

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

Guías en Salud Sexual y Reproductiva

Capítulo Anticoncepción
(Métodos Reversibles)



Programa Nacional
de Salud de la
Mujer y Género

Diseño de tapa: O.Smedia

Estas Guías fueron editadas gracias al aporte del
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Ministra de Salud Pública

María Julia Muñoz

Subsecretario

Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Jorge Basso Garrido

Subdirector General de la Salud

Gilberto Ríos Ferreira

Directora División Salud de la Población

Liliana Etchebarne

Directora División Programas Prioritarios

Arlés Caruso

Coordinadora Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

Cristina Grela

Coordinador Área de Salud Sexual y Reproductiva

Bremen De Mucio

Estas Guías son producto de un largo proceso que comenzó en el marco del Programa Maternidad y Paternidad Elegida de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa Mujer - Niñez del Ministerio de Salud Pública.

Fueron revisadas técnicamente por los miembros de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:

Facultad de Medicina, Prof. Enrique Pons
Facultad de Psicología, Psic. Alejandra López Gómez
Intendencia Municipal de Montevideo, Dra. Perla Vivas
Ministerio de Salud Pública (ASSE, DIGESA)
Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU), Lilián Abracinskas
Sindicato Médico del Uruguay, Leonel Briozzo
Sociedad Ginecotológica del Uruguay, Leonel Briozzo

Participaron en calidad de autores:

Lilián Abracinskas
Wilson Benia
Stella Cerrutti
Bremen De Mucio
Rodolfo Etchevarren ()*
Carlos Güida
Alejandra López
Marisa Marmissolle
Mariela Mazzotti
Myriam Regueira
Leticia Rieppi
Ana María Solari
Perla Vivas

Coordinadores Generales de la edición:

Bremen De Mucio
Wilson Benia
Cristina Grela

INDICE

Introducción	11
Valoración de la usuaria previa a la administración de un anticonceptivo	25
Anticonceptivos hormonales	27
Anticoncepción hormonal de emergencia	43
Dispositivo intrauterino (diu)	49
Métodos naturales o comportamentales	61
Inclusión de los varones en los Servicios de salud sexual y reproductiva	67

PROLOGO

Nos complace en presentar estas guías en el primer semestre de la administración 2005-2010 del Ministerio de Salud Pública que, significativamente es encabezada por una mujer; la Dra. María Julia Muñoz como Ministra, en el inicio de un período de gobierno progresista.

Son ellas motivo de orgullo y fortalecen el compromiso político manifestado anteriormente, en contribuir hacia LA equidad entre los ciudadanos y, en particular con las mujeres.

Estas primeras GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA “capítulo anticoncepción”, son producto de un largo proceso que comenzó en los compromisos internacionales que nuestro país asumió en la Conferencia sobre POBLACIÓN y DESARROLLO en Cairo en 1994 y que fuera asumido a nivel nacional en los programas de “Maternidad y Paternidad Elegida” y de “Salud Reproductiva”.

Su culminación se logra con la contribución constante, interdisciplinaria e interinstitucional que involucró técnicos/as de este Ministerio, la Universidad de la República, la Intendencia Municipal de Montevideo, las Asociaciones Gremiales y Científicas y representantes de la Sociedad Civil.

En esta visión integradora y trabajo en equipo, ha sido fundamental el aporte de las mujeres organizadas, quienes contribuyeron a visualizar la necesidad de mantener vigentes los derechos de humanos también al tomar decisiones reproductivas y cuando reciben atención en anticoncepción.

*Los colectivos, integrantes de la **Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** nos entregaron este documento que pretende ofrecer información actualizada y basada en evidencias sobre los pasos a seguir para la aplicación, intervención y uso de métodos anticonceptivos.*

Este material esta dirigido a los equipos de salud del país que asisten a mujeres y varones de todas las edades, poniendo énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos inalienables, desde una visión de equidad y género.

