



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montufar

TERCER SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Métodos anticonceptivos"

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: "Sexualidad humana"

UNIDAD III "Género"

CATEDRÁTICO: Dr. Ricardo Acuña del Saz

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 03 DE OCTUBRE DEL 2020

Cap.5 - "Métodos anticonceptivos"-

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.

Mecanismos de acción: 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.

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

Posología: 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) y 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.

Seguridad: Seguros en la mayoría de las mujeres.

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.

Efectos sobre la reproducción: Las mujeres que ovulaban regularmente, seguirá haciéndolo alrededor de tres meses después de interrumpir los anticonceptivos orales. Se debe recibir información ya que suspenden los anticonceptivos por temor a la teratogenicidad cuando tienen un retraso menstrual y es entonces cuando se embarazan.

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.

Otros efectos: La mucorrea cervicouterina, probablemente por eversión del cuello uterino, es una respuesta bastante frecuente al componente estrogénico. En

ocasiones el moco es irritante para la vagina y vulva. También puede haber vaginitis o vulvovaginitis, en especial por Candida. La hiperpigmentación de la cara y frente (denominada cloasma) es más probable en las mujeres que presentaron este cambio durante el embarazo. Los anticonceptivos hormonales no previenen la transmisión del VIH ni de ninguna otra infección vírica.

Uso en el puerperio: El iniciar los anticonceptivos orales antes de la consulta tradicional a las seis semanas del puerperio tiene sus ventajas; es mejor anticipar un mayor riesgo de padecer tromboembolias venosas con los anticonceptivos con estrógenos y progestágenos al principio del puerperio.

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. Libera 150 µg del progestágeno, norelgestromin y 20 µg de etinilestradiol diariamente. El parche se cambia cada semana durante tres semanas y posteriormente la paciente descansa para permitir la hemorragia por supresión.

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. Al principio el anillo se aplica en los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. Se extrae después de tres semanas para descansar una semana y permitir una hemorragia por supresión. A continuación se inserta un nuevo anillo.

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.

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.

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

Beneficios 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 (día siguiente): Para mujeres después de tener relaciones sexuales sin protección y en algunos casos por violación.

Anticoncepción hormonal de urgencia: También se conoce como la pastilla del día siguiente o el método de Yuzpe.

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. Los problemas principales son las náuseas y los vómitos por las altas dosis de estrógenos que contienen estos métodos.

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). Ambos mecanismos previenen la implantación, lo que se denomina inducción menstrual.

Fracaso de la anticoncepción de urgencia Si la menstruación se retrasa durante más de tres semanas, es probable que exista un embarazo.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MECÁNICOS

Dispositivo intrauterino

1. Tanto los DIU con cobre o levonorgestrel, se deben cambiar cada diez y cinco años.
2. Las principales acciones de los DIU son anticonceptivas y no abortivas.
3. El riesgo de padecer infecciones pélvicas disminuye de modo considerable.
4. Riesgo de un embarazo ectópico
5. La responsabilidad legal es menor. También se necesitan consentimientos informados firmados que incluyen una lista razonable de riesgos y beneficios.

Tipos de dispositivos: Se elaboran de polietileno, y se impregnan de sulfato de bario para que sean radiopacos. Los dispositivos químicamente activos liberan cobre o progestágenos.

Dispositivos intrauterinos con levonorgestrel: El dispositivo con levonorgestrel libera el fármaco en el útero a una tasa relativamente constante de 20 µg diarios, lo que reduce los efectos generales del progestágeno.

Dispositivo intrauterino de cobre: El dispositivo intrauterino de cobre contiene polietileno y sulfato de bario.

Mecanismo de acción: No se han definido con precisión y todavía son sujeto de controversia constante.

Eficacia: Los índices de uso constante sin interrupciones a un año son similares a los de los anticonceptivos orales. Su eficacia es similar a la de la salpingoclasia.

Otros efectos beneficiosos: El dispositivo con levonorgestrel reduce el sangrado menstrual e incluso se puede utilizar como tratamiento de la menorragia.

