fértil?

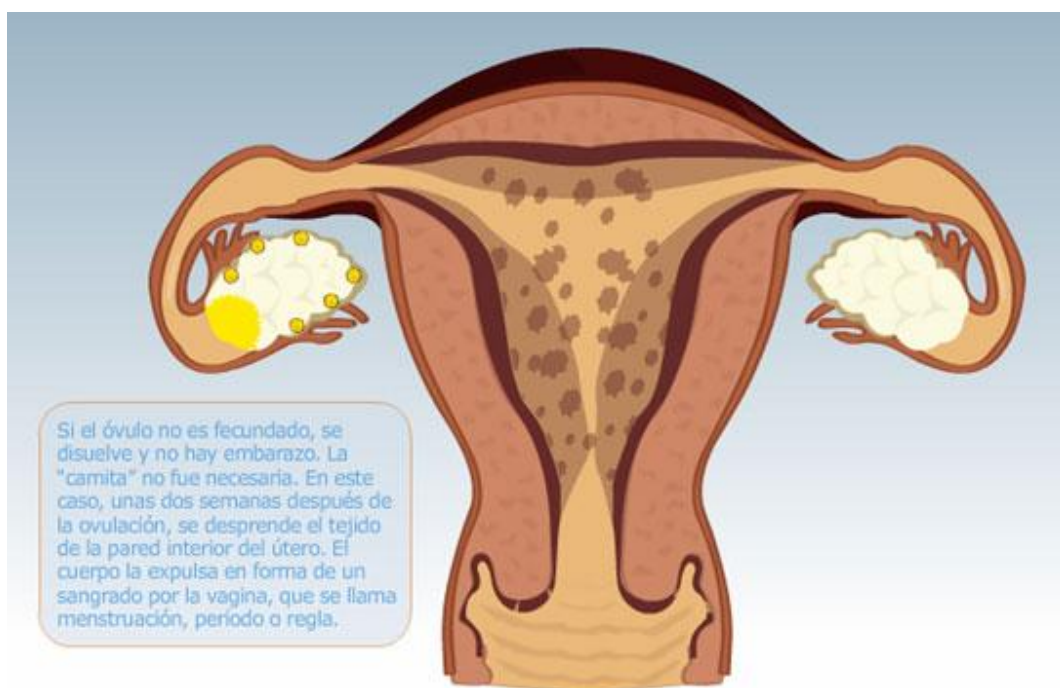


Los espermatozoides pueden sobrevivir hasta cinco días en el cuerpo de la mujer; por otro lado, el óvulo sobrevive 24 horas después de la ovulación. Así que, cualquier relación sexual en los cinco días previos, o hasta un día después de la ovulación, conlleva la posibilidad de un embarazo. Esto es el periodo fértil de la mujer.

¿Y si hay fecundación?



¿Y si no hay fecundación?



Durante la menstruación, otro óvulo empieza a madurar. Nuevamente se produce la ovulación y todo empieza de nuevo. La repetición de este proceso se llama **ciclo menstrual**. El ciclo empieza entonces el primer día de la menstruación y termina el último día antes de la siguiente menstruación. Este ciclo ocurre todos los meses, durante décadas, hasta que la mujer no tiene más óvulos para liberar comenzando así la menopausia.

¿Cuáles son las hormonas sexuales?, ¿Cómo actúan?

Tu cuerpo produce las hormonas que controlan tu ciclo menstrual. Vamos a hablar de cuatro hormonas básicamente:

- Hormona Folículoestimulante (FSH).
- Hormona Luteinizante (LH).
- Estrógenos.
- Progesterona.

La FSH y LH son hormonas secretadas por una glándula (glándula pituitaria del cerebro) situada en el techo del paladar. Estas ejercen su función en los ovarios.

Los estrógenos y progesterona se producen en los ovarios y se denominan hormonas esteroideas.