Estamos convencidos que este será un instrumento para sensibilizar a los y las profesionales de salud del sector público y privado y mejorará sus conocimientos, habilidades y destrezas para lograr una atención calificada y de calidad , contribuyendo a integrar en esta área la justicia, dignidad e inclusión para una mejor calidad de vida, la expresión de las emociones y vínculos en el ejercicio de una sexualidad placentera y responsable, libre de temores y mitos, sin violencia y equitativa.

Doctor Jorge Basso,
*Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública,
URUGUAY, Setiembre 2005*

INTRODUCCION

En los últimos años en el subsector público de los servicios de salud del Uruguay se han desarrollado programas orientados específicamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, con énfasis en la integralidad y con la inclusión de servicios de anticoncepción.

Ello puede vincularse a los compromisos asumidos por el país con los Programas de Acción emanados de las Cumbres Mundiales de El Cairo (1994) (1) y Beijing (1995) (2). En la Asamblea General de las Naciones Unidas convocada para realizar el análisis y evaluación del cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo (Cairo+5, 1999) se ratificaron estos compromisos y se compartieron los avances de la gran mayoría de los países.

A partir de estos acuerdos internacionales, la equidad de género, la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, la regulación de la fecundidad, la atención a la salud de los adolescentes, la calidad de atención en los servicios, la co-responsabilidad reproductiva de varones y mujeres, son algunos

de los conceptos que, necesariamente, deben ser incorporados en un proceso de normatización en el campo de las intervenciones, tanto a nivel del subsector público, como el subsector privado. Se destaca además, el énfasis en aquellas acciones dirigidas a atender la salud de las mujeres en general, y la anticoncepción en particular.

Estas **Guías Normativas** son producto del esfuerzo sostenido de un amplio conjunto de profesionales que en los últimos años han realizado intentos múltiples de sistematización de la documentación existente, la evidencia científica acumulada y los ajustes que implica la realidad particular del Uruguay.¹ El contenido técnico referido a los métodos anticonceptivos, se ha desarrollado en base a la disponibilidad de métodos con que las mujeres, los varones y las parejas pueden contar actualmente en el Uruguay.

Se espera que su utilización contribuya a mejorar las prestaciones en Salud Sexual y Reproductiva de todo el sector salud.

¹ El presente documento tiene como antecedente inmediato, y ha mantenido, con la debida autorización, algunos contenidos textuales, de las normas elaboradas por La Comisión Asesora Honoraria en Salud Sexual y Reproductiva designada por el Ministro de Salud Pública, Prof. Dr. Raúl Bustos, en el marco del Proyecto de Salud Reproductiva (resolución del 28/5/97), cuya validación oficial y publicación no fueron posibles en su oportunidad.

1. Referentes conceptuales.

1.1. Salud integral y modelo de atención.

El enfoque de Salud integral, implica que la conceptualización de la salud se realice desde una perspectiva multidimensional, de complejidad y contextualización histórica.

Los abordajes hegemónicos en el sector salud tienden a minimizar la incidencia y el reconocimiento de los determinantes de orden socio-cultural, económico y político, en la producción y solución de los problemas de salud – enfermedad.

Se ha sostenido así un paradigma de la salud como ausencia de enfermedad o como completo estado de bienestar, sin incluir las tensiones conflictivas que se conjugan en el proceso de Salud y Enfermedad con aspectos concurrentes, contradictorios y complementarios. (3)

De-construir el paradigma dominante que sostiene, a la vez, las producciones del saber científico hegemónico y las concepciones y demandas de la población, exige pensar la Salud – Enfermedad como un proceso al mismo tiempo singular que colectivo, sustentado por diferentes factores (3):

- ✓ Los determinantes socio-económicos, incluyendo los valores y sensibilidades de los diferentes estamentos sociales;

- ✓ La producción socio-histórica de masculinidad(es) y feminidad(es) y sus relaciones;
- ✓ El sistema de valores y creencias en relación al cuerpo y sus cuidados;
- ✓ Los procesos de empoderamiento ciudadano en relación a sus derechos;
- ✓ Los modelos de intervención técnico – profesional, donde se institucionalizan o se problematizan asimetrías de poder entre técnicos y usuarios/as.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos impulsados por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1) proponen una redefinición de la relación entre lo público y lo privado que afecta la conceptualización de la Salud y los Modelos de Atención. Este cambio de paradigma ubica el campo de la sexualidad y la reproducción, en un cruce de caminos entre lo *íntimo - personal*, y lo *público – social*.

