



Métodos Anticonceptivos

Sexualidad Humana – Dr. Ricardo Acuña



**27 DE NOVIEMBRE DE 2020
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Oscar Adalberto Zebadua Lopez**

Anticonceptivos hormonales.

Sus presentaciones son: píldoras, inyecciones, parches transdérmicos, implantes y anillos transvaginales.

- Anticonceptivos con estrógenos y progestágenos: Los anticonceptivos orales combinados constituyen el método anticonceptivo hormonal utilizado con más frecuencia. Están combinados de un estrógeno + progestágeno, se toma diariamente durante tres semanas y luego se interrumpe durante una semana, durante la cual se genera una hemorragia uterina por supresión. Actualmente existen dos productos de ciclo extendido uno con levonorgestrel/etinilestradiol y otro sólo con estradiol.

Previenen la ovulación al suprimir los factores hipotalámicos liberadores de gonadotropinas, evita la secreción hipofisaria FSH y LH. Los estrógenos suprimen la liberación de la FSH y estabilizan al endometrio evitando una metrorragia. Los progestágenos inhiben la ovulación al suprimir a la LH, aumentan la viscosidad del moco cervicouterino impidiendo el paso de espermatozoides y convierten al endometrio en un medio poco favorable para la implantación.

Los progestágenos que se utilizan en la actualidad se derivan de la 19-nortestosterona.

Los COC contienen menos cantidad de estrógenos y progestágenos. El contenido estrogénico diario varía de 20 a 50 µg de etinilestradiol y la mayor parte de las píldoras contiene 35 µg o menos. La cantidad de progestágeno varía de dos formas:

- 1) La dosis del progestágeno permanece constante durante el ciclo (píldoras monofásicas).
- 2) El progestágeno (y en algunos los estrógenos) varía durante el ciclo (píldoras bifásicas y trifásicas).

Píldoras fásicas: Reducir la cantidad de progestágeno total por ciclo sin sacrificar la eficacia anticonceptiva ni la regulación del ciclo. La reducción se logra comenzando con una dosis reducida de un progestágeno que se aumenta más tarde en el ciclo anticonceptivo.

Interacciones farmacológicas: Algunos medicamentos reducen la eficacia anticonceptiva de los COC. Muchos antirretrovíricos reducen la eficacia anticonceptiva, de manera que se recomienda combinarlos con algún método de barrera.

Efectos adversos posibles.

Se eleva la concentración plasmática total de tiroxina y de proteínas transportadoras de hormonas tiroideas. La concentración plasmática de cortisol se eleva al igual que la de transcortina.

Lípidos y lipoproteínas: Aumentan la concentración sérica de triglicéridos y colesterol total. Los estrógenos reducen la concentración de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y elevan a las lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Metabolismo de los carbohidratos: Los anticonceptivos orales combinados se pueden utilizar en mujeres con diabetes no complicada con problemas vasculares.

Metabolismo de las proteínas: Los estrógenos aumentan la producción hepática de varias globulinas. El fibrinógeno y probablemente los factores II, VII, IX, X, XII y XIII aumentan de manera directamente proporcional con la dosis de estrógenos.

Hepatopatías: La colestasis y la ictericia colestásica. Neoplasias: Los esteroides sexuales femeninos tienen un efecto estimulante.

Cáncer hepático: Los anticonceptivos se relacionaban con la hiperplasia nodular focal hepática y el adenoma hepático benigno.

Cáncer cervicouterino: Hay cierto riesgo de displasia cervicouterina y el uso de anticonceptivos orales; e incrementa el riesgo de cáncer cervicouterino después de cinco años de uso.

Cáncer de mama: No se sabe si los anticonceptivos orales contribuyen al cáncer de mama.

Nutrición: Hay menor concentración plasmática de ácido ascórbico, ácido fólico, vitamina B6 (piridoxina), vitamina B12, niacina, riboflavina y cinc.

Trombosis y embolia: El riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar es mayor en las mujeres que utilizan anticonceptivos orales, este riesgo es mayor con los parches transdérmicos que con los COC. Las que tienen mayor peligro de padecer trombosis venosa y embolias son aquellas con alguna trombofilia. Otros factores que aumentan el riesgo son la hipertensión, obesidad, diabetes, tabaquismo y un estilo de vida sedentario.

Apoplejía: La apoplejía isquémica y hemorrágica es rara en las mujeres menores de 35 años de edad que no fuman. Las mujeres que reciben COC y padecen de migraña con aura tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor de padecer apoplejía que las no usuarias.

Hipertensión: El aumento al angiotensinógeno plasmático, supuestamente como respuesta a los estrógenos. La aparición de hipertensión gestacional, incluso de preeclampsia, no influye el uso ulterior de COC.

Infarto del miocardio: Es importante reconocer que el tabaquismo constituye un factor de riesgo independiente de infarto del miocardio y que el tabaquismo y los anticonceptivos orales actúan en forma sinérgica elevando este riesgo, en especial después de los 35 años.