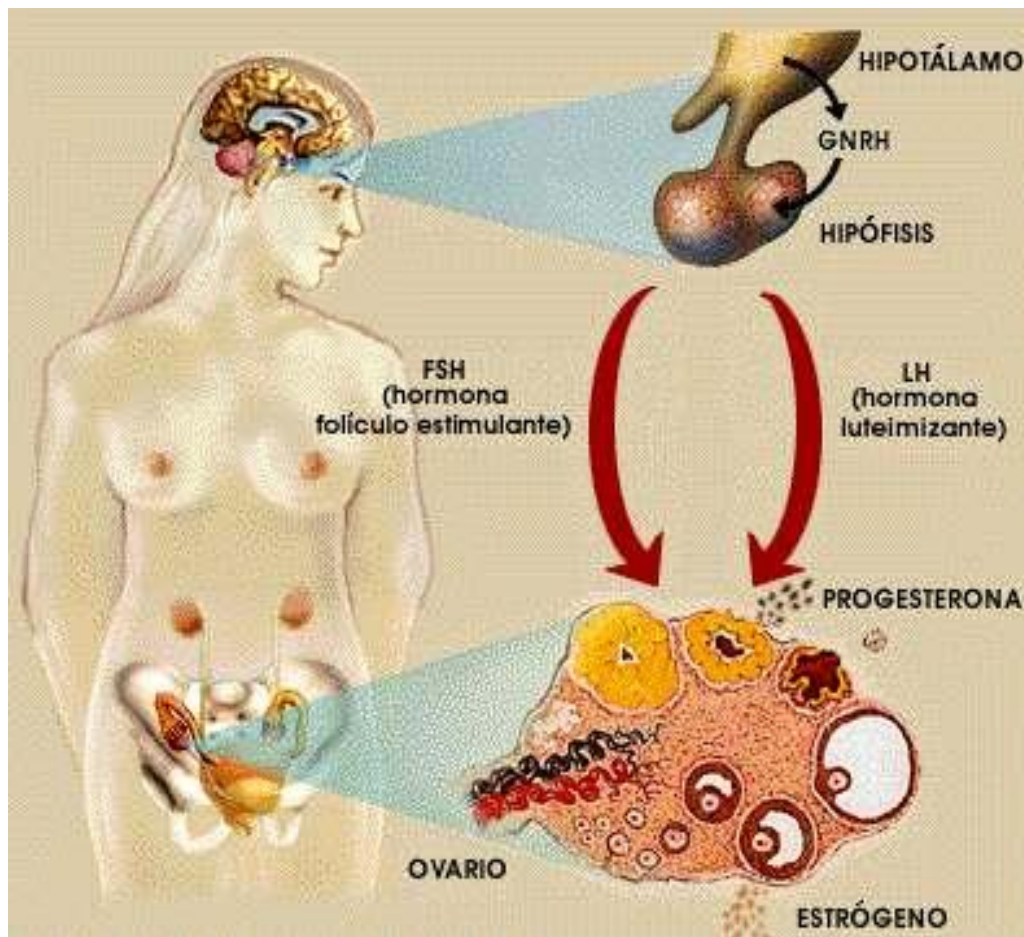


Imagen: <https://www.google.es/recursos.cnice.mec>

Al comienzo del ciclo (primer día de la menstruación) la hormona foliculoestimulante (FSH) estimula los folículos de tus ovarios (cavidades llenas de fluido que contienen un óvulo sin desarrollar) para desarrollarlos y comenzar a producir otra hormona llamada estrógeno. De todos los folículos en crecimiento, sólo uno será seleccionado y llegará a desarrollarse completamente denominándose folículo dominante.

Mientras el nivel de estrógenos presente en tu cuerpo todavía está en aumento, se produce la subida repentina de la hormona luteinizante (LH). Este aumento de la LH (denominado pico de LH) provoca que el folículo dominante se rompa y libere el óvulo maduro del ovario, que entra en la trompa de Falopio. A este fenómeno se le conoce como **ovulación**.