Se tiende a superar la dicotomía institucionalizada público - privado que constituye una dificultad en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, por los elementos señalados por Pateman (4):

- el ámbito público es objeto de reflexión, teorización y legislación, mientras que la esfera doméstica (familiar y sexual) se trivializa, naturalizando las relaciones patriarcales;
- la distinción público-privado supone la desigual asignación de mujeres y hombres a una y otra esfera;

- la “privacidad” tiene como consecuencia práctica que el ámbito doméstico y familiar se sustraiga al escrutinio público y a la protección legal.

El tratamiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos ha estado atravesado por esta dicotomía público – privado: la *sexualidad* considerada como un asunto privado – personal, y la *reproducción* asumida como un asunto no sólo personal sino social, en el cual el Estado debe intervenir. Así, las acciones gubernamentales y no gubernamentales han privilegiado la defensa de los Derechos Reproductivos, en detrimento de la promoción de los Derechos Sexuales

El enfoque de derechos sexuales y reproductivos está muy vinculado con la noción de *empoderamiento*, que supone generar las condiciones para que las personas puedan tener el poder de la decisión, lo que implica una transformación de todas aquellas relaciones de poder que generan situaciones de desigualdad y discriminación. Este proceso debe ser concebido como un proceso de transformación de lo individual y de lo colectivo. Permite que las personas, y en especial las mujeres, se construyan como sujetos de derechos respecto a la sexualidad y la reproducción, con acceso a poder y recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera autodeterminada, sustentadas por el principio ético de la autonomía.(3)

La *autodeterminación* en el campo de la salud sexual y reproductiva implica elementos tales como:

- contar con información
- tener conocimiento de los derechos
- tener condiciones para ejercerlos
- el autocuidado,
- el cuidado del otro,
- el respeto a la diversidad,
- la responsabilidad social,
- la capacidad de negociación sexual desde un lugar de equidad.

Estos elementos cobran particular interés en una perspectiva de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, con énfasis en la promoción de salud.

En la base de los derechos sexuales y reproductivos, se encuentran los principios éticos de la integridad corporal, la capacidad para ser persona, la diversidad y la equidad que permiten la *construcción y el ejercicio pleno de ciudadanías*. (5)

1.2. Salud sexual y reproductiva.

La última década del Siglo XX ha estado signada por Cumbres mundiales organizadas por Naciones Unidas, en las áreas fundamentales para la sobrevivencia y el desarrollo sustentable de la vida en el planeta, en el marco de la reafirmación de los Derechos Humanos.

En el área de la salud los avances más importantes se han producido en la necesidad de pasar de un modelo asistencialista e individualista, de alta especialización y con una visión puramente clínica, a un modelo de atención integral, con un enfoque social y de desarrollo hu-

mano. Son condiciones indispensables para la implementación de acciones en el terreno de la salud sexual y la salud reproductiva.

Se ha reafirmado la necesidad de educación y asistencia oportuna a los jóvenes para responder a sus necesidades en el ejercicio libre y responsable de la sexualidad, superando las inequidades de género y reconociéndolos como sujetos portadores de derechos, incluidos los reproductivos, en aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

La consideración de la Salud Sexual y Reproductiva como parte del concepto de salud integral, y de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos y por tanto universales, inalienables, aplicables a cada una de las personas, es un hecho relevante que apoyan y promueven varios organismos referenciales, entre ellos la OMS.

El Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo (1994) establece que *“La **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”*

“Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de discriminación. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para po-

der hacerlo. La atención en Salud Reproductiva incluye también a la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.” (1)

Se plantean como objetivos de primera línea, asegurar un amplio acceso a la información y a servicios de Salud Reproductiva. En segundo lugar propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre los métodos de anti-concepción libremente elegidos y asegurar el acceso a la información, educación y servicios para la regulación de la fecundidad. (7.2 Programa de Acción ICPD)

Asimismo se establece el reconocimiento de los **derechos reproductivos** que incluyen:

- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (7.3 Programa de Acción ICPD).
- El derecho básico de todas las parejas e individuos a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.
- El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos, y a disponer de la información y los medios para ello.
- En ejercicio de estos derechos las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades y derechos de sus hijos nacidos y futuros, así como sus obligaciones con la comunidad.

