



Mites i idees errònies en anticoncepció

- 10 de desembre del 2010 a les 19.30 h
- Sala d'actes de La Llacuna Centre Cultural, Andorra la Vella



Camil Castelo-Branco

Professor titular d'obstetrícia i ginecologia a la Universitat de Barcelona, consultor sènior i director de la unitat d'Endocrinologia Ginecològica a l'hospital Clínic de Barcelona

▲ **Curriculum**

El doctor Camil Castelo-Branco és professor titular d'obstetrícia i ginecologia a la Universitat de Barcelona amb exempció per optar a càtedra des del 2001. Es va llicenciar a la Universitat de Barcelona el 1985 i va completar la seva residència en obstetrícia i ginecologia a l'Hospital Clínic de Barcelona durant el període 1986-1989.

Després de finalitzar el període de residència de l'especialitat, el doctor Castelo-Branco va realitzar una estada d'investigació clínica sobre menopausa i endocrinologia ginecològica a l'Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia de l'Hospital Clínic. Al llarg de la carrera, el doctor Castelo-Branco ha ocupat diverses places docents, incloses les de professor col·laborador, associat i, actualment, titular en el departament de Ginecologia i Obstetrícia de la Universitat de Barcelona. Actualment treballa a l'Hospital Clínic de Barcelona com a consultor sènior (màxima categoria en el sistema de promoció professional de l'Hospital Clínic) i com a director de la unitat d'Endocrinologia Ginecològica. El doctor Castelo-Branco també està interessat en la direcció clínica i en els processos de gestió dels serveis de salut i hospitals, i va fer el màster sobre gestió hospitalària i serveis sanitaris per la Universitat de Barcelona el 2006.

Llocs professionals i científics:

- Societats: Membre de la junta executiva de la International Menopause Society (IMS). Membre de la junta executiva de l'Associació Espanyola per a l'Estudi de la Menopausa (AEEM). Membre fundador de l'AEEM. President i fundador del Grup d'Osteoporosi de la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia. Membre honorari de diverses societats de ginecologia i obstetrícia, de menopausa i fertilitat, entre les quals s'inclouen les de Portugal, Colòmbia, Argentina, Perú i Galícia.

Membre de diverses societats científiques relacionades amb la menopausa i l'endocrinologia ginecològica, entre les quals s'inclouen la Societat Internacional de Menopausa (candidat a la junta executiva 2008-2012), AEEM, SEGO i la Societat Nord-americana de Menopausa (NAMS).

- Recerca: investigador principal de cinc beques FIS (Fons d'Investigacions Sanitàries). Revisor de projectes del FIS. Director, investigador principal i investigador de múltiples projectes mèdics d'investigació (d'aquests, 38 subvencionats per companyies privades i la indústria, i 14, per institucions certificades, com ara universitats, hospitals, seccions governamentals i institucions). Membre de l'Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer (Idibaps). Reconeixement, i investigador autoritzat per la Universitat de Barcelona i la Generalitat de Catalunya per a l'experimentació animal.

• Comitès científics: director i organitzador de múltiples reunions, cursos i congressos nacionals i internacionals, entre els quals s'inclouen el XII Congrés Mundial de la Societat Internacional de Menopausa.

Editor, membre del consell de redacció i/o consultor revisor de més de trenta revistes mèdiques sotmeses a revisió per pares i indexades. Director d'oficina de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica.

Membre del consell de redacció de Climacteric (revista oficial de la Societat Internacional de Menopausa).

• Àrees de recerca: endocrinologia ginecològica i medicina de la reproducció, en particular, les malalties metabòliques durant el climateri i les edats reproductives. Més de 230 articles originals i revisions en revistes nacionals i internacionals indexades (70% en revistes del primer i segon quartil, factor d'impacte >220) i més de 260 conferències en reunions científiques nacionals i internacionals. El doctor Castelo-Branco és autor de més de 120 llibres i/o capítols del llibre relacionats amb l'especialitat.

