

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: SEXUALIDAD HUMANA

“TERCER UNIDAD”

“CONTROL DE LA FERTILIDAD”

CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMUNO: LUIS FRANCISCO CHIVARDI
HERNANDEZ

EFICACIA CONTRACEPTIVA

Se acepta que la eficacia de los distintos métodos, de mayor a menor eficacia, es la siguiente:

1. La esterilización quirúrgica masculina (vasectomía) y femenina (bloqueo tubárico) son los métodos más eficaces, están en el mismo nivel que los modernos anticonceptivos hormonales.
2. El dispositivo intrauterino (DIU) es el siguiente en eficacia.
3. Le siguen el diafragma y el preservativo, con un nivel similar entre sí.
4. Algo menos eficaz es la esponja.
5. Menos eficaces se muestran los métodos naturales, como los del ritmo, la temperatura, etcétera, y por debajo de ellos, el coito interrumpido

MÉTODOS NATURALES

Ogino: se ha de tener en cuenta que la ovulación ocurre el día 14, y que el óvulo puede ser fecundado sólo durante 24-36 horas, se calcula el periodo fértil o de inseguridad en función de la duración del ciclo más largo y del más corto.

Lactancia materna: durante la lactancia, los niveles elevados de prolactina suprimen en un grado variable el eje hipotálamo-hipofisario, pero los niveles de PRL varían considerablemente y es imprevisible la duración de la amenorrea.

Coito interrumpido: es un método poco seguro. Sus inconvenientes son: existe capacidad fecundante del espermatozoide en vulva

Temperatura: el periodo de "seguridad" empieza la noche del tercer día hipertermia confirmada y finaliza con la llegada de la menstruación

MÉTODOS DE BARRERA

Preservativo masculino: el número de fallos de este método desciende considerablemente si se le asocian espermicidas. Es el método anticonceptivo de elección en el varón joven

Diafragma: es indispensable el empleo conjunto del mismo con una crema espermicida.

Espermicidas: el objetivo de los espermicidas es doble: el bloqueo mecánico del cuello y la destrucción de los espermatozoides. La máxima protección se obtiene aplicando conjuntamente el espermicida con un anticonceptivo de barrera tipo preservativo. Ofrecen una protección relativa frente a ETS.

Esponjas vaginales: se trata de discos cilíndricos que poseen espermicida.

Absorben el semen y destruyen los espermatozoides

MECANISMOS DE ACCIÓN

El dispositivo intrauterino (DIU) posee varios mecanismos de acción:

-Todos ellos provocan una reacción inflamatoria local a un cuerpo extraño que produce un aumento de la permeabilidad capilar, edema endometrial e incremento de los macrófagos.

-Los DIU liberadores de cobre ejercen una acción gameticida (sobre todo espermicida) lo que dificulta la fertilización.

-Los DIU liberadores de levonorgestrel (LNG) ejercen además un efecto sobre el endometrio, lo que lo hace hostil a la migración de los espermatozoides, por lo que dificulta la fertilización.

CONTRAINDICACIONES

No se recomienda insertar o continuar el uso del DIU en las siguientes situaciones: Embarazo confirmado o sospechado. Hemorragia genital sin filiar. Infecciones pélvicas agudas, recientes o recurrentes. Sangrado uterino anormal o tratamiento con anticoagulantes. En este caso no está contraindicado DIU-LNG. Distorsiones graves de la cavidad uterina o cervical, congénitas o adquiridas. Neoplasia genital. Endometritis posparto, aborto infectado. Enfermedad de Wilson (contraindicado DIU-Cu).

MOMENTO DE LA COLOCACIÓN

Durante la menstruación. Tras la primera regla después de un aborto precoz. Tras la segunda menstruación después de un parto, o al menos seis semanas posparto, o tras un aborto tardío.

EMBARAZO Y DIU

Ante un embarazo en una mujer portadora de DIU, es prioritario establecer si se trata de una gestación intrauterina o ectópica. Si se confirma que el embarazo es intrauterino, si el DIU no se extrae, existe un 50% de riesgo de aborto si bien no está descrito un aumento de malformaciones fetales ni de partos pretérmino.

EMBARAZO ECTÓPICO Y DIU

El DIU previene mejor el embarazo normal que el ectópico, por lo que la frecuencia relativa de este último aumenta. Además el DIU favorece la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), que es un factor de riesgo para el embarazo ectópico. La frecuencia de gestación ectópica crece con el tiempo de uso del DIU.

EIP Y DIU

El factor determinante de desarrollar EIP en las mujeres portadoras de DIU está directamente relacionado con las ETS. El riesgo atribuible al DIU se encuentra en relación con el proceso de inserción y aparece, sobre todo, en los tres primeros meses tras su colocación. Ante la sospecha de EIP, se deben hacer cultivos, iniciar el tratamiento empírico con antibióticos y extraer el DIU.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Se utilizan múltiples progestágenos en los diferentes preparados disponibles. Todos ellos se caracterizan por presentar una potente actividad antigonadotrófica (que les confiere la alta eficacia anticonceptiva), progestagénica y antiestrogénica. La diferencia entre ellos radica en la capacidad para interaccionar o no con receptores de andrógenos, glucocorticoides o mineralcorticoides, por lo que puede así presentar actividad glucocorticoidea, androgénica, antiandrogénica o antimineralcorticoidea. Se dispone de los siguientes progestágenos:

ACETATO DE CIPROTERONA:

presenta potente actividad antiandrogénica por lo que resulta de gran ayuda en el tratamiento del acné, del hirsutismo y de la hipertrichosis..