En Beijing (1995) se ratifica lo manifestado en El Cairo con relación a los derechos reproductivos y a la salud sexual. (2)

Particular atención merece lo afirmado con respecto al aborto: *“ En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a los gobiernos y organizaciones no gubernamentales a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas y de reducir la ocurrencia del mismo mediante la presentación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar; con esa medida se deberá evitar la repetición de los mismos»*. (Programa de Acción ICPD 8.25).

La Organización Mundial de la Salud define la **Salud Sexual** como la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

El concepto de sexualidad incluye:

- La aptitud de disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y según una ética personal y social;
- La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que perturben las relaciones sexuales;
- La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades o deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

1.2.1. Principios generales para la atención de la salud sexual y reproductiva.

1.2.1.1. Partir de una concepción afirmativa de la sexualidad humana, priorizando su

significado “cultural” de expresión de comunicación interpersonal placentera, sobre su función biológica vinculada a la procreación.

1.2.1.2. Afirmar que las personas son seres sexuados desde que nacen y su capacidad de amar y sentir, debe cultivarse en forma permanente y progresiva a lo largo de toda la vida, respetando las diversas idiosincrasias, valores y tiempos personales de evolución.

1.2.1.3. Reconocer el derecho de todo ser humano de procurar su satisfacción sexual según sus propias necesidades o preferencias (respetando las de los demás), así como de renunciar temporal o permanentemente a ella.

1.2.1.4. Reconocer la existencia y respetar la validez de las diversas formas de arreglos familiares.

1.2.1.5. Reconocer que la lucha contra la inequidad de género y la discriminación y marginación de la mujer en los ámbitos social, cultural y político, es un imperativo categórico en la construcción de una sociedad más justa y equitativa, que debe transversalizar todas las acciones que se emprendan, incluidas aquellas relativas a la salud sexual y reproductiva (1)(2).

1.2.1.6. Reconocer que las imposiciones y/o inicio abrupto de relaciones sexuales,

- por presión de los grupos de pares o de adultos, representan un atentado a los derechos de las personas.
- 1.2.1.7. Valorar el acto de engendrar en tanto sea expresión de una opción consciente, libre, responsable y comprometida, favoreciendo aprendizajes que faciliten la toma de decisiones en este sentido.
 - 1.2.1.8. Reconocer y promover el derecho y la obligación de hombres y mujeres, cualquiera sea su edad, a controlar responsablemente su fecundidad por los medios que consideren mas adecuados y compatibles con sus convicciones morales.
 - 1.2.1.9. Rechazar toda forma de violencia sexual y de presión (de carácter físico, psicológico, social, económico, ideológico o cultural) para el ejercicio de la sexualidad.
 - 1.2.1.10. Rechazar la noción de una edad de “retiro” sexual y sostener el derecho de las personas adultas mayores a ejercitar su sexualidad, si así lo deciden y desean.
 - 1.2.1.11. Es obligación del Estado, de los trabajadores de la salud y de los educadores aportar la información, la orientación y la asistencia necesarias para que estos derechos puedan ser efectivamente ejercitados.

1.2.2. Componentes de los programas de salud sexual y reproductiva.

En los Programas de Salud Reproductiva deberán incluirse los siguientes componentes programáticos:

1.2.2.1 *Promoción de derechos sexuales y reproductivos*

A la luz de los marcos conceptuales internacionales signados por el país, es clara la relevancia de este componente en todo Programa tendiente a mejorar la salud sexual y reproductiva.