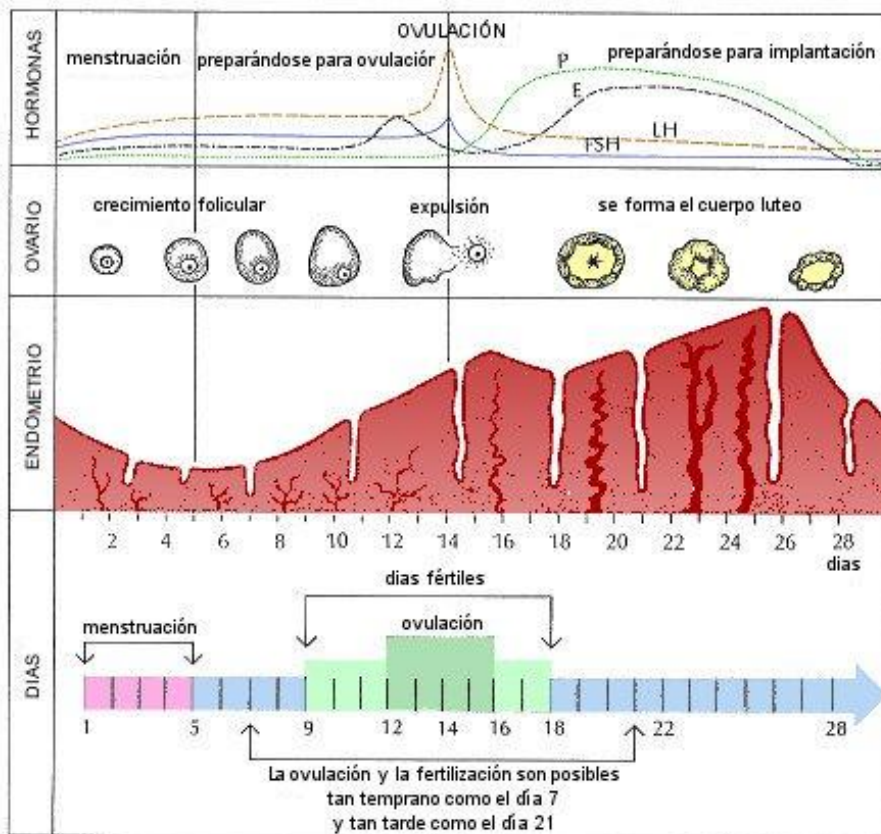


Imagen:www.saluddealtura.com

Muchas mujeres creen que ovulan el día 14, pero se trata de una media, ya que la mayoría de ellas realmente ovula un día del ciclo menstrual diferente. El día de tu ovulación variará cada ciclo. Algunas mujeres manifiestan dolores agudos cuando ovulan, pero muchas no experimentan sensación alguna y no existen otros síntomas que indiquen que se está ovulando.

Una vez liberado el óvulo, este se desplaza a lo largo de la trompa de Falopio hacia el útero. El óvulo tiene una vida de hasta 24 horas. La supervivencia de los espermatozoides es más variable, pero normalmente se prolonga durante 3 o 5 días, por lo que los días que preceden a la ovulación y el mismo día de la ovulación son los más fértiles, es decir, cuando es más probable que te quedes embarazada. En el momento en que finaliza la ovulación, el folículo comienza a segregar otra hormona: la progesterona.

La progesterona provoca el crecimiento del tejido que reviste el útero (endometrio) con el fin de prepararlo para recibir un óvulo fecundado. Mientras tanto, el folículo vacío del ovario empieza a contraerse, pero sigue segregando progesterona, y también comienza a segregar estrógenos. En esta etapa, puedes experimentar síntomas de tensión premenstrual (TPM), como dolor al palparse el pecho, hinchazón, letargo, depresión e irritabilidad.

A medida que el folículo vacío se contrae, si el óvulo no se fecunda, los niveles de estrógeno y de progesterona disminuyen. Sin los altos niveles de hormonas que favorecen su conservación, el grueso endometrio creado comienza a desprenderse y tu cuerpo libera este revestimiento uterino. Este es el inicio de tu período y el comienzo de tu siguiente ciclo menstrual.

Si el óvulo se ha fecundado, puede implantarse correctamente por sí mismo en el endometrio. Por lo general, este suceso tiene lugar, aproximadamente, una semana después de la fecundación.

Tan pronto como el óvulo fecundado queda implantado, tu cuerpo comienza a segregar la hormona del embarazo, es decir, gonadotropina coriónica humana (hCG), que mantendrá la actividad del folículo vacío. Además, continúa segregando estrógenos y progesterona para evitar el desprendimiento del endometrio hasta que la placenta (que contiene todos los nutrientes que precisa el embrión) madure lo suficientemente como para mantener el embarazo.¹⁸

¿Cómo funcionan los anticonceptivos hormonales?