Nota: aquesta conferència va ser impartida pel Dr. Camil Castelo-Branco; el text que publiquem ha estat elaborat conjuntament amb la Dra. Anna Peguero i Yus, resident en Obstetrícia i Ginecologia a l'hospital Clínic de Barcelona. Nascuda el 10 d'octubre del 1985 a Barcelona, i llicenciada en medicina i cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona.

Segons el diccionari de Maria Moliner dins del terme *mite* s'inclouen diverses acceptacions, entre les quals, les llegendes simbòliques en què els personatges representen forces de la naturalesa o aspectes de la condició humana, o bé és la representació deformada o idealitzada d'alguna persona o alguna cosa que es forja en la consciència col·lectiva, i també les coses inventades per alguna persona que intenta fer-les passar com a veritat. En discutir sobre mites de l'anticoncepció ens fixarem sobretot en aquesta última acceptació.

Tot i la informació existent, avui en dia encara hi ha moltes idees errònies i mites relacionats amb l'anticoncepció. Això condiciona l'ús de l'anticoncepció i augmenta el risc d'embaràs no desitjat.

Actualment els joves reben la informació sobre anticonceptius fonamentalment del seu entorn, i a vegades aquestes idees errònies les transmeten els professionals sanitaris. És necessària una major aplicació de les recomanacions científiques publicades per a un ús adequat dels anticonceptius.

Hi ha molta feina a fer tant en el camp dels mètodes anticonceptius com en la funció reproductiva de l'espècie humana.

Cal una educació sexual adequada per als joves i, en aquest àmbit, els metges hem de ser proactius.

IDEAS ERRÓNEAS

elmundo.es SALUD

ESPAÑA | MUNDO | ECONOMÍA | CULTURA | CIENCIA | TECNOLOGÍA | DEPORTES | SALUD | COMUNICACIÓN | TV | MADRID | SCN | EIV | CVA | CTE | más secciones | Fotos | Videos | Gráficos

BUSCAR | en el mundo.es | en Salud | Hemeroteca | Versión texto | Personalizar | RSS | Haga clic en el mundo.es su página de inicio

CÁNCER | SIDA Y HEPATITIS | NEUROCIENCIA | INMUN | BIOCIENCIA | CORAZÓN Y DIABETES | TECNOLOGÍA | NUTRICIÓN | CÓDIGO SALUD | PIEL SANA | PSIQUIATRÍA INFANTIL

Portada | Salud | Mujer | Dudas y preguntas

patrocinado por **MSD** El laboratorio de la medicina más grande del mundo

EN VIVO Liga ACB: Real Madrid - Fuenlabrada

RELACIÓN SIN RIESGO

¿Puedo descartar un embarazo?

Actualizado lunes 30/11/2009 20:19 (CET)

PREGUNTA.- Hace un mes y medio tuve relaciones con mi novio. En realidad, sólo me froto durante unos segundos con el bóxer puesto y yo estaba desnuda. El problema es que el bóxer tenía algo de semen porque él había eyaculado hacía unos tres minutos. Por ese motivo decidí tomar la píldora del día después a la hora de la "relación" (nunca hubo penetración, sólo unos roces de segundos yo desnuda y él con bóxer). Hoy ya me han llegado los dos periodos menstruales, el primero, dos días antes de la fecha esperada (suele sucederme), es decir, a los 15 días de la relación, y el siguiente periodo me llegó ayer, es decir, a los 27 días de mi última regla. (Debo dar por descartado un embarazo definitivamente? Pregunto, porque lei algo sobre cierto pequeño grupo de mujeres que menstrúa embarazada.



IDEAS ERRÓNEAS

Escuela • Salud • Sexo • Dudas y respuestas

UNA PREGUNTILLA

Pisó un condón usado, ¿estaré embarazada?