El conocimiento de mujeres y hombres de sus derechos sexuales y reproductivos permite la toma de conciencia de sus situaciones particulares en la estructura social – sus roles familiares y sociales, sus vínculos y las relaciones de poder que median en ellos, su autoestima y la capacidad de empoderamiento – y facilita la toma de decisiones hacia el autocuidado y el cuidado del otro/a en forma sostenida. Es imprescindible la incorporación de enfoques de género en toda actividad de promoción de derechos sexuales y reproductivos.

Las estrategias en la promoción de derechos deben incluir:

- La **educación para la salud**, que compete tanto al sector educativo como al sector salud, con un análi-

sis crítico continuo de las prácticas educativas.

- El enfoque de género.
- La **evaluación de las acciones de promoción y prevención**, para dar cuenta de los resultados obtenidos hacia la mejora de calidad de atención.

1.2.2.2. *Regulación de la fecundidad. Anticoncepción. Fertilidad asistida.*

Se entiende por **regulación de la fecundidad** el acto o decisión humana de establecer una modificación o cambio en la potencialidad biológica de la procreación, de acuerdo a los parámetros personales, culturales y sociales de individuos y parejas, en un momento determinado de su vida reproductiva.

La **anticoncepción** es un conjunto de métodos y técnicas que permite a mujeres y hombres ejercer y disfrutar de su sexualidad independientemente de la función reproductiva, así como escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos que deciden tener. (6)

La **decisión de regular la fecundidad** está condicionada por las concepciones socio-culturales imperantes, -en particular los significados atribuidos a la maternidad-, así como por la situación de dominio o subordina-

ción en cada pareja; por ello, la promoción de salud no consiste tan sólo en brindar información, sino en favorecer procesos personales o grupales de conocimiento que permitan la toma de conciencia y la toma de decisiones.

Las acciones de **apoyo a la fertilidad** requeridas por muchas personas obliga a la creación de servicios accesibles, con tecnología apropiada, que brinden diagnóstico y tratamiento adecuados a estas situaciones.

1.2.2.3. *Atención perinatal (prenatal, parto, postparto) y Acciones para disminuir la mortalidad materna*

La atención perinatal está normatizada en forma clara y existe legislación al respecto que obliga al Estado a brindar atención de calidad a toda mujer embarazada, en aras de disminuir la mortalidad infantil así como la morbi-mortalidad materna.

Esta cobertura exige actuar con un fuerte concepto de promoción de salud y prevención, mediante controles periódicos de salud para detectar alteraciones de la normal evolución del embarazo, la atención oportuna a las emergencias obstétricas, el funcionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia, y el acceso oportuno a orientación y servicios de anticoncepción.

Deberán establecerse acciones normatizadas, orientadas particularmente a la prevención del aborto en condiciones de riesgo.

- 1.2.2.4. *Enfermedades de transmisión sexual.* Se debe fortalecer la acción de detección, prevención y asistencia de las ITS y sus secuelas, por su alta prevalencia en mujeres y hombres. La aparición del VIH – SIDA y su particular patogenia obligan a la toma de conciencia sobre la práctica de una sexualidad segura.

Estas enfermedades están fuertemente vinculadas a las construcciones socio-culturales y deben considerarse como situaciones asociadas a los procesos de sexualidad y reproducción y no aisladas, como patologías independientes; de ahí la importancia de una adecuada aplicación de estrategias de educación para la salud con enfoque de género.

- 1.2.2.5. *Cáncer ginecológico.*

Se destaca la importancia de la prevención y atención del cáncer ginecológico (de cuello de útero y de mama), causante de la mayor cantidad de muertes prevenibles; se debe favorecer la educación para la salud, la prevención primaria, la detección precoz y la asistencia oportuna de la mujer en los servicios de salud reproductiva. A tales efectos existe la Ley 17.242 del 20 de junio de 2000, que busca promover el control de salud beneficiando a la mujer trabajadora para acceder a los servicios.

- 1.2.2.6. *Atención del climaterio.*

La integralidad de la atención a la salud reproductiva a lo largo del ciclo de vida exige visualizar la etapa del climaterio y la post menopausia con sus particularidades y requerimientos, hacia los cuales los servicios deben instrumentar respuestas que aporten a la mejora de la calidad de vida.

