

Anticoncepción

La anticoncepción comprende el conjunto de métodos, farmacológicos o mecánicos, reversibles o permanentes, destinados a evitar la concepción tras una relación sexual. El objetivo principal es permitir a las mujeres y parejas controlar voluntariamente su fertilidad, contribuyendo a la planificación familiar, reducción de embarazos no deseados y mejora de la salud materna.

Fuente principal: Williams Ginecología. 4.^a edición. McGraw-Hill; 2020.

Introducción y Principios Generales

Según Williams Ginecología, la elección del método debe ser individualizada, considerando edad, comorbilidades, frecuencia sexual, deseos reproductivos y efectos adversos potenciales.

Reversibles

Hormonales, intrauterinos, de barrera y naturales.

Permanentes

Esterilización quirúrgica femenina o masculina.

Los métodos anticonceptivos pueden clasificarse en reversibles y permanentes, cada uno con características específicas que se adaptan a diferentes necesidades y contextos clínicos.

Fisiología de la Ovulación y Base de la Anticoncepción

El ciclo menstrual normal depende del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico.

La ovulación ocurre por el pico de LH, estimulado por estrógenos preovulatorios.

Los anticonceptivos hormonales actúan principalmente:

- Inhibiendo la ovulación (supresión del eje gonadotrópico).
- Espesando el moco cervical, dificultando el paso espermático.
- Alterando el endometrio, volviéndolo inadecuado para la implantación.
- Modificando la motilidad tubárica.

Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Contienen estrógeno (etinilestradiol) + progestina (levonorgestrel, drospirenona, norgestimato, etc.).

Mecanismo: inhiben la ovulación por supresión de LH y FSH; además, espesan el moco cervical y atrofian el endometrio.

Ventajas

- Ciclos regulares y menos dolorosos.
- Reducción de sangrado menstrual, anemia y dismenorrea.
- Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio, ovario y colon.
- Mejoran acné y síndrome premenstrual.

Desventajas

- Riesgo tromboembólico venoso, especialmente en fumadoras >35 años.
- Náuseas, mastalgia, cefalea o spotting los primeros meses.

Contraindicaciones Absolutas de AOC

Según Williams, las siguientes condiciones contraindican absolutamente el uso de anticonceptivos orales combinados:

Trombosis venosa o embolia previa

Cáncer de mama o endometrio activo

Enfermedad hepática severa

Hipertensión no controlada

Migraña con aura

Embarazo o sangrado uterino no diagnosticado

Anticonceptivos Solo con Progestágeno

Formas: píldoras diarias, inyectables (acetato de medroxiprogesterona), implantes subdérmicos (etonogestrel) y DIU con levonorgestrel.

Actúan principalmente por espesamiento del moco cervical y atrofia endometrial; algunos también inhiben la ovulación.

Ventajas

- Pueden usarse durante la lactancia.
- Menor riesgo tromboembólico.

Desventajas

- Sangrado irregular o amenorrea.
- Retardo en el retorno de la fertilidad (particularmente con inyectables).

Anticonceptivos Inyectables e Implantes

Anticonceptivos inyectables

Acetato de medroxiprogesterona (Depo-Provera) cada 3 meses IM o SC.

Suprime ovulación y engrosa el moco cervical.

Efectos secundarios:

- Sangrado irregular y ganancia ponderal.
- Disminución transitoria de densidad ósea (reversible).

Implantes subdérmicos

Etonogestrel (Implanon®): eficacia >99 % por 3 años.

Mecanismo: inhibición ovulatoria y alteración del moco cervical.

Excelente opción para adolescentes o mujeres que desean anticoncepción prolongada y reversible.

Parches y Anillos Vaginales

Parches transdérmicos

Liberan etinilestradiol + norelgestromina.

Anillo vaginal (NuvaRing®)

Libera etinilestradiol + etonogestrel por 3 semanas.

Mismos mecanismos que los AOC, con mayor comodidad y cumplimiento.

