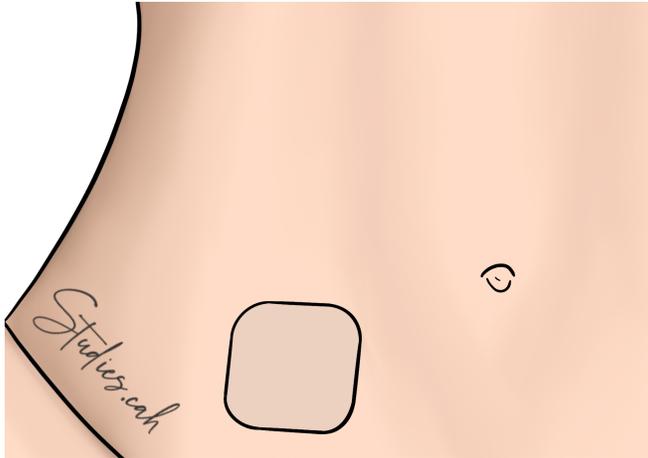


Métodos Anticonceptivos

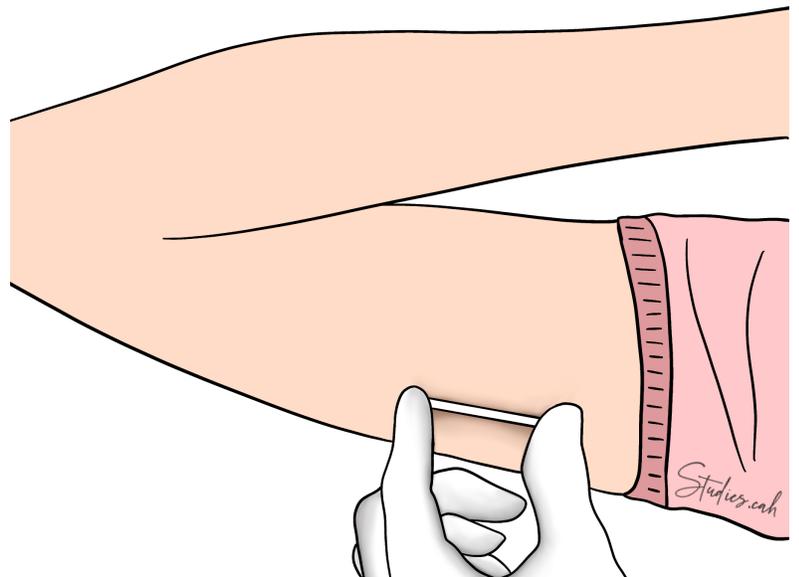
Parche anticonceptivo transdérmico

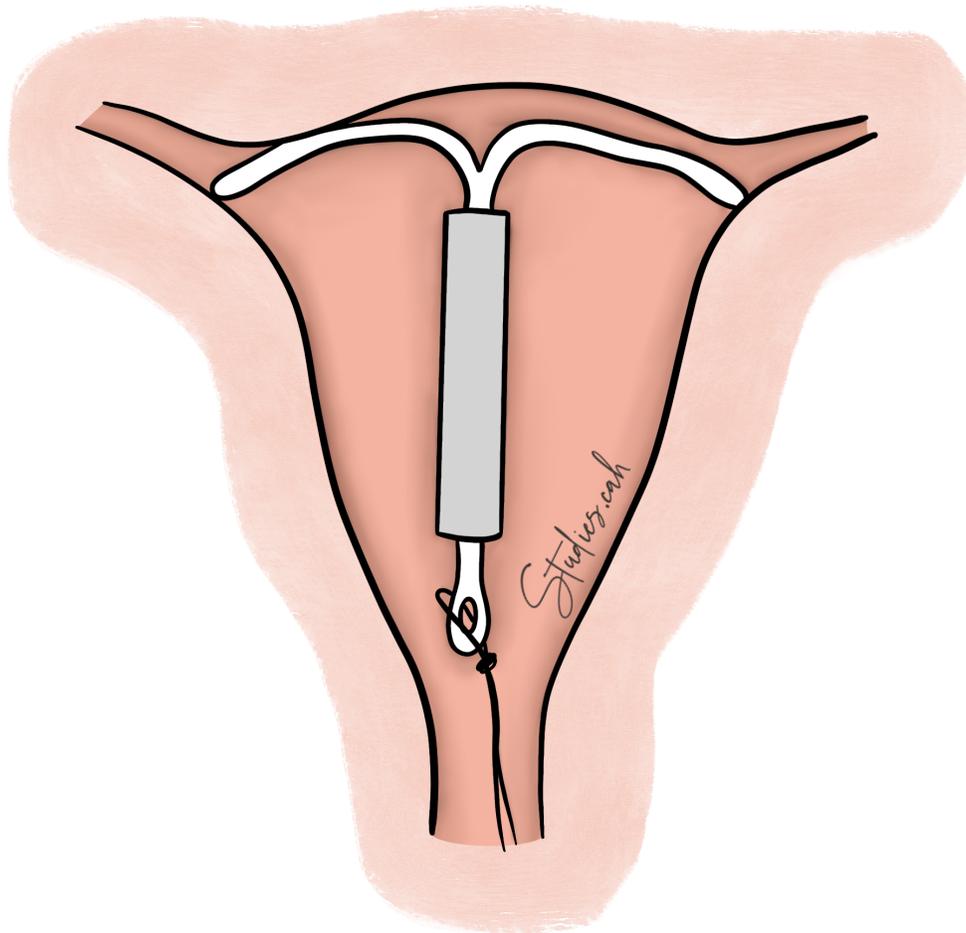


Se aplica una vez a la semana durante 3 semanas, seguido de 1 semana de descanso. Abarca un área de 20 cm^2 ; y está compuesto de tres capas: capa externa de protección (poliéster), capa media que contiene 6 mg de norelgestromina (metabolito activo del norgestimato, progestágeno de 3a generación) y 600 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 ciclos 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 con estrógenos, como mastalgia, dismenorrea, náusea y vómito.

IMPLANTE SUBDÉRMICO

Está formado por una sola varilla que contiene 68 mg de etonogestrel, gestágeno de tercera generación. Tiene una duración de 3 años. Al inicio elimina de 60 a 70 mcg/día, y decrece de 35 a 45 mcg/día al final del primer año, de 30 a 40 mcg/día al final del segundo año y de 25 a 35 mcg/día al final del tercer año. Presenta una eficacia alta, al registrar un índice de Pearl de 0.38 por 100 mujeres en 1 año. Como complicaciones posibles, en cuanto a la inserción, se han descrito hematoma, dolor, irritación local y posible riesgo de infección. Los trastornos del ciclo menstrual son frecuentes; se presentan hemorragias irregulares o prolongadas hasta en 50% y amenorrea sólo en 20% de las pacientes. El sangrado irregular es la primera causa por la que las usuarias suspenden su uso, que llega hasta 36%.