LEVONORGESTREL:

pertenece a la segunda generación de gestágenos y presenta una leve actividad androgénica por lo que modifica el perfil lipídico, aumentando el nivel de triglicéridos y el de LDL, disminuyendo el de HDL.

GESTODENO, DESOGESTREL, ETONOGESTREL:

son los llamados gestágenos de tercera generación. Tienen menor actividad androgénica lo que determina una alteración más pequeña del perfil lipídico; sin embargo, presentan un mayor riesgo tromboembólico venoso en combinación con el etinilestradiol que la combinación de levonorgestrel con etinilestradiol.

NORGESTIMATO:

se comporta como los gestágenos de tercera generación en cuanto metabolismo lipídico y como el levonorgestrel en lo referente al riesgo tromboembólico.

DROSPIRENONA:

presenta una marcada actividad antiandrogénica, si bien es menos potente que el acetato de ciproterona. Posee actividad antimineralcorticoidea por lo que evita en mayor o menor medida los efectos colaterales debidos a la retención hídrica.

ACETATO DE CLORMADINONA:

con una estructura muy similar a la progesterona, tiene una elevada acción antiandrogénica que sólo es superada por el acetato de ciproterona.

La clasificación

de los anticonceptivos hormonales se realiza en función de diferentes aspectos:

Según la dosis administrada a lo largo del ciclo: Monofásicos: llevan una dosis constante de estrógenos y Gestágenos a lo largo del ciclo. Son los más empleados. Bifásicos: todos los comprimidos contienen ambos esteroides; sin embargo, durante los primeros días, la dosis de gestágenos es menor. Trifásicos: la dosificación de estrógenos y gestágenos se hace en tres niveles diferentes, según los días del ciclo.

Según la forma de administración: Orales. Parenterales. Sistemas de liberación continuada: Anillo anticonceptivo vaginal: libera 15 µg de etililestradiol y 120 µg de etonogestrel; se coloca en la vagina la primera semana posmenstruación y se retira una semana cada 21 días. Implantes subdérmicos: son barritas con etonogestrel que se insertan bajo anestesia local en la cara interna del antebrazo o el brazo. Duran entre tres y cinco años. Parches: la absorción es transdérmica y el recambio es semanal, liberando diariamente 20 µg de etililestradiol y 150 µg de norelgestromina.

Efectos beneficiosos Sus efectos beneficiosos son los siguientes:

Ciclo menstrual: -Regulan el ciclo menstrual, por lo que resultan útiles en el manejo de las hemorragias disfuncionales. -Disminuyen el sangrado menstrual, siendo beneficiosos en el tratamiento de menorragias e hipermenorreas funcionales, disminuyendo la incidencia de anemia ferropénica de origen ginecológico. Mejoran la dismenorrea y el dolor periovulatorio. Mecanismo de acción Disminuyen la GnRH, ya que producen un feedback negativo que inhibe la liberación hipotalámica de GnRH. Impiden el pico ovulatorio de LH, ya que anulan la secreción pulsátil de GnRH, responsable del pico preovulatorio de LH. En el ovario inhiben la ovulación, puesto que no se ha producido el pico preovulatorio de LH. Cambian la capacitación espermática, espesan el moco cervical y alteran el medio vaginal. Varían la contracción uterina, dificultando el transporte de los espermatozoides. Alteran la motilidad y funcionalidad de la trompa, dificultando la fecundación. Modifican la

estructura endometrial e impiden la implantación -En algunas mujeres pueden resultar eficaces para el síndrome premenstrual al aliviar algunos de sus síntomas. Embarazo ectópico: su aparición es excepcional gracias a la elevada eficacia anticonceptiva que presentan. Enfermedad inflamatoria pélvica: su incidencia es más baja en las mujeres usuarias y además presentan cuadros de menor gravedad. Enfermedad benigna de la mama: disminuye la aparición de enfermedad fibroquística y de fibroadenomas. Quistes ováricos: se reduce el riesgo de aparición de quistes funcionales. Acné, hirsutismo y seborrea: cualquier preparado mejora esta sintomatología, ya que inducen un incremento en la síntesis de la proteína transportadora de hormonas sexuales (SHBG), por lo que desciende la testosterona libre activa. Osteoporosis: existe un efecto protector sobre la densidad mineral ósea que aumenta con una mayor duración de uso. Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio. Reducen la incidencia del carcinoma epitelial de ovario, incluso en mujeres con historia familiar o con mutaciones genéticas, al inhibir la ovulación. Efectos adversos mayores Tromboembolismo venoso: existe una elevación del riesgo relativo en las mujeres usuarias, sobre todo durante el primer año de empleo. Este riesgo, que es menor que el observado en las mujeres gestantes, se debe a que la anticoncepción induce una elevación de los factores 1, 11, VII, IX, X y del plasminógeno Hipertensión arterial: es poco frecuente, pero puede aparecer hasta en un 5% de las usuarias, sobre todo, en los primeros seis meses de uso. Infarto agudo de miocardio: su incidencia se relaciona con otros factores de riesgo como: hipertensión arterial, hiperlipoproteinemia, diabetes y antecedentes familiares. Cáncer de mama: se ha descrito un ligero aumento del riesgo relativo en mujeres jóvenes que iniciaron la toma de manera precoz y prolongada. Los cánceres diagnosticados tienen mejor pronóstico por ser más localizados en comparación con los diagnosticados en no usuarias. Cáncer de cérvix: se ha descrito un riesgo aumentado de carcinoma in situ e invasivo en usuarias a largo plazo con infección persistente por HPV al actuar de facilitadores en la carcinogénesis.

BIBLIOGRAFIA

(Mar Muñoz Muñiz, 2017)