Publicado el 11/09/2014 14:23 (UTC)

PREGUNTA: - Sé que me preguntó con cara descabellada, pero es una duda que me da vueltas en la cabeza y quiero evacuarla. Estoy embarazada de 3-4 semanas y no pregunto tema que ver con que en la semana en la que creo haber ovulado pisé un preservativo usado en la calle, lo cual me produjo una sensación bastante desagradable. Mi pregunta inclina es si existe alguna posibilidad de que esos espermatozoides pudiesen de alguna manera fecundar a una persona (no llegando por ellos mismos, sino por contaminación de ropa interior, manos, etc., que hayan estado en contacto con la suela de los zapatos).



Domingo 17 de Enero de 2010



Mitos sobre...



Bienvenida

La carpeta

Lo que necesitas saber sobre...

Preguntas y mitos

Mitos

Preguntas Frecuentes

Ocio

Consejos e info de interés

Link para más info

Donde acudir

Download



Infórmate sobre sexualidad y anticoncepción

... la sexualidad • ... la respuesta sexual humana • ... los métodos anticonceptivos • ... la píldora anticonceptiva • ... las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA • ... la regla

... los métodos anticonceptivos

Mito (M): "La marcha atrás es un buen método anticonceptivo"

Realidad (R): La marcha atrás también conocida como "coitus interruptus", es un método anticonceptivo muy poco eficaz y con alto riesgo de embarazo debido a que la salida de esperma no solo se produce durante la eyacuación sino que se produce, aunque en menor cantidad, durante toda la relación sexual. Además, es un método poco satisfactorio para el chico y puede tener consecuencias sobre su salud a largo plazo.

Mito (M): "El condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito"

Realidad (R): Hoy en día existen preservativos muy finos con un diseño anatómico que se adapta al pene y apenas se nota, permitiendo disfrutar de la relación. Existen muchos modelos con sabores, texturas y formas diferentes, que además de mejorar la sensibilidad aportan algo de fantasía a las relaciones.

Mito (M): "Los métodos naturales (calendario, temperatura basal, moco cervical...) son muy eficaces"

Realidad (R): Estos métodos poseen un bajo margen de eficacia por la dificultad de un control adecuado en su uso.

Resolución optima 1024 x 768 | Todos los derechos reservados | Aviso Legal

1. Mites sobre mètodes de barrera Els preservatius són poc eficaços?

Els preservatius són efectius i eviten el contagi de malalties sexuals. S'han fet estudis comparatius de la seva efectivitat segons l'ús típic, que fa normalment l'usuari, i l'ús perfecte. Com podem veure en la següent figura l'ús habitual dóna més fallades que l'ús perfecte.

Hi ha al·lèrgies al làtex?

L'al·lèrgia al làtex és menys freqüent

del que habitualment s'al·lega per no usar preservatiu. En qualsevol cas, existeixen preservatius de poliuretà que no contenen làtex per a aquelles persones que realment són al·lèrgiques al làtex.

Tabla 1. Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso y porcentaje que continúa el uso del método al final del primer año, Estados Unidos de Norteamérica

Método (1)	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año ³
	Uso típico ¹ (2)	Uso perfecto ² (3)	
Condón ⁴			
Femenino	21	5	49
Masculino	15	2	53

Es trenquen amb facilitat?

Durant el procés d'elaboració passen uns controls de qualitat rigorosos. El trencament es produeix en menys del 2% dels preservatius utilitzats correctament.

De totes maneres es recomana no utilitzar lubricants amb base oliosa, no utilitzar doble preservatiu i no reutilitzar-lo.

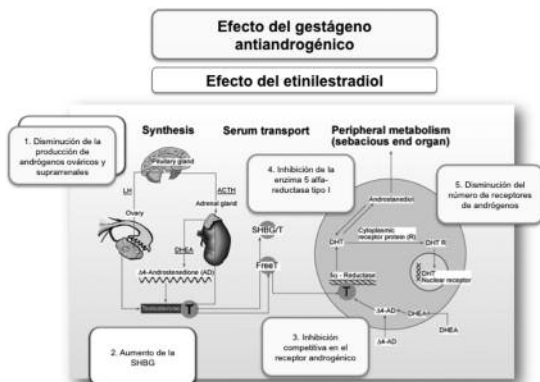
2. Mites sobre l'anticoncepció hormonal

És freqüent l'augment de pes?