DIU con levonorgestrel

Consiste en un marco de polietileno en forma de T con un cuello que contiene 52 mg de levonorgestrel; libera de manera directa a la cavidad uterina 20 mcg al día durante un periodo de 5 años. El mecanismo de acción principal se basa en la reducción de la proliferación endometrial, el espesamiento del moco cervical y la inhibición de la motilidad de los espermatozoides.

La mayoría de las pacientes presenta ciclos ovulatorios normales, ya que los niveles séricos de hormona son demasiado bajos para la supresión de la función ovárica. Por la acción local del progestágeno disminuye la dismenorrea y la hipermenorrea. Puede llegar a reducir el sangrado en 90%. De 20 a 50% de las usuarias presenta amenorrea dentro de los primeros 2 años tras la inserción.

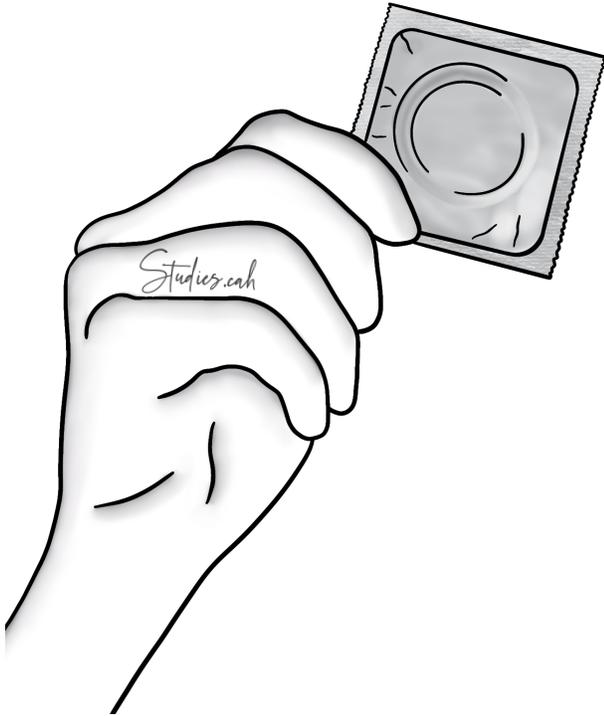
Entre los beneficios no contraceptivos se incluyen mejoría de la dismenorrea y la menorragia idiopática. La probabilidad de embarazo en el primer año es de 0.1 a 0.2%. El retomo a la fertilidad es rápido, ya que la ovulación aparece a las 2 semanas de la extracción. Las principales razones para su retiro anticipado son el sangrado excesivo e irregular que suele ocurrir en los 6 primeros meses, infecciones y dolor.

DIU de cobre

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.