2. Aspectos éticos y jurídicos

Una propuesta de normatización en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva debe atender fundamentalmente a principios generales cuya validez universal sea compatible con la pluralidad conceptual, ideológica y religiosa de la población del país, que convive bajo un régimen democrático de gobierno.

La incorporación de la Salud Sexual y Reproductiva al ámbito de los Programas de Salud, requiere ineludiblemente la consideración de los valores implicados en la toma de decisiones, como elemento de calidad en las prestaciones. Siguiendo al Prof. Diego Gracia en la Sección I «Principios de la Práctica Médica» (7) podemos afirmar que los lineamientos propuestos deben propiciar:

- Una **ética civil** acorde con la real diversidad social, cultural y religiosa existente a nivel de los distintos estados y países, **respetando** al mismo tiempo **el derecho a la libertad de conciencia de todas las personas**. Por tanto, un Programa de Salud Sexual y Reproductiva de nivel nacional, debe **promover y responder a un mínimo moral común exigible a todos por igual, a establecerse desde «criterios estrictamente civiles o racionales»**.

A lo largo de la historia han existido diversas posturas y concepciones acerca de la sexualidad humana, que aún perviven. Somos tributarios de la cultura occidental y de la reli-

gión judeocristiana, que se instalaron sobre grupos humanos con su propia cultura y valores, lo que ha determinado nuestro sincretismo cultural. Sobre esta realidad se produjeron aportes de otros grupos y culturas que llegaron al continente americano en distintas situaciones y circunstancias de vida. Diversidad y cambio parecen constituir la dinámica de nuestras sociedades, en un desafío constante por mantener la identidad nacional, dentro de un proceso cada vez más acentuado de integración regional.

En esta dinámica social se considera que solamente **desde una ética civil** que haga posible incorporar la diversidad, se puede articular un Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Cualquier otro marco, excluiría a una parte de los ciudadanos que no profesara determinada religión o tuviera determinada ideología, con lo que no sería respetada su libertad de conciencia.

- Es necesaria así, una **ética pluralista**, integradora de la multiplicidad de posiciones relativas a la sexualidad que existe en el país. Se señala que el **derecho a la libertad de conciencia** hace que cada persona **deba ser respetada en sus valoraciones acerca de la sexualidad, como legítimo aspecto de su intimidad y privacidad**. A la vez, las posiciones sustentadas en el ámbito de la privacidad, **serán éticamente válidas si se articulan en una ética social en la que todas las personas sean tratadas con igual respeto, dignidad y consideración**.

Nadie debiera ser sometido a trato humano e indigno por su sexo, opiniones u orientación sexual. En este sentido la marginación, la coacción, la discriminación, el abuso y la violencia sexuales, deben ser consideradas injustificables e inaceptables desde el punto de vista ético.

- Una **ética autónoma**, construida desde el «**sí mismo**» como producto del análisis y desarrollo personal.

Solamente una ética de estas características, puede promover la autogestión responsable en el ámbito de la salud y la sexualidad, que propicie el desarrollo personal como producto «eminente humano» y como verdadero favorecedor del crecimiento personal y social.

- Una **ética racional**, que se incorpore al doble nivel operativo y secuencial de la racionalidad ética:
 - a) Momento «a priori», principalista o deontológico.
 - b) Momento «a posteriori», consecuencialista o teleológico

Desde este punto de vista, la propuesta debiera propiciar en las personas, la reflexión sobre las actitudes y prácticas en el plano de la salud y sexualidad. Resulta sustancial una **ética de la responsabilidad**, que propicie la reflexión acerca de:

1. Principios y derechos universales que constituyen la base de una convivencia humana y digna entre las personas.
2. Principios y valores personales que constituyen el propio sistema de referencia moral.
3. Los vínculos humanos y las relaciones recíprocas entre las personas, en las que todos los individuos merezcan el mismo respeto y consideración.
4. En este sentido resulta importante que la población, a través de Programas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, pueda incorporar el autocuidado. Del mismo modo es fundamental que puedan reflexionar acerca de los requisitos que implica el ejercicio de la sexogenitalidad, en cuanto generar responsabilidad por las consecuencias que podrían surgir hacia uno mismo y los demás.