S'ha demostrat que no hi ha un augment de pes significatiu en pacients usuàries d'anticoncepció hormonal (ACH).

Augmenta l'aparició de pèl?

Les primeres pastilles, als anys 60, eren molt androgèniques; en canvi els anticonceptius actuals tenen una clara acció antiandrogènica; per tant redueixen l'hirsutisme. Els diferents mecanismes pels quals fan aquesta acció es resumeixen en el gràfic següent.



Afavoreixen l'aparició d'acne?

No s'ha demostrat cap associació estadísticament significativa entre l'ús d'anticoncepció hormonal combinada i l'aparició d'acne.

És més freqüent l'aparició de micosis?

La presa d'ACH induïx modificacions del pH vaginal i això podria afavorir l'aparició de micosis vaginales. De totes maneres no s'ha demostrat que la utilització d'anticoncepció hormonal induïxi una major freqüència de micosis vaginales.

Produeixen alteracions en la fertilitat posterior?

Aquest concepte és erroni, no s'ha evidenciat que l'ús de l'anticoncepció hormonal, tant a curt com a llarg termini, produeixi esterilitat.

Existeix un "efecte rebot" o un risc d'ovulació múltiple després de la seva suspensió?

En una dona que ovula normalment abans del tractament amb anticonceptius orals la seva suspensió se seguirà d'una ovulació normal des del primer cicle; tot i que a vegades hi pot haver un retard d'alguns dies en l'aparició de la primera ovulació. Però no s'han observat ovulacions múltiples després de suspendre un anticonceptiu oral.

S'ha d'esperar perquè sigui efectiva?

En pacients amb cicles ovulatoris regulars si es pren el primer dia del cicle ja és segura.

Produeixen malformacions fetals?

Només seria veritat en el cas d'un antiandrogen pur com l'acetat de ciproterona.

Produeixen càncer?

Les dades actuals no suggereixen un increment del risc de càncer en les usuàries d'anticoncepció hormonal combinada.

S'ha demostrat un efecte protector sobre el càncer d'ovari i d'endometri en aquestes pacients.

Pel que fa al càncer de mama, el risc d'aparició de càncer de mama atribuïble a l'ús d'ACH és nul o molt petit i es limita a l'ús actual o recent.

Les dades del Colaborative Group que analitzen 54 estudis aleatoritzats sobre anticoncepció hormonal i càncer de mama conclouen que hi ha un molt discret augment de risc en les usuàries de menys de 40 anys que varen iniciar la presa abans dels 20 i que els han utilitzat ininterrompudament durant més d'1 any (RR: 1,24), però que aquest risc desapareix en interrompre'n l'ús. A més a més, publicacions més recents com les del Royal College of General Practitioners sobre anticoncepció hormonal, publicat al *British Medical Journal*, on es recullen dades de més de 339.000 dones (744.000 dones/any) sembla que no relacionen el risc de càncer de mama amb els contraceptius hormonals.

Quant al càncer de cèrvix, sembla que hi ha un augment de risc de càncer invasor i de neoplàsia intraepitelial cervical. Però aquest augment de risc s'ha evidenciat només en dones amb infecció persistent pel virus del papil·loma humà. A més a més és incert si el risc augmentat reflecteix una relació biològica o és atribuïble a altres factors com les diferències d'estils de vida entre les usuàries de mètodes anticonceptius (nombre de parelles sexuals, tabac...)

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL	
Produce cáncer	
Cáncer	Riesgo relativo (intervalo de confianza [IC] del 95%)
Cérvix	6,1 (2,5-17,9)*
Cuerpo uterino	0,1 (0,0-0,4)*
Ovario	0,3 (0,1-0,5)*
Todas las localizaciones	0,7 (0,5-0,8)†

* Comparación para >97 meses de uso frente al no uso

† Comparación ajustada a la edad de usuarias frente a las nunca usuarias

Vessey, Painter, Br J Cancer. 2006; 95: 385-389

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL



Base: 378 mujeres, usuarias de píldora VI Encuesta Grupo DAPHNE

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL



Base: usuarias actuales de la píldora que realizan algún tipo de descanso, 140 mujeres VI Encuesta Grupo DAPHNE

És necessari fer períodes de descans?