Dispositivos Intrauterinos (DIU)

DIU de cobre (T380A)

No hormonal.

Libera iones de cobre que provocan reacción inflamatoria endometrial espermicida.

Eficacia >99 % durante 10 años.

Ventajas:

- No requiere recordatorio diario.
- Sin efectos hormonales sistémicos.
- Reversibilidad inmediata.

Desventajas:

- Sangrado menstrual más abundante y doloroso los primeros meses.
- Riesgo de expulsión o perforación (<1/1000).

DIU con levonorgestrel (Mirena®, Kyleena®)

Libera progestina localmente (20 µg/día).

Eficacia >99 %. Duración: 5 años.

Beneficios:

- Reduce el sangrado menstrual y la dismenorrea.
- Tratamiento alternativo en hiperplasia endometrial o endometriosis leve.
- Alta tasa de satisfacción.

Métodos de Barrera

Método	Eficacia (uso típico)	Comentarios
Preservativo masculino	85 %	Previene ITS y VIH; fácil acceso
Preservativo femenino	79 %	Protección dual
Diafragma con espermicida	84 %	Debe colocarse antes del coito y dejarse 6 h después
Espermicidas	72 %	Poca eficacia si se usan solos
Capuchón cervical	77–83 %	Menor protección en multíparas

Métodos Naturales y Permanentes

Métodos naturales

Método	Mecanismo	Limitaciones
Método del ritmo	Evitar relaciones durante días fértiles	Necesita ciclos regulares
Temperatura basal	Identifica ovulación por aumento térmico	Precisión limitada
Método del moco cervical (Billings)	Observación del moco fértil	Requiere instrucción y adherencia
Coito interrumpido	Retiro antes de la eyaculación	Alta tasa de fallas

Eficacia promedio <75 %.