Los Anticonceptivos Hormonales son agentes esteroideos (estrógenos y progestágenos) que se introducen en el cuerpo desde el exterior e interfieren con el sistema de regulación hormonal del ciclo reproductor.

Actúan a nivel del cerebro, por el efecto del progestágeno, inhibiendo la secreción de FSH y el pico de LH, y por tanto impidiendo la ovulación.

Sobre el ovario los niveles de FSH son insuficientes para permitir que se desarrolle el folículo dominante.

La inhibición del pico de LH y la ausencia de ovulación es el mecanismo de acción más importante de los Anticonceptivos Hormonales, ya que imposibilita la fecundación.

Al interrumpir la toma de Anticoncepción Hormonal, el cuerpo recupera su funcionalismo normal, dándose la cascada de eventos comentados en el apartado anterior.

Sobre el útero, estrógenos y gestágenos, hacen que se establezca el endometrio disminuyendo la cantidad de sangrado de cada mes. Sobre las trompas de Falopio dificultan el transporte y nutrición de los espermatozoides.

Sobre el moco cervical hacen que se espese, dificultando que los espermatozoides puedan progresar.¹⁹

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DE LA PÍLDORA²⁰

¿Cómo debo tomarme la píldora?

Debes de comenzar el primer día del ciclo menstrual (primer día de regla), es importante tomar la píldora todos los días a la misma hora de esta forma generarse un hábito y no se te olvidaras tomarla.

¿Qué hago si se me olvida tomar la píldora?

Debes contar el número de horas de olvido, si son menos de 12 horas la protección anticonceptiva no se reduce por lo que te tomas la pastilla olvidada y las siguientes a la hora habitual.

Si son más de 12 horas te tomas el comprimido olvidado y el siguiente que te toca (aunque eso implique tomas dos comprimidos a la vez) continúas la toma de comprimido regular pero recuerda que es necesario un anticonceptivo adicional durante los próximos 7 días.

¿Y si vomito la píldora, que debo de hacer?

Si el vomito se produce en las 3-4 horas siguientes a la toma del comprimido no pasa nada ya esta absorbido, por el contrario y es menor a ese tiempo de la caja de anticonceptivos de reserva debes de tomarte la que corresponda a ese día (la que s igual a la q vomitaste).

¿Si estoy mala con diarrea, sigo protegida?

Sí, siempre que no sean diarreas muy fuertes durante todo el día, en ese caso sigue tomando el anticonceptivo de forma habitual y los días que estés con diarrea intensa añades también el preservativo hasta que desaparezca la patología

¿Si quiero dejarla tengo que esperar a terminar el envase?

No, puedes dejarlos en cualquier momento, pero tienes que tener en cuenta que puedes tener pequeños sangrados y cambios en el ritmo del ciclo menstrual.

¿Si llevo muchos años tomando la píldora, es bueno que descansara?

No es necesario que hagas un descanso y suspendas su uso, los anticonceptivos orales son seguros aunque los tomes durante muchos años.

¿El efecto de la píldora continua, si la suspenda y la he tomado durante muchos años?

No, el efecto solo se mantiene durante el tiempo en que la mujer este tomando la píldora de forma regular

¿La regla me debe de venir en la semana de descanso?

Si es cuando te debe de venir, hay preparados que por su composición disminuyen la cantidad de sangrado incluso llegando a desaparecer. Si se repite la ausencia de regla durante varios meses acude a tu ginecólogo para valorar cambio.

¿Si quisiera cambiarme de anticonceptivo cuando puedo hacerlo?

Deberías acabar el que estas tomando y empezar con el nuevo que siempre coincidirá al terminar tu semana de descanso.

¿Desde cuándo estoy protegida del embarazo?

Estas protegida desde el primer día que empiezas a tomar anticonceptivos, aunque se aconseja la primera semana utilizar condón.

¿En la semana de descanso debo de usar condón?

No, no debes utilizar condón, recuerda que tomando todos los días la pastilla que te toca, estas totalmente protegida la semana de descanso.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

¿Si tomo la píldora engordaré?

Muchas mujeres piensan que si, pero se ha demostrado que el efecto de la píldora sobre el peso no existe, se puede manifestar un aumento por retención de líquidos los primeros 3-4 meses, sobre todo a nivel de las mamas.

