



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIS.**

**SEXUALIDAD HUMANA
TERCER PARCIAL**

**TEMA:
CONTROL DE LA FERTILIDAD**

**ALUMNO:
Angel Gerardo Valdez Cuxim**

**DOCENTE
DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

TERCER SEMESTRE

MEDICINA

CONTROL DE LA FERTILIDAD

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.

METODOS NATURALES:

Los métodos naturales son los siguientes:

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; previa a la eyaculación se produce fuga espermática; puede generar frustración así como hipertrofia prostática, síndrome de congestión pelviana, frigidez e insatisfacción sexual.

Temperatura: el periodo de "seguridad" empieza la noche del tercer día de hipertermia confirmada y finaliza con la llegada de la menstruación (hay que recordar que en la ovulación se produce un aumento de la temperatura por encima de 37 °C debido a la acción hipertérmica de la progesterona).

METODOS DE BARRERA

Los métodos de barrera son los siguientes: **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. Menos usado que él es el preservativo femenino.

Diafragma: es indispensable el empleo conjunto del mismo con una crema espermicida. Está indicado en casos de intolerancia a la píldora y en aquellas mujeres en las que la colocación de un DIU no es aconsejable.

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.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

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, ejerciendo un efecto espermicida y antiimplantatorio sin descartarse actuación alguna sobre la motilidad tubárica.

Los DIU liberadores de cobre ejercen una acción gameticida (sobre todo espermicida) lo que dificulta la fertilización. El cobre potencia la acción espermicida y, por tanto, eleva la eficacia anticonceptiva.

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,

MOMENTO DE LA COLOCACIÓN

- 1) Durante la menstruación.
- 2) Tras la primera regla después de un aborto precoz.
- 3) Tras la segunda menstruación después de un parto, o al menos seis semanas posparto,
- 4) 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 ECTOPICO 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.

ANTICONCEPCION HORMONAL

Los anticonceptivos hormonales combinados son fármacos compuestos por un estrógeno y un progestágeno, ambos sintéticos que pueden administrarse por distintas vías (oral, parenteral, transdérmica, vaginal) y cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, lo que les confiere una alta eficacia anticonceptiva reversible a tras la suspensión de su administración.

El estrógeno presente en todos los preparados comercializados es el etinilestradiol. La dosis es variable oscilando entre 50 y 15 µg diarios.

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: (Acetato de ciproterona), (Levonorgestrel), (Gestodeno, desogestrel, etonogestrel), (Norgestimato).

MECANISMO DE ACCION:

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.

CLASIFICACION:

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 etilnilestradiol 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.

EFFECTOS 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.

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.

EFFECTOS ADVERSOS MENORES:

Los efectos adversos menores son los siguientes:

Náuseas y vómitos, secundarios al contenido de estrógenos del preparado. Tienden a desaparecer con el uso continuado.

Aumento de peso que se atribuye generalmente a la retención de líquido, por lo que los gestágenos con actividad antiminerocorticoidea pueden reducir su incidencia. Cefaleas.

Mastalgia que se debe al efecto estrogénico sobre áreas de hiperplasia focal o por la interrupción brusca del gestágeno en la semana de descanso.

EFFECTOS 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: HA.

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.

CONTRAINDICACIONES:

Las contraindicaciones para la administración de los anticonceptivos hormonales son las siguientes:

Lactancia en los primeros seis meses postparto.

Embarazo o sospecha de embarazo.

Tener o haber tenido cáncer de mama o de cérvix.

Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.

Enfermedad hepática aguda o crónica activa.

Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Antes del inicio del tratamiento con anticoncepción hormonal, es imprescindible realizar una historia clínica y un examen físico, que debe incluir una exploración mamaria y una citología, así como la medida de la presión arterial y del peso. Las pacientes deberán tener una revisión ginecológica anual que comprenda: exploración mamaria, citología y colposcopia, control de la presión arterial, y pruebas de laboratorio que incluirán: glucemia basal, colesterol total y las fracciones HDL y LDL, triglicéridos y antitrombina.

INTERCEPCION POSTCOIDAL

La probabilidad de embarazo tras mantener relaciones sexuales sin protección o con rotura de preservativo varía entre un 20-40%, si el coito ocurre a mitad del ciclo, y es de un 5% en cualquier otro momento del mismo. Los métodos que se pueden utilizar como anticoncepción de emergencia son los siguientes:

Levonorgestrel: 1,5 mg en dosis única (de elección) o fraccionado en dos dosis (0,75 mg cada una con un intervalo máximo de 12 horas).

Método Yuzpe: es un combinado de estrógenos y progestágenos en altas dosis, vía oral; administrar un comprimido cada 12 horas, dos tomas, dentro de las primeras 72 horas después del coito

DIU poscoital: se usa cuando han transcurrido entre tres y cinco días poscoito. Es muy eficaz

Mifepristona (RU-486): es un fármaco antiprogestágeno, empleado en interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y en intercepción poscoital. Tiene una eficacia cercana al 100%.

BIBLIOGRAFIA:

Mendoza, F., Muñoz, M., Villegas, A., Huerta, L., & Macias, M.. (2017). *Control de la fertilidad*. En Ginecología y obstetricia(pp. 15-23). C/ Albarracín, 34; 28037 Madrid : CTO .