



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montufar

TERCER SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Control de la fertilidad".

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: "Sexualidad humana"

UNIDAD III "Género"

CATEDRÁTICO: Dr. Ricardo Acuña del Saz

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 01 DE NOVIEMBRE DEL 2020

“CONTROL DE LA FÉRTILIDAD”

Eficacia contraceptiva → Se clasifican de mayor a menor eficacia:

1. La esterilización quirúrgica masculina (**vasectomía**) y femenina (**bloqueo tubárico**).
2. El dispositivo intrauterino (**DIU**).
3. **Diafragma y el preservativo**, con un nivel similar entre sí.
4. Algo **menos eficaz** es la **esponja**.
5. **Menos eficaces** son los métodos naturales, como los del ritmo, la temperatura, etcétera, y por debajo de ellos, el coito interrumpido.

Métodos naturales

- ✚ **Ogino:** La ovulación ocurre en el día 14, el óvulo puede ser fecundado durante 24-36 horas, se calcula el periodo fértil.
- ✚ **Lactancia materna:** Los niveles elevados de PRL suprimen el eje hipotálamo-hipofisario.
- ✚ **Coito interrumpido:** Previa a la eyaculación se produce fuga espermática.
- ✚ **Temperatura:** el periodo de "seguridad" empieza la noche del tercer día de hipertermia confirmada y finaliza con la llegada de la menstruación (la ovulación se produce un aumento de la temperatura de 37 °C debido a la acción hipertérmica de la progesterona).

Métodos de barrera

- ✚ **Preservativo masculino**
- ✚ **Diafragma:** Se indica en casos de intolerancia a la píldora y en mujeres en las que la colocación de un DIU no es aconsejable. No usar en caso de anomalías morfológicas y tampoco en el posparto inmediato (deben pasar entre tres y cinco meses).
- ✚ **Espermicidas:** Hay un bloqueo mecánico del cuello y la destrucción de los espermatozoides.
- ✚ **Esponjas vaginales:** Absorben el semen y destruyen los espermatozoides.

Dispositivo intrauterino

Mecanismos de acción

Dispositivo intrauterino (DIU): Provocan una reacción inflamatoria local, produce un aumento de la permeabilidad capilar, edema endometrial e incremento de los macrófagos, ejerciendo un efecto espermicida y antiimplantatorio. Los DIU liberadores son un gameticida. A mayor carga de cobre, más alta eficacia anticonceptiva durante más tiempo.

Los DIU liberadores de levonorgestrel (LNG): Actúan sobre el endometrio, haciendo hostil a la migración de los espermatozoides. (Se puede insertar a partir de las seis semanas tras el parto). Este DIU, permite un aumento de los niveles de hemoglobina y ferritina, reduce el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica y disminuye el riesgo de embarazo ectópico respecto a otros dispositivos. También reduce la incidencia de miomas y mejora la dismenorrea.

Contraindicaciones

- ✓ 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.

Embarazo ectópico y DIU: El DIU previene mejor el embarazo normal que el ectópico. Además el DIU favorece la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Anticonceptivo hormonal: Son fármacos compuestos por un estrógeno y un progestágeno, se pueden administrar por distintas vías (oral, parenteral, transdérmica, vaginal) e inhiben la ovulación.

Etinilestradiol: Estrógeno presente en todos los preparados comercializados con dosis variable oscilando entre 50 y 15 µg diarios.

Se caracterizan por presentar una potente actividad antigonadotrófica, progestagénica y antiestrogénica. Su diferencia es la capacidad para interactuar o no con receptores de andrógenos, por lo que puede así presentar actividad glucocorticoidea, androgénica, antiandrogénica o antimineralcorticoidea.

Se dispone de los siguientes progestágenos:

- ✚ **Acetato de ciproterona (potente actividad antiandrogénica):** Ayuda en el Tx del acné, hirsutismo y de la hipertrichosis. Posee una leve actividad glucocorticoidea.
- ✚ **Levonorgestrel (pertenece a la 2° generación de gestágenos):** Presenta una leve actividad androgénica, modificando el perfil lipídico, aumenta los triglicéridos y el de LDL, disminuye HDL.
- ✚ **Gestodeno, desogestrel, etonogestrel:** **Llamados gestágenos de 3ra generación.** Tienen menor actividad androgénica, presenta un mayor riesgo tromboembólico venoso en combinación con el etinilestradiol que la combinación de levonorgestrel con etinilestradiol.
- ✚ **Norgestimato:** Es como los gestágenos de **3ra generación** en cuanto al metabolismo lipídico y como el levonorgestrel en lo referente al riesgo tromboembólico.
- ✚ **Drospirenona:** presenta una actividad antiandrogénica, es menos potente que el acetato de ciproterona. Posee actividad antimineralcorticoidea evitando mayor o menor medida los efectos colaterales por la retención hídrica.