¿Es normal que sangre los primeros meses que estoy tomando la píldora?

Se puede manchar los primeros meses de tomar la píldora, si continua pasando los primero tres primeros sería bueno valorar cambiar de preparado siempre evaluando la intensidad de sangrado.

¿Es verdad que con las pastillas anticonceptivas me dolerá menos la regla?

Si es cierto. Se trata de uno de los muchos efectos beneficiosos que tienen.

¿Quitan las pastillas anticonceptivas el acné?

Dependiendo del grado de acné lo disminuyen bastante y en algunos casos forman parte del tratamiento.

¿Me puede doler más la cabeza si tomo las pastillas?

Son muy variables y está asociada a la ansiedad de la paciente por estar tomando anticonceptivos orales. El caso cambia si se trata de migrañas ya que lo tendría que valorar el ginecólogo por si se debe de cambiar de anticonceptivo.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LAS INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS

¿Quisiera saber si el té, diuréticos o algún drenante pueden quitarme el efecto de la pastilla anticonceptiva?

No, ningún producto diurético disminuye la eficacia de los anticonceptivos.

¿Estoy tomando productos para adelgazar que queman y absorben grasa, esto puede disminuir el efecto de la pastilla anticonceptiva?

No, pero lo mejor sería que esos productos que absorben grasas te los tomaras dos horas antes o después de la pastilla porque puede disminuir la absorción del anticonceptivo.

¿Tengo infección de orina y el médico me ha mandado antibiótico, dejo el anticonceptivo mientras lo tomo y utilizo preservativo?

No, debes continuar con la pastillas anticonceptiva como hasta ahora y tomarte el tratamiento para la infección de orina ya que no influye para nada en el efecto anticonceptivo.

¿Tengo hongos en la vagina y mi ginecóloga me ha mandado óvulos, debo de seguir tomando pastillas anticonceptivas o dejarlas en ese tiempo?

Debes continuar con las pastillas como siempre y ponerte el tratamiento que te mando la ginecóloga de forma natural. Los óvulos no influyen en la anticoncepción.

¿Estoy bastante constipada y el médico me ha mandado antibiótico y jarabe para la tos, va a disminuir el efecto de las pastillas?

No lo disminuye, pero la toma de antibiótico si te produce diarrea puede ser que si le afecte a la absorción de la pastilla.

MANEJO CLÍNICO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA (AU)

¿Qué hace la “píldora del día siguiente”?

La AU trata de evitar que se produzca la fecundación del óvulo por un espermatozoide, o una vez producida ésta, se impida la implantación del blastocisto en el endometrio y se desarrolle un embarazo.²¹

¿Es una píldora abortiva?

La gestación se inicia en el momento en que se produce la implantación del blastocisto en la cavidad uterina (aproximadamente a los siete días post-fecundación), por tanto la AU no es abortiva sino anticonceptiva.²²

¿Cuándo de debo tomar la AU?

En situaciones de urgencia, en casos ante algún problema con el anticonceptivo utilizado o por no haber utilizado ninguno.²³

¿Cuántas píldoras del día después existen?

Actualmente existen dos tipos diferentes una compuesta por levonorgestrel y otra por el Acetato de Ulipristal.

¿Es eficaz al 100%?

La eficacia es alta pero no es eficaz siempre, la eficacia disminuye con el tiempo por lo que es conveniente tomarla lo antes posible, se puede utilizar hasta las 72 horas después del coito no protegido en el caso del levonorgestrel y hasta las 120 horas en el caso del Acetato de Ulipristal²⁴

¿Es una bomba de hormonas?

No, es una segunda oportunidad que tiene la mujer. La AU con levonorgestrel no presenta riesgos conocidos para la salud de la mujer, ni alergias, no presentan efectos secundarios serios o duraderos y cumple los criterios de la Agencia Europea del Medicamento y del Food and Drug Administration.²⁵

¿Qué efectos secundarios tiene?

No se han descrito efectos adversos graves. Los efectos secundarios pueden ser náuseas, vómitos, cefaleas, fatiga, mareos, dolor hipogástrico, aumento de la sensibilidad mamaria y alteraciones del ciclo menstrual, todos ellos remiten espontáneamente.²⁶

¿Cuándo será mi próxima regla?