L'evidència científica disponible no justifica la realització de períodes de descans durant la presa d'anticonceptius hormonals. Els períodes de suspensió només contribueixen a gestacions no desitjades. Tot i això, segons l'enquesta Daphne (2007) es mantenen els descansos injustificats, el 40% de les usuàries realitzen períodes de descans i el 60% els fan per indicació mèdica.

No es poden utilitzar a partir dels 35-40 anys?

En aquesta franja d'edat no només no estan contraindicats, sinó que a més a més poden ser

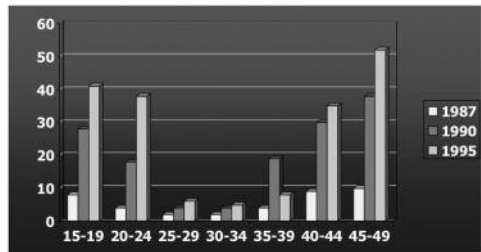
especialment útils en el tractament de símptomes i patologies ginecològics.

A aquestes edats torna a despuntar la incidència dels avortaments i interrupcions legals de la gestació. És especialment important proveir les dones en la perimenopausa d'una anticoncepció especialment eficaç.

Però a més són freqüents també les consultes per simptomatologia vasomotora tot i encara conservar els períodes i l'aparició de trastorns hemorràgics del cicle com ara hipermenorrees tant de causa funcional, cicles anovulatoris, com orgànica (miomes, adenomiosi, alteracions endometrials...). Són edats a les quals també té lloc l'inici de la pèrdua de massa òssia lligada al dèficit estrogènic. Per tant cal donar resposta a múltiples situacions.

En la taula següent es relacionen les necessitats anticonceptives i de salut de les dones en la perimenopausa i els diferents mètodes anticonceptius:

IVE: porcentaje de abortos del total de embarazos



Margarita Delgado, 1998

Condició	Natural	Barra	DIU Cu	DIU LNG	ACS	Gestàgens	quirúrgics
Alta eficàcia	-	+	++	+++	+++	+++	+++
Tractar símptomes	-	-	-	+	+++	+	-
Prevenició Osteoporosi	-	-	-	-	++	-	-
Tractament patologia ginecològica	-	-	-	+++	++	+++	-

3. Mites sobre l'anticoncepció d'urgència

Són una bomba hormonal?

L'anticoncepció d'urgència és segura i dins de les classificacions de l'OMS sobre el risc del seu ús es considera segura:

Té molts efectes secundaris?

Actualment els efectes secundaris més freqüents després de la utilització d'anticoncepció d'urgència són nàusees, sensació distèrmica i *spotting*.

És abortiva i teratògena?

L'anticoncepció d'urgència no és teratògena ni provoca avortaments.

El que fa és retardar l'ovulació cinc dies, per tant no tindria eficàcia si ja s'ha ovulat o ja s'està embarassada. També probablement actua impedit que l'espermatozou es trobi amb òvuls, ja que afecta el moc cervical fent-lo més espès.

La millor accessibilitat fomenta i promou les actituds sexuals de risc?

Existeixen nombrosos estudis que demostren que no produeix un risc més gran quan es facilita l'accés a l'anticoncepció d'urgència. Per exemple:

Raine, T. R.; Harper, C.; Rocca, C. H. "Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial." *JAMA*. 2005; 293(1): 54-62.

Harper, C.; Weiss, D.; Speidel, J.; Raine-Bennett, T. *Contraception*. 2008; 77: 230-233 (disponible a <http://crrhp.ucsf.edu>).