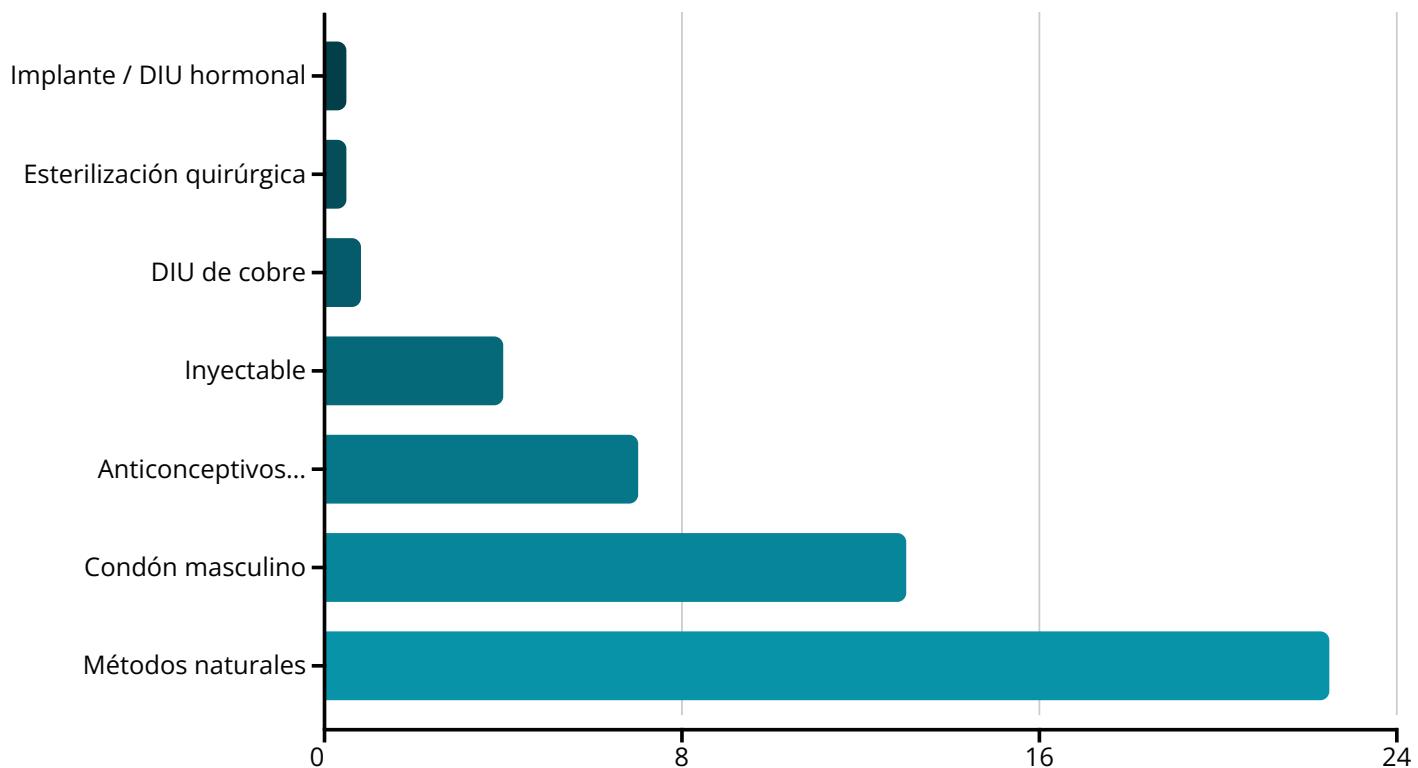
Métodos permanentes

Esterilización femenina: Ligadura tubárica (Pomeroy, Filshie, laparoscópica): oclusión tubaria definitiva. Eficacia >99 %. Riesgo operatorio bajo.

Esterilización masculina (vasectomía): Seccionamiento de los conductos deferentes. Más simple, ambulatoria, alta eficacia y baja tasa de complicaciones.

Eficacia de los Métodos (Índice de Pearl)

Índice de Pearl: número de embarazos por 100 mujeres/año de uso.



Los métodos de larga duración (DIU, implante) son los más eficaces y con mejor adherencia.

Efectos No Contraceptivos y Efectos Adversos

Efectos no contraceptivos positivos (según Williams)

Reducción del riesgo de:

- Cáncer de ovario y endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Disfunciones menstruales (dismenorrea, menorragia).

Tratamiento coadyuvante en:

- Endometriosis.
- SOP.
- Acné y seborrea.

Efectos adversos generales

Tipo	Manifestaciones
Menores	Náuseas, cefalea, tensión mamaria, sangrado intermenstrual
Graves (raras)	Trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular
Hormonales	Alteraciones del estado de ánimo, libido o peso
Locales (DIU)	Dolor pélvico, sangrado irregular, expulsión

Criterios de Elección, Consejería y Anticoncepción de Emergencia

Criterios de elección

El Williams recomienda seleccionar el método considerando:

- Edad y deseos reproductivos.
- Comorbilidades (cardiovasculares, metabólicas, hepáticas).
- Factores de riesgo de ITS.
- Lactancia (preferir métodos solo con progestina).
- Adherencia esperada.

Consejería anticonceptiva

Debe incluir:

- Explicación clara del mecanismo, eficacia y efectos secundarios.
- Detección de contraindicaciones médicas.
- Participación activa de la paciente en la elección.
- Seguimiento clínico inicial y a los 3–6 meses.

La consejería adecuada mejora la adherencia y reduce las discontinuaciones prematuras.

Anticoncepción de emergencia

Método	Componente	Tiempo máximo	Eficacia (%)
Levonorgestrel	1,5 mg VO dosis única	Hasta 72 h	85
Ulipristal acetato	30 mg VO	Hasta 120 h	90–95
DIU de cobre	—	Hasta 5 días	>99

Mecanismo: inhibición o retraso de la ovulación y alteración del endometrio.

La anticoncepción de emergencia debe indicarse lo antes posible tras una relación sin protección.



Referencia: Williams Ginecología. 4.^a edición. McGraw-Hill; 2020.