3. Los servicios de anticoncepción en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en general, y los de Anticoncepción en particular, deben formar parte de los programas brindados a la población, sin constituirse en compartimientos separados de la dinámica habitual de los efectores de salud.

Los servicios de salud deben integrar los siguientes aspectos:

- Incluir a **mujeres y varones** en su población objetivo.
- Incluir los diferentes **tramos etarios**: adolescentes, adultos, tercera edad, etc.
- Involucrar a los sub-sectores de salud **público y privado**.
- Jerarquizar el **Primer Nivel de atención** como escenario privilegiado y natural.
- Contar con **equipos interdisciplinarios**.
- Articular **redes interinstitucionales e intersectoriales**, particularmente con el sector educativo.

3.1. Los servicios de anticoncepción.

Los servicios de anticoncepción deben asegurar a sus usuarias/os un conjunto de componentes articulados en un plan de anticoncepción. La consulta profesional en el marco de los servicios de anticoncepción debe tener un fuerte carácter preventivo y de integralidad.

El plan de anticoncepción incluye:

- Instancias de asesoramiento.
- Elección y administración del método.
- Implementación de intervenciones preventivas concomitantes.
- Seguimiento ulterior

3.1.1. Proceso de asesoramiento.

La elección del método debe ser protagonizado por cada mujer u hombre, o por cada pareja, debidamente informado/a, en tanto que el profesional asesora y acompaña este proceso de decisión.

Esta elección debe contemplar importantes aspectos para la persona que decide: seguridad, eficacia, comodidad, accesibilidad económica, respeto de su estilo de vida y sus valores, así como la eventual aceptación por parte de la pareja.

Otros aspectos relevantes en la elección refieren a las distintas etapas de la vida reproductiva – adolescencia, juventud, perimenopausia, lactancia – y al patrón de la actividad sexual.

La orientación debe desarrollarse como un proceso dialógico, donde se integren los conocimientos y experiencias de las/os usuarias/os y el saber técnico, que debe brindar la más amplia información científica con lenguaje comprensible sobre los métodos disponibles, tanto en ese servicio como en otros niveles. Se abordará la efectividad de cada método, indicación del uso, beneficios y efectos colaterales.

El espacio de orientación debe permitir que las personas expresen sus temores, dificultades, creencias y motivaciones en relación al uso de los diferentes métodos. Estos aspectos desplegados en el diálogo de orientación, deberán ser revisados respetuosamente a partir de los aportes más actualizados del saber técnico, aplicados a la realidad particular de cada persona o pareja. El cuidado en este proceso de orientación asegurará un discernimiento libre y consciente, que favorecerá el sostén de las decisiones.

La orientación puede estar a cargo de diferentes integrantes del equipo de salud, según se planifique en cada servicio. Serán más aptos aquellos que posean mayores capacidades comunicacionales.

El proceso puede incluir instancias grupales e individuales. Las primeras son particularmente útiles para el intercambio y el diálogo de conocimientos e información. Las segundas son insustituibles para la elección final del método anticonceptivo.

3.1.2. La consulta médica integral. Historia Clínica.

La prescripción de métodos anticonceptivos debe desarrollarse en el marco de una consulta ginecológica completa, con el consiguiente registro en una historia clínica de los datos surgidos de la anamnesis y el examen físico, y la paraclínica correspondiente en cada caso.

La llegada de una usuaria a la consulta por anticoncepción significa siempre un

valloso contacto con el equipo de salud por parte de una mujer sana, que posiblemente no ha tenido controles en el último tiempo. Es una oportunidad que deberá aprovecharse para promover un control general que incluya aspectos clínicos y paraclínicos de rutina.

El seguimiento específico de las usuarias deberá incluir:

- los controles propios del método seleccionado,
- los exámenes clínicos y paraclínicos correspondientes a la prevención del cáncer ginecoto-mamario.

Los datos esenciales vinculados a la salud reproductiva de la usuaria, además de ser consignados en