Polis, C. B.; Schaffer, K.; Blanchard, K.; Glasier, A.; Harper, C., Grimes, D. A. "Advance provision of

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE) (incluidas las píldoras anti-conceptivas de levonorgestrel y las píldoras anticonceptivas orales combinadas)		Las PAE no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
CONDICIÓN	CATEGORÍA	ACLARACIONES/EVIDENCIA
EMBARAZO	NA	Aclaración : Las PAE no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
LACTANCIA MATERNA	1	
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	
HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES GRAVES* (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular, u otros trastornos tromboembólicos)	2	
ANGINA DE PECHO*	2	
MIGRAÑA*	2	
ENFERMEDAD HEPÁTICA GRAVE (incluso ictericia)	2	
USO REPETIDO DE LAS PAE	1	Aclaración : El uso recurrente de las PAE es una indicación de que la mujer requiere más asesoramiento sobre otras opciones de anticonceptivos. La repetición frecuente de las PAE puede ser dañina para mujeres con condiciones clasificadas como 2, 3 o 4 para el uso de AOC, AIC o APS.
VIOLACIÓN*	1	

* Comentarios adicionales

HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES GRAVES

La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

ANGINA DE PECHO

La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

MIGRAÑA

La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

Píldoras anticonceptivas de emergencia - **Página 1**

emergency contraception for pregnancy prevention (Review).“ *The Cochrane Library* 2009, Issue 2. ***Alteren l'ús de mètodes anticonceptius habituals?***

Si analitzem les actituds de persones usuàries d'anticonceptius d'urgència podem veure que en el 71% dels casos no varien les seves pràctiques anticonceptives habituals, el 8% disminueixen l'efectivitat del seu mètode anticonceptiu i el 20% augmenten l'efectivitat del seu mètode anticonceptiu.

4. Mites sobre anticoncepció intrauterina

Produeixen infeccions?

El major risc d'infecció està relacionat amb la inserció.

La majoria d'infeccions en pacients portadores del dispositiu intrauterí (DIU) són per gonococ i clamídia; i el risc és igual al de les dones no usuàries.

És necessari administrar antibiòtics després de la inserció?

El risc d'infecció pèlvica inflamatòria després de la inserció d'un DIU és petit, i s'ha demostrat que no es redueix de manera significativa mitjançant l'administració d'antibiòtics profilàctics.

Augmenta el risc de gestació ectòpica?

El risc de gestació ectòpica en pacients portadores del DIU és baix si es compara amb el d'una dona no usuària d'anticoncepció; i cal considerar que l'antecedent de gestació ectòpica no contraindica l'ús del DIU.

S'ha d'inserir durant la menstruació?

La col·locació del DIU es pot realitzar en qualsevol moment del cicle menstrual si sabem que la pacient no està gestant. La inserció durant la menstruació és per assegurar que la pacient no està gestant en el moment de la col·locació del DIU.

No el poden utilitzar les dones nul·líparas?

La nul·liparitat no impedeix l'ús d'un DIU.

5. Mites sobre l'anticoncepció quirúrgica

És el mètode anticonceptiu més eficaç?

No és veritat, té un percentatge de fallades molt més alt que els implants.

És fàcilment reversible?

Aquest concepte és erroni. Si es desitja gestació cal recórrer a tècniques de reproducció assistida.

La vasectomia influeix en la potència sexual, és dolorosa i produeix càncer de pròstata?

La vasectomia no altera la potència sexual, el postoperatori és ràpid i no es correlaciona amb la neoplàsia prostàtica.

Conclusions

Tot i que hi ha molta informació, encara són presents moltes idees errònies relacionades amb la contracepció que condicionen l'ús dels anticonceptius i augmenten el risc de gestacions no desitjades.

Avui en dia el jovent encara rep la informació sobre contracepció majoritàriament del seu entorn.

De voltes les idees errònies les transmetem els professionals de la salut.

Cal una més gran aplicació de les recomanacions científiques per a un ús adient dels contraceptius.

Cal una educació sexual adient per al jovent.