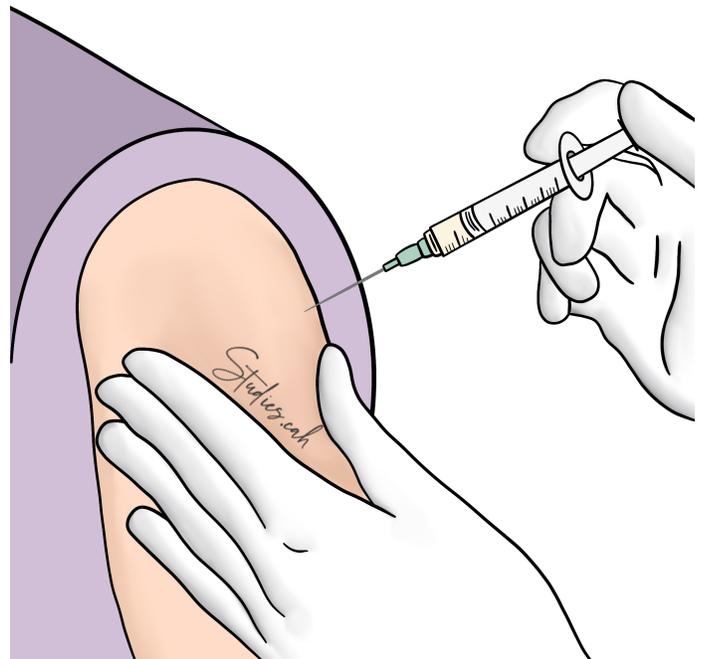
Condón masculino



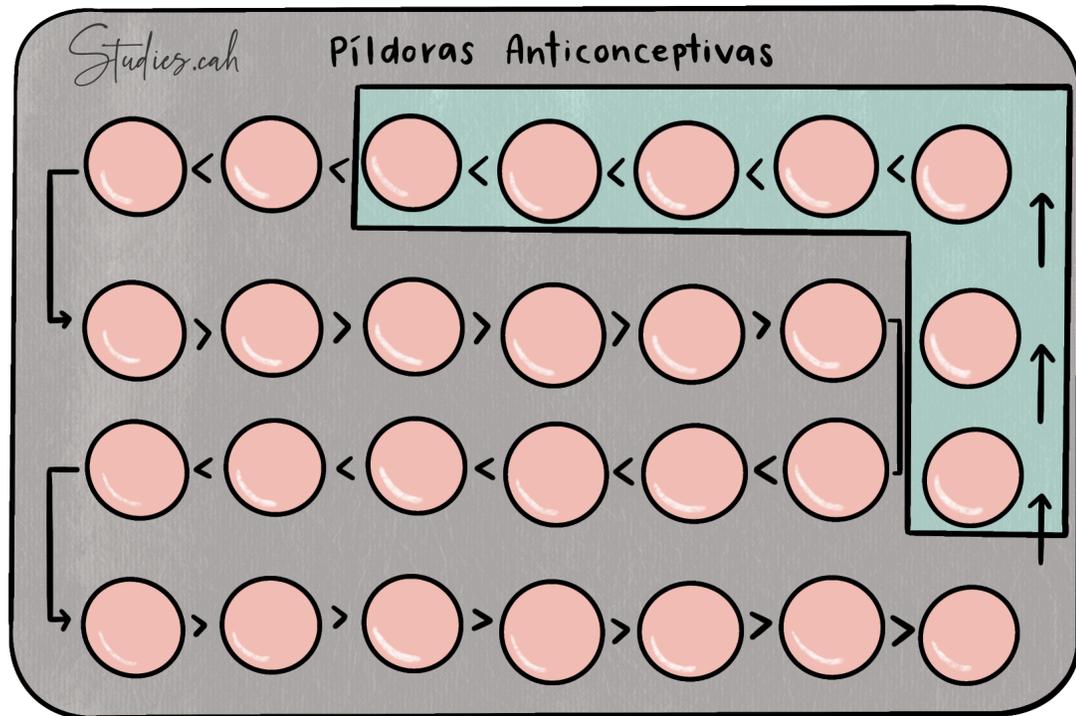
Es el único método anticonceptivo aceptado por la FDA, junto con el preservativo femenino, que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Tiene una eficacia de 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8). Si su uso es correcto y consistente desciende 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.

inyectables

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 grageas tienen la misma dosis de estrógenos y progestágenos
- Combinados multifásicos: se componen de diferentes dosis y pueden ser bifásicos, trifásicos o cuadrifásicos; esto depende del número de combinaciones de estrógenos y progestágenos en las grageas.
- Minipíldora (POP's): existen tres píldoras sólo de progesterona que contienen linestrenol 0.5 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, e 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 deprivación 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 foliculoestimulante 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 espermatozoide), cambios a nivel de las salpinges, lo que impide el transpase del gameto y hace que el endometrio sea un medio no receptivo para la implantación.