- ✚ **Acetato de clormadinona:** Estructura muy similar a la progesterona, tiene una elevada acción antiandrogénica que sólo es superada por el acetato de ciproterona.

Mecanismo de acción

- Disminuyen la GnRH, ya que producen un feedback negativo.
- Impiden el pico ovulatorio de LH.
- En el ovario inhiben la ovulación
- Cambian la capacitación espermática
- Varían la contracción uterina, dificultando el transporte de los espermatozoides.

Clasificación → Según la dosis administrada a lo largo del ciclo:

Monofásicos: Dosis constante de estrógenos y gestágenos a lo largo del ciclo.

Bifásicos

Trifásicos

Según la forma de administración:

- Orales.
- Parenterales.
- **Sistemas de liberación continuada:**
 - > **Anillo anticonceptivo vaginal:** se coloca en la vagina la primera semana posmenstruación y se retira una semana cada 21 días.
 - > **Implantes subdérmicos:** Duran entre tres y cinco años.
 - > **Parches**

¡La eficacia del anticonceptivo oral depende del gestágeno!

Efectos beneficiosos

- **Ciclo menstrual:** Regulan el ciclo menstrual, disminuyen el sangrado menstrual, mejoran la dismenorrea y el dolor periovulatorio.

- **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**
- **Osteoporosis**
- **Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio.**
- **Reducen la incidencia del carcinoma epitelial de ovario**

Efectos adversos menores:

- Náuseas y vómitos
- Aumento de peso → Generalmente a la retención de líquido
- Cefaleas.
- Mastalgia → Por efecto estrogénico sobre áreas de hiperplasia focal o por la interrupción brusca del gestágeno en la semana de descanso.
- Cloasma, hiperpigmentación cutánea parcheada
- Depresión.
- Disminución de la libido.
- Infecciones urinarias dependientes de la dosis de estrógeno.
- Sangrados intermenstruales (spotting): Más frecuente en los primeros ciclos y son más habituales cuanto más baja es la dosis de estrógeno.
- Amenorrea por la escasa proliferación endometrial por predominio del componente gestagénico sobre el estrogénico.
- Amenorrea pospíldora.
- Adenomas hepáticos: tumoraciones quísticas hemorrágicas.
- Colelitiasis: los estrógenos poseen propiedades litogénicas, incrementando secreción biliar de colesterol y su índice de saturación.

- Colestasis: puede ocurrir en los primeros meses de uso y se manifiesta por prurito e hiperbilirrubinemia conjugada.

Efectos adversos mayores

- **Tromboembolismo venoso:** Mayor riesgo en las mujeres usuarias, sobre todo durante el primer año de empleo. Menor riesgo en las mujeres gestantes, por la anticoncepción, ya que hay una elevación de los factores 1, 11, VII, IX, X y del plasminógeno. Los estrógenos a altas dosis aumentan la actividad fibrinolítica.
- **Hipertensión arterial:** En los primeros seis meses de uso.
- **Infarto agudo de miocardio:** Se relaciona con otros factores de riesgo como: **hipertensión arterial, hiperlipoproteinemia, diabetes y antecedentes familiares.**
- **Cáncer de mama:** Mujeres jóvenes que iniciaron la toma de manera precoz y prolongada.
- **Cáncer de cérvix:** Carcinoma in situ e invasivo a largo plazo con infección persistente por HPV al actuar de facilitadores en la carcinogénesis.

Contraindicaciones de anticonceptivos hormonales:

- Lactancia → primeros seis meses postparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica → trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- 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.

Se debe tener precaución a la hora de administrarlos si:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.

- Fumadoras >35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña focal.
- Lesión renal.
- Alteraciones de la coagulación.

Las pacientes deberán tener una revisión ginecológica anual: 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.

Intercepción poscoital: La probabilidad de embarazo tras mantener relaciones sexuales sin protección o con rotura de preservativo varía entre un 20-40%, Los métodos que se pueden utilizar como anticoncepción de emergencia son los siguientes:

Levonorgestrel (85-95%): 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). → Nauseas.

DIU poscoital: se usa cuando de tres a cinco días poscoito. Es muy eficaz.

Método Yuzpe: Estrógenos + progestágenos en altas dosis, vía oral; un comprimido cada 12 horas, dos tomas, dentro de las primeras 72 horas después del coito.

Mifepristona (RU-486) (100%): Antiprogestágeno, empleado en interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y en intercepción poscoital.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Muñoz, M., Mendoza, F., Villegas, A., Huerta, L. & Macías, M. . (2017). "Control de la fertilidad". En Manual CTO de medicina y cirugía (Pp. 15-23). C/ Albarracín, 34; 28037 Madrid : © CTO EDITORIAL, S.L. 2017.