La siguiente regla aparece habitualmente en la fecha esperada, en algunas mujeres se puede adelantar o retrasar, e incluso pueden tener un pequeño sangrado tras la toma. Si existe un retraso que supere los siete a diez días, es recomendable descartar un embarazo con un test de embarazo.

¿Es perjudicial si estoy embarazada?

La AU con levonorgestrel no puede interrumpir un embarazo ya establecido ni dañar a un embrión en desarrollo.

¿Existen medicamentos que disminuyen su eficacia?

Hay algunos fármacos como antiepilépticos, antirretrovirales, rifampicina o hipéricos como la Hierba de San Juan pueden disminuir la eficacia de los AU por lo que se recomienda separar las tomas de ambos al menos 12 horas y en el caso de tomar el Acetato de Ulipristal utilizar un método adicional de barrera si se toman anticonceptivos hormonales.²⁷

¿Qué ocurre si vomito si tomo la píldora del día después?

Con las píldoras si el vómito se produce antes de las tres horas después de su ingesta, se recomienda una nueva toma.

¿Si estoy lactando puedo tomar la AU?

Por supuesto, en el caso del levonorgestrel se recomienda postergar la lactancia 8 horas después, mientras en el Acetato de Ulipristal son 36 horas tras la toma del fármaco.²⁸

¿Puedo solicitar la píldora siendo menor de edad?

La autodeterminación sexual se presupone legalmente a partir de los 13 años, es decir, que tiene legalmente capacidad para establecer libremente relaciones sexuales consentidas y por tanto solicitar medidas contraceptivas como la píldora del día después, sin necesidad de presencia de los padres.²⁹

¿Qué precio tienen las píldoras del día después?

El levonorgestrel la financiación es gratuita en los centros sanitarios, siendo en la farmacia el precio de 19 Euros y es de libre dispensación, no necesita receta médica y el Acetato de Ulipristal su precio es de 32 Euros necesitando receta médica.³⁰

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Fundacióndeconcepción.es [Página de Internet]. Madrid. Fundación Española de Contracepción. [Citada el 9/12/2013]. Manifiesto Día Mundial de la Anticoncepción 2013. Disponible en URL:
<http://www.fundaciondeconcepcion.es/DMA2013/descargas/MANIFIESTO2013.pdf>
- ² Declaración universal de los Derechos Sexuales. Disponible en URL:
http://www.ctv.es/USERS/sexpol/derechos_sexuales.htm
- ³ BOE.es [Página de Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. [Citada el 9/12/2013]. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/26/pdfs/BOE-A-2010-10154.pdf>
- ⁴ Fundacióndeconcepción.es [Página de Internet]. Madrid. Fundación Española de Contracepción. [Citada el 9/12/2013]. Manifiesto Día Mundial de la Anticoncepción 2012. Disponible en: <http://www.fundaciondeconcepcion.es/DMA2012/index.php>
- ⁵ Disponible en:
http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/anticonceptivos_hormonales/Capitulo4.02.ContraindicacionesMujeres_q.pdf
- ⁶ Manual básico de anticoncepción. 3ª edición. Joaquín Calaf Alsina. Edi Masson, S.A.
- ⁷ Egarter C, Frey Tirri B, Bitzer J, Kaminsky V, Oddens BJ, Prilepskaya V, Yeshaya A, Marintcheva Petrova-M, Weyers S. Women perceptions and reasons for choosing the pill, patch or ring in the choice study: a cross sectional survey of contraceptive method selection after counseling. BMC Health mujer. 2013 28 de febrero, 13:09. doi: 10.1186/1472-6874-13-9.
- ⁸ Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception and Adolescence. Archives de Pédiatrie: Organe Officiel de la Société française de pédiatrie. Jun;20(6):707-13. doi: 10.1016/j.arcped.2013.03.002. Epub 2013 Apr 28.
- ⁹ Lopez-del Burgo C, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, de Irala J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, University of Navarra, 31008 Pamplona, Navarra, Spain.

cldelburgo@unav.es. 2012 Jan;85(1):69-77. doi: 10.1016/j.contraception.2011.04.007.
Epub 2011 Jun 8.