Lactancia: Los anticonceptivos orales sólo con progestágenos tienen muy pocos efectos sobre la lactancia y se prefieren durante seis meses en las mujeres que alimentan a sus hijos sólo con leche materna. Las que lactan en forma intermitente pueden utilizar algún anticonceptivo más eficaz desde tres semanas después del parto.

Contraindicaciones.

En el embarazo suele ser más peligroso que los anticonceptivos orales, no existe contraindicación absoluta a ellos. Se debe recordar que la mayor parte de las listas que prohíbe el uso de COC en mujeres con alguna enfermedad crónica.

- Administración transdérmica: El parche con anticonceptivos combinados se aplica en la región de las nalgas, cara externa del brazo, porción inferior del abdomen o porción superior del torso pero evitando las mamas.
- Administración transvaginal: En el centro contiene etinilestradiol y el progestágeno etonogestrel, que son liberados a una velocidad de 15 y 120 µg por día, respectivamente.

Anticonceptivos progestacionales:

- Progestágenos orales: Las píldoras con progestágenos, también conocidas como minipíldoras, se toman diariamente. A diferencia de los COC, no inhiben en forma confiable la ovulación.
 - a) Beneficios: Las píldoras con progestágenos tienen efectos mínimos sobre el metabolismo de los carbohidratos y la coagulación y no generan ni exacerbaban hipertensión. Son ideales para algunas mujeres que tienen mayor riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares.
 - b) Desventajas: La desventaja principal de las píldoras con progestágenos es la falla anticonceptiva. Existiendo también un aumento relativo en la proporción de embarazos ectópicos, hemorragia uterina irregular.

Contraindicaciones:

Están contraindicadas en mujeres con hemorragia uterina inexplicable o cáncer mamario. Anticonceptivos progestágenos inyectables: Se ha utilizado el acetato de medroxiprogesterona de liberación lenta y el enantato de noretindrona. Inhiben la ovulación, aumentan la viscosidad del moco cervicouterino y estimulan un endometrio poco favorable para la implantación del óvulo.

- Ventajas y desventajas:

Los progestágenos inyectables poseen eficacia anticonceptiva similar o mejor que la de los COC, su acción es más prolongada y no alteran la lactancia. Las principales desventajas de los progestágenos de liberación lenta son las hemorragias menstruales irregulares y la anovulación prolongada cuando se suspenden, retrasando la reanudación de la fertilidad.

- Implantes de progestágenos: Se administra a través de un dispositivo subdérmico que contiene el fármaco y está recubierto con un compuesto para prevenir la fibrosis.

Anticoncepción De Urgencia.

Para mujeres después de tener relaciones sexuales sin protección y en algunos casos por violación.

- Combinaciones de estrógenos y progestágenos: Estas tabletas se deben tomar dentro de las 72 horas posteriores al coito, seguidas 12 horas después de una segunda dosis.
- Progestágenos: El Plan B consta de dos tabletas con 0.75 mg de levonorgestrel cada una. La primera dosis se toma en las siguientes 72 horas después del coito sin protección y la segunda dosis 12 horas después.
- Mecanismo de acción: El mecanismo de acción más importante es la inhibición o el retraso de la ovulación. Se han sugerido otros mecanismos como ciertas alteraciones del endometrio que evitan la implantación, la penetración espermática y la motilidad tubaria.

Dispositivos intrauterinos con cobre: (DIU) con cobre como único método de anticoncepción poscoital.

Mifepristona (RU 486) y epostano: Deben ser ideales como anticonceptivos poscoitales, ya sea al bloquear la producción de progesterona (epostano) o interferir con su acción (mifepristona).

Métodos Anticonceptivos Mecánicos.

Dispositivo intrauterino:

- a) Tanto los DIU con cobre o levonorgestrel, se deben cambiar cada diez y cinco años.
- b) Las principales acciones de los DIU son anticonceptivas y no abortivas.
- c) El riesgo de padecer infecciones pélvicas disminuye de modo considerable.
- d) Riesgo de un embarazo ectópico.
- e) La responsabilidad legal es menor.

Métodos de barrera.

- Condón masculino: La mayor parte de los condones se elabora con látex. Si se utiliza en forma correcta, ofrece protección considerable más no absoluta contra un gran espectro de enfermedades de transmisión sexual como Chlamydia, virus del herpes, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), gonorrea, sífilis y tricomonosis.

También previene y reduce los cambios cervicouterinos premalignos, quizá al bloquear la transmisión del virus del papiloma se subrayan los siguientes pasos clave para asegurar una eficacia máxima:

1. Se debe usar en cada coito.
2. Se coloca antes de que el pene tenga contacto con la vagina.
3. Se retira mientras el pene se encuentra erecto.
4. Al retirarlo se sostiene la base del condón.
5. Se debe utilizar ya sea un espermicida intravaginal o un condón lubricado con espermicida.

