

# METODOS ANTICONCEPTIVOS

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Luis Francisco Chivardi Hernández

CATEDRATICO: Dr José Miguel Culebro Ricaldi

7mo Semestre

# METODOS ANTICONCEPTIVOS

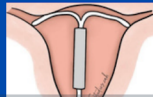
## IMPLANTE SUBDERMICO

Se aplica una vez a la semana durante 3 semanas, seguido de 1 semana de descanso. Abarca un área de 20 cm<sup>2</sup> y está compuesto de tres capas: capa externa de protección (poliéster), capa media que contiene 6 mg de norelgestromina (metabolito activo del norgestímato, progestágeno de 3a generación) y 600 mcg de etinilestradiol (EE), capa interna de poliéster con pegamento para adherirse a la piel (brazo, glúteo, abdomen). Cada parche libera a la circulación 150 y 20 mcg diarios de norelgestromina y etinilestradiol, respectivamente. El cumplimiento terapéutico es mejor en las usuarias de parche con una tasa de uso correcto de 89% de los días con el método transdérmico frente a 79% con la pastilla. Al ser un método local no interactúa con otros medicamentos. Como efecto secundario se puede presentar reacción cutánea local, y son más frecuentes los efectos relacionados c.

## DIU

Existen diferentes modelos de dispositivos intrauterinos (DIU) medicados con metales. Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida.

La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides, lo que impide su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo.



## PARCHE ANTICONCEPTIVO

Se aplica una vez a la semana durante 3 semanas, seguido de 1 semana de descanso. Abarca un área de 20 cm<sup>2</sup>, y está compuesto de tres capas: capa externa de protección (poliéster), capa media que contiene 6 mg de norelgestromina (metabolito activo del norgestímato, progestágeno de 3a generación) y 600 mcg de etinilestradiol (EE), capa interna de poliéster con pegamento para adherirse a la piel (brazo, glúteo, abdomen). Cada parche libera a la circulación 150 y 20 mcg diarios de norelgestromina y etinilestradiol, respectivamente. El cumplimiento terapéutico es mejor en las usuarias de parche con una tasa de uso correcto de 89% de los días con el método transdérmico frente a 79% con la pastilla. Al ser un método local no interactúa con otros medicamentos. Como efecto secundario se puede presentar reacción cutánea local, y son más frecuentes los efectos relacionados c.



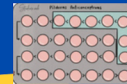
## CONDON

Es el único método anticonceptivo aceptado por la FDA, junto con el preservativo femenino, que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Tiene una eficacia de 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8). Si su uso es correcto y consistente descende a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 33). Una de sus ventajas es su costo así como su fácil utilización, y su desventaja es que requiere motivación y uso correcto para que funcione de manera adecuada; falla si se coloca mal.



## INJECTABLES

Se clasifican en mensuales de primera generación, mensuales de segunda generación y trimestrales. Entre sus ventajas están su alta eficacia anticonceptiva y su administración a intervalos prolongados; sus desventajas son las frecuentes alteraciones del ciclo menstrual y una menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.



## PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS ORALES

Dentro de su farmacología hay principalmente tres tipos:
 

- Combinados monofásicos: se componen de un estrógeno (etinilestradiol) más un progestágeno, todas las grasas tienen la misma dosis de estrógeno y progestágenos.
- Combinados multifásicos: se componen de diferentes dosis y pueden ser bifásicos, trifásicos o cuatrifásicos; esto depende del número de combinaciones de estrógenos y progestágenos en las grasas.
- Minipíldora (POP): existen tres píldoras sólo de progestágeno que contienen levonorgestrel 0.02 mg, levonorgestrel 0.030 mg y norgestrel 0.075 mg. No inhiben la ovulación. Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical para hacerlo denso y hostil a los espermatozoides, a impedir así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Los esquemas de los anticonceptivos orales son de 28 días. La combinación estándar es a base de un blister que tienen 21 pastillas activas (3 semanas), seguido de 7 días sin pastillas en donde ocurre un sangrado uterino debido a la depresión hormonal. Este sangrado es menor al de un ciclo menstrual normal en cuanto a días de duración y cantidad. En fechas recientes se han introducido dos esquemas diferentes que consisten en 24 pastillas con contenido activo y 4 sin aporte hormonal, y otro en donde los últimos 7 días se administra una baja dosis de etinilestradiol.

Los anticonceptivos orales suprimen las gonadotropinas. El componente de estrógeno suprime la liberación de la hormona folicular estimulante y la progesterona inhibe a la hormona luteinizante. Esta acción dual hace que se inhiban por completo el desarrollo folicular y la ovulación. El bajo aporte del progestágeno suprime en su totalidad la LH y se conoce como dosis inhibitoria de la ovulación; esto hace que haya cambios a nivel del moco cervical (hostil para el espermia), cambios a nivel de las salpinges, lo que impide el transpase del gameto y hace que el endometrio un medio no receptivo para la implantación.

# BIBLIOGRAFÍA

Soriano Fernández, H., Rodenas García, L., & Moreno Escribano, D. (2010). Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos: nuevas recomendaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(3), 206-216.

Schwarcz, R., Castro, R., Galimberti, D., Martínez, O. I., García, O., Lomuto, C., ... & Perinatal, E. D. S. R. M. (2002). *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.