

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

**DOCENTE:
DR. JOSE MIGUEL CULEBRO RICALDI**

**MATERIA:
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
TEMA:
ANTICONCEPTIVOS Y SU RELACIÓN CON EL ABORTO**

**CARRERA:
MEDICINA HUMANA**

SEMESTRE: SEPTIMO

FECHA: 05/11/2021

Anticonceptivos y su relación con el aborto

NO TODAS LAS MUJERES TIENEN EL MISMO VOLUMEN DE DISTRIBUCIÓN DEL FÁRMACO.

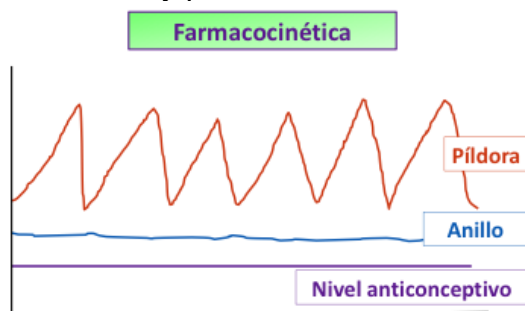
Unas por más grandes y otras por tener más peso. Esto hace que el medicamento se diluya más y podría perder efectividad. Este detalle debe marcar también la elección del anovulatorio.

LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO TAMBIÉN CONDICIONA LA EFICACIA.

Hemos de conseguir en sangre un nivel superior al que provoca la anovulación, marcado en morado.

Los medicamentos de toma diaria, hacen esos picos que se representan en naranja, con máximos tras la toma que van decayendo en sangre hasta la toma del día siguiente. Factores como el mayor volumen de distribución de la paciente, retrasos en la toma o alteraciones del aparato digestivo, pueden hacer que el nivel en sangre disminuya por debajo del nivel de anticoncepción y el método falle.

Los medicamentos con administración continuada como el anillo y parche (algo menos) mantienen los niveles en sangre, menores que los de vía oral pero constantes y por encima del nivel anticonceptivo.



El primer punto que hay que esclarecer en la valoración del potencial abortivo de estos fármacos es cuántas veces falla el efecto anovulatorio, esto es: cuál es el porcentaje de ciclos en los que, usando anticonceptivos combinados, se experimenta lo que en el ámbito científico se ha llamado *escape ovulation*.

La anovulación es próxima al 100% en los preparados combinados que contienen dosis altas de estrógenos (cercanas a 1 mg de 17- β -estradiol). Pero estos actualmente no se usan. secundarios de los estrógenos en la mujer, y cada vez hay más evidencia de que reducir la dosis de estrógeno para minimizar los efectos adversos puede comprometer el grado de supresión hipotálamo-pituitario-ovárica, en particular durante el hormone-free interval (los días del ciclo en que no se usa para dar paso a la pérdida menstrual) o tras algún olvido en la toma. Y el hecho de que las píldoras con bajas dosis de esta hormona (< 50 mcg) pueden no bloquear completamente la actividad hipotalámico-hipofisaria, favoreciendo el desarrollo folicular, ha sido puesto en evidencia ya a inicios de los años 80, y se ha confirmado en estudios sucesivos, que demuestran que esta situación se da en el uso de píldoras compuestas por 35 mcg de etinil-estradiol + 0,75 mg de levonorgestrel, o por 35 mcg de etinil-estradiol + 0,4 mg de noretindrona. La inhibición parcial del desarrollo folicular se ha observado también como consecuencia del uso de píldoras que contienen sólo 20 mcg de etinilestradiol + 75 mcg de gestodeno, administradas durante 23 días, aunque no se han registrado luteinizaciones, con lo que no hay certeza de que se haya producido la ovulación. Otros autores, aun frente a niveles de LH y de FSH que justifican un bloqueo incompleto, aseguran que no suben los niveles de estradiol, con lo que no se ha dado una ovulación.

MECANISMO DE ACCIÓN Y ESTIMACIÓN DEL EFECTO ABORTIVO DEL DIU

El DIU actúa a distintos niveles:

- Alterando el transporte y la viabilidad de los gametos, y dañándolos o destruyéndolos (ambos mecanismos estrictamente anticonceptivos).
- Alterando la motilidad de las trompas, que dificulta el transporte del cigoto al útero y acaba por destruirlo; y produciendo cambios endometriales (estructurales y bioquímicos) que dificultan la implantación del embrión (mecanismos abortivos interceptivos).

CONCLUSIÓN

El anticonceptivo hormonal con menor tasa de abortividad es el preparado inyectable de acetato de medroxiprogesterona, que ofrece garantías casi totales de ser estricta y únicamente anovulatorio, esto es, anticonceptivo.

2. Las mujeres que toman la píldora anticonceptiva combinada, o que usan los anillos vaginales o los parches transdérmicos corren el riesgo de provocar aproximadamente 1,5 abortos en 16 años de uso (o un aborto cada poco más de 11 años).

3. El efecto abortivo para las minipíldoras, los implantes subcutáneos y el DIU con depósitos de progestágeno lo hemos situado en alrededor de una vez al año, y en un mínimo de una vez cada dos años en el caso del CuT DIU.

BIBLIOGRAFÍA

PAU AGULLES SIMÓ. (2015). EFECTO ABORTIVO DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES. 2015, de Cuadernos de Bioética Sitio web:
<http://aebioetica.org/revistas/2015/26/86/69.pdf>