Perforación uterina: Los primeros efectos adversos son los que acompañan a la inserción. Incluyen una perforación uterina asintomática o manifiesta desde el punto de vista clínico que surge al introducir el DIU o al dilatar el cuello uterino.

Cólicos y hemorragia: Se manifiestan poco después de la inserción del DIU que persiste durante un tiempo variable.

Menorragia: Frecuentemente la cantidad de sangre menstrual se duplica con el DIU con cobre. Esta hemorragia provoca en ocasiones anemia ferropriva, de manera que se administra hierro de manera profiláctica y se realizan hemogramas cada año.

Infección: Se han descrito diversas infecciones pélvicas, en algunos casos incluso letales, con los dispositivos intrauterinos. Una de ellas es el aborto séptico, que obliga a realizar un legrado de inmediato.

Embarazo con DIU: En estas mujeres es importante identificar el embarazo lo más pronto posible. Hasta alrededor de las 14 semanas los hilos del dispositivo son visibles a través del cuello uterino. Cuando los hilos no son visibles, los intentos por localizarlos y extraer el dispositivo pueden provocar un aborto.

Contraindicaciones: Embarazo ectópico previo (o algún factor de riesgo predisponente).

Técnicas para la inserción: Se recomienda que antes de insertar un dispositivo intrauterino, la mujer reciba la información detallada sobre los efectos colaterales y los riesgos del mismo.

Técnica

1. Definir contraindicaciones e informar los problemas al uso el dispositivo y obtener un consentimiento por escrito.
2. Administrar AINES para reducir los cólicos.
3. Realice una exploración pélvica para comprobar la posición y el tamaño del útero y los anexos.
4. Limpiar el cuello uterino con una solución antiséptica y colocar una pinza en el borde del cuello uterino.
5. El dispositivo no debe permanecer más de 5 minutos dentro del introductor antes de insertarlo.
6. El tubo introductor, con el DIU, se introduce en la cavidad endometrial.
7. Para liberar las ramas del dispositivo, sostener la barra blanca dentro del tubo y extraer el introductor no más de un centímetro.
8. Mover con delicadeza el introductor hacia la parte superior del útero hasta sentir cierta resistencia.
9. Sostener el introductor y retirar la barra blanca.
10. Extraer con lentitud y delicadeza el tubo del conducto cervicouterino. Sólo se deben ver los hilos fuera del cuello uterino. Córtales quedando 3 o 4 cm en la vagina. Anotar la longitud de los hilos en el expediente.

Si sospecha que el dispositivo no ha quedado en la posición correcta, verificar su colocación, incluso con ecografía. En caso de no encontrarse todo dentro del útero, extraerlo y sustituir por un dispositivo nuevo. No introducir de nuevo el dispositivo extraído.

11. Cortar la cola indicadora a 2 cm del orificio externo, retirar la pinza y observar en busca de hemorragia en el sitio donde estuvo la pinza. En ausencia de hemorragia, extraer el espejo vaginal.
12. Informar a la mujer que debe avisar en caso de cualquier efecto adverso.

Para colocar un dispositivo con levonorgestrel es necesario modificar esta técnica. A continuación se describe con detalle:

1. Sostener el introductor con el DIU con levonorgestrel y extraiga los hilos para que cuelguen libremente.
2. Cerciorar que el deslizador se encuentra en la posición más lejana al médico, y que está colocado en la parte superior del mango más cerca del dispositivo.
3. Mientras observa el tubo del introductor, se alinean las ramas del sistema en forma horizontal.
4. Tirar de ambos hilos para llevar el DIU con levonorgestrel hasta el introductor.
5. Fijar los hilos en la hendidura al final del mango.
6. Colocar la pestaña según la profundidad calculada.
7. El dispositivo está listo para ser insertado.
8. Sostener firme el deslizador, lo más lejos posible, en la punta del mango. Tomar el cuello uterino con una pinza y tire ligero para alinear el conducto cervicouterino con la cavidad uterina. Insertar suavemente el introductor en el conducto y avance el tubo dentro del útero hasta que la pestaña se sitúe a 1.5 a 2 cm del orificio externo para dar espacio suficiente para que las ramas se abran. No forzar el introductor.
9. Mientras sostiene el introductor, libere las ramas del dispositivo tirando de la parte posterior del deslizador hasta que la punta del mismo alcanza la marca, que es la línea horizontal elevada del mango.
10. Tire suavemente del introductor dentro de la cavidad uterina hasta que su pestaña toque el cuello uterino. Ahora el dispositivo debe encontrarse en el fondo.
11. Sosteniendo firme el introductor, libere el dispositivo jalando el deslizador. Los hilos se liberan automáticamente.
12. Extraiga el introductor del útero. Corte los hilos dejando 2 o 3 cm por fuera del cuello uterino.
13. Cuando sospeche que el sistema no se encuentra en la posición correcta, verifi que su colocación, utilizando una ecografía en caso necesario. Extraiga

el dispositivo si no se encuentra bien colocado dentro del útero. El dispositivo que se extrae no se debe introducir de nuevo.

Expulsión: El dispositivo es expulsado del útero con más frecuencia durante el primer mes. Se debe instruir a la mujer para que palpe los hilos que salen del orificio cervicouterino ya sea sentada en el borde de una silla o en cuclillas introduciendo un dedo en la vagina hasta alcanzar el cuello uterino.

DIU translocado: Cuando los hilos no se ven, es posible que el dispositivo haya sido expulsado o que haya perforado el útero. En cualquier caso, la mujer se puede embarazar.

Sustitución: El dispositivo con cobre puede permanecer en su sitio durante 10 años y el dispositivo con levonorgestrel durante cinco años.

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.

Espemicidas y microbicidas: Se presentan en forma de cremas, jaleas, óvulos, películas y espuma en contenedores de aerosol. Son útiles para mujeres que necesitan protección temporal. Su ingrediente activo es el nonoxinol-9 u octoxinol-9. Los espermicidas se deben aplicar en la parte superior de la vagina y en contacto con el cuello uterino poco antes del coito. Su eficacia máxima no dura más de una hora. Los microbicidas de segunda generación refuerzan las defensas naturales al mantener el pH ácido o la presencia de anticuerpos y reforzar a los péptidos antimicrobianos.

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. Las infecciones urinarias es ligeramente mayor con este método.

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. Se puede introducir en cualquier momento antes del coito y se debe dejar en su sitio cuando menos durante ocho horas después.

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, por lo que la

abstinencia periódica resulta atractiva como método de control de la natalidad. **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. Por lo tanto, el método del calendario no es fiable.

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

Adolescentes: La menarca ha cambiado de 17 años de edad hasta cerca de 12. El desarrollo sexual precoz genera con frecuencia encuentros sexuales espontáneos intermitentes y una percepción ingenua de los riesgos del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. 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 de barrera: Ofrece cierta protección contra las ETS, los métodos de barrera no constituyen buenas opciones para las adolescentes puesto que necesitan planeación previa y motivación para su uso correcto.

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 enfermedades de transmisión sexual.

Anticonceptivos orales combinados: Son muy eficaces, bien tolerados, ofrecen una serie de beneficios para la salud y tienen un riesgo mínimo.

Medroxiprogesterona inyectable de acción prolongada: Anticonceptivo hormonal muy eficaz que pueden utilizar algunas mujeres que, por alguna razón médica no pueden usar COC.

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.

Mujeres con diversas enfermedades: La elección del método anticonceptivo más eficaz y seguro depende de la enfermedad y la manera como ésta es modificada por el embarazo.

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): Comprende modificaciones: 1. Ligadura y resección. 2. La aplicación de algún tipo de anillo o grapa en la trompa de Falopio. 3. Electrocoagulación de un segmento de los oviductos.

Métodos de oclusión tubaria: Son eficaces para prevenir el embarazo

Índices de falla: 1. Errores quirúrgicos. 2. Falla en el tratamiento quirúrgico. 3. Fallas del equipo. 4. Embarazo de la fase lútea.

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. Las inyecciones tubarias con el pegamento metilcianoacrilato provocan inflamación, necrosis y fibrosis.

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.

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. Se recomienda analizar el semen hasta obtener dos cuentas consecutivas de cero, aunque basta con un solo análisis de semen azoospermico.

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.