- Condón femenino (capuchón vaginal): Este dispositivo evita el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

- Espermicidas y microbicidas: Se presentan en forma de cremas, jaleas, óvulos, películas y espuma en contenedores de aerosol.

- Diafragma y espermicidas: Es muy efectivo si se combina con alguna jalea espermicida. El diafragma se acompaña de una menor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual que el condón.
- Capuchón cervicouterino: Dispositivo flexible con forma de copa, elaborado con hule natural y que se coloca alrededor de la base del cuello uterino. Se debe combinar con un espermicida.
- Escudo de Lea: Se trata de una barrera lavable y reutilizable elaborada con silicón que se coloca en contacto con el cuello uterino, protege contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

Métodos Basados En La Ovulación.

Se deben identificar los días fértiles del ciclo menstrual. De esta manera la pareja evita el coito o utiliza algún método de barrera durante esos días. Método tradicional: Se basa en ciclos menstruales regulares de 26 a 32 días durante los cuales las usuarias evitan el coito sin protección durante los días 8 a 19 del ciclo.

- Abstinencia periódica o rítmica: Es probable que el óvulo humano se pueda fertilizar únicamente durante 12 a 24 horas después de la ovulación y el espermatozoide vive hasta seis días en el aparato reproductor.
- Método del calendario: Por lo general la ovulación ocurre alrededor de 14 días antes del inicio del siguiente periodo menstrual y, por desgracia, no necesariamente 14 días después del inicio del último periodo menstrual.
- Método de la temperatura: Este método se basa en cambios ligeros (una elevación sostenida de 17.5°C) de la temperatura corporal basal matutina que suele ocurrir poco antes de la ovulación.
- Método del moco cervicouterino: O método de Billings se basa en la “sequedad” y “humedad” vaginal.
- Método sintomático térmico: Combina los cambios en el moco cervicouterino al comienzo del periodo fértil, cambios en la temperatura corporal basal durante el periodo fértil, y el cálculo del día del ciclo para definir el momento de la ovulación.

Consideraciones Especiales Para La Anticoncepción.

Dos razones por las que las adolescentes no buscan u obtienen algún anticonceptivo son el miedo a la invasión de su privacidad y la falta de dinero.

- Anticonceptivos orales combinados: Son opciones excelentes para este grupo de edad puesto que ofrecen una anticoncepción efectiva, aumentan la densidad ósea y se pueden utilizar para mejorar el acné y corregir las irregularidades menstruales.
- Métodos de acción prolongada: La medroxiprogesterona inyectable, puede considerarse como método “de uso y olvido” durante tres meses. Sus desventajas son la necesidad de inyectarse cada tres meses, las irregularidades menstruales y la pérdida de masa ósea.
- Métodos anticonceptivos para mujeres mayores de 35 años de edad: La fertilidad empieza a disminuir alrededor de los 35 a 40 años, pero aún hay riesgo de un embarazo no planeado y de ETS.
- Técnicas de barrera y espermicidas: Se pueden utilizar como técnica primaria o auxiliar. Su eficacia mejora con la edad en las mujeres mayores de 40 años.
- Lactancia y anticoncepción: La lactancia no constituye un método confiable de planificación familiar para las mujeres con hijos que sólo se alimentan al seno materno durante el día.

Esterilización Femenina.

- Salpingoclasia: Se lleva a cabo por medio de la oclusión o corte de las trompas de Falopio para evitar que un óvulo no fertilizado pase a través de las trompas donde puede ser fertilizado por un espermatozoide. Indicaciones para la salpingoclasia: La solicitud del mismo con el conocimiento de que es un procedimiento permanente e irreversible.
- Salpingoclasia de intervalo (no puerperal): Ligadura y resección, la aplicación de algún tipo de anillo o grapa en la trompa de Falopio y electrocoagulación de un segmento de los oviductos.
- Métodos de oclusión tubaria: Son eficaces para prevenir el embarazo Índices de falla.

- Embarazo ectópico: Surgen después de una técnica fallida de electrocoagulación.
- Síndrome postsalpingoclasia: Frecuencia excesiva de menorragia y sangrado intermenstrual y como mayor frecuencia de irregularidades menstruales.
- Métodos químicos intratubarios: Cuando se inyecta silicón líquido por vía transcervical en las trompas, se forman tapones de silicón.
- Dispositivos intratubarios: El espiral externo se expande después de su colocación, permitiendo que la fibra también se expanda y, conforme crece tejido dentro de la fibra, la trompa de Falopio se obstruye.

Masculina:

- Vasectomía: Se realiza una incisión pequeña en el escroto y los conductos deferentes se seccionan para bloquear el paso de espermatozoides desde los testículos. Esta técnica se realiza con anestesia local en 21 minutos. Su desventaja es que la esterilidad no es inmediata.

Fuentes Bibliográficas.

Schorge, J., Schaffer, J. Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K. & Cunningham, G.. (2008). "Métodos anticonceptivos". En Williams GINECOLOGÍA(Pp. 105-132). Dallas, Texas: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V