¹⁰ Grupo de trabajo del programa Daphne: Análisis del cumplimiento en anticoncepción Hormonal Oral. Grupo Aula Médica, ed. Madrid, 1996.

¹¹ Disponible en: <http://www.fundaciondecontracepcion.es/DMA2012/index.php>

¹² Métodos anticonceptivos. Bases fisiológicas. Manejo clínico. Dr. Ezequiel Pérez Campos. Dr. Iñaki Lete.2008

¹³ Zegarra T y cols. Mitos y métodos anticonceptivos. Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX); 2001.

¹⁴ Zegarra T y cols. Mitos y métodos anticonceptivos. Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX); 2001.

¹⁵Saluddealtura.com [Página de Internet]. El periodo fértil y el ciclo menstrual. Ecuador: Salud de Altura. [Creada Julio 2009; citada 9/12/2013]. Disponible en: <http://www.saluddealtura.com/?id=291>

¹⁶Saluddealtura.com [Página de Internet]. El periodo fértil y el ciclo menstrual. Ecuador: Salud de Altura. [Creada Julio 2009; citada 9/12/2013]. Disponible en: <http://www.saluddealtura.com/?id=291>

¹⁷Saluddealtura.com [Página de Internet]. El periodo fértil y el ciclo menstrual. Ecuador: Salud de Altura. [Creada Julio 2009; citada 9/12/2013]. Disponible en: <http://www.saluddealtura.com/?id=291>

¹⁸ Es.Clearblue.com. [Página de Internet]. Ciclos menstruales y ovulación. [creada 2008; citada 9/12/2013]. Disponible en: <http://es.clearblue.com/ciclos-menstruales-y-ovulacion#>.

¹⁹ SEC.es [Página de Internet]. Anticoncepción Hormonal Combinada. Madrid: Sociedad Española de Contracepción. [Citada el 9/12/2013]. Manuales SEC. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf.

²⁰ SEC.es [Página de Internet]. Guía actualizada de Anticoncepción de Urgencia Madrid: Sociedad Española de Contracepción. [Citada el 9/12/2013].Área Científica - Manuales SEC. Disponible en:http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/manual_anticoncepcion_urgencia/index.php

²¹ Documento “Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC). Federación Internacional de Ginecología Y Obstetricia (FIGO). Octubre de 2008.

²² Manual de anticoncepción de urgencia. Capítulo 3. Anticoncepción de urgencia: Tipos. (pag.26-28)-
Disponible:http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/manual_anticoncepcion_urgencia/mitos.php

²³ Lete I, Bajo J, Doval JL, Domingo Álvarez JH. Actuación práctica ante el coito de riesgo. Barcelona: Estudio S3 & MJ; 2004.

²⁴ Álvarez González JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos EF, Sierra Lavilla M, De la Viuda García E. Manual de anticoncepción de Urgencia. Sociedad Española de Contracepción; 2011.

²⁵ Informe del Ministerio de Sanidad sobre la Anticoncepción de Urgencia. 2012 SEGO.

²⁶ Manual de anticoncepción de urgencia. Capítulo 6. Mitos, errores y falsas creencias. Preguntas mas frecuentes en Anticoncepción de urgencia (pág. 60-68). Disponible:
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/manual_anticoncepcion_urgencia/libre_dispensacion.php

²⁷ Manual de anticoncepción de urgencia. Capítulo 6. Mitos, errores y falsas creencias. Preguntas mas frecuentes en Anticoncepción de urgencia (pág. 60-68). Disponible:
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/manual_anticoncepcion_urgencia/mitos.php

²⁸ Manual de anticoncepción de urgencia. Capítulo 6. Mitos, errores y falsas creencias. Preguntas mas frecuentes en Anticoncepción de urgencia (pág. 60-68). Disponible:
http://www.sec.es/area_cientifica/AU/descargas/MANUALANTICONCEPCIONRGENCIA.pdf

²⁹ Amarilla Gundín M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Barcelona: Chiesi España: 2006.

³⁰ SEC.es [Página de Internet]. Manifiesto de la libre dispensación de la píldora de urgencia. Madrid: Sociedad Española de Contracepción. [Citada el 9/12/2013]. Área

Científica - Anticoncepción de Urgencia. Disponible
en:http://www.sec.es/descargas/MANIFIESTO_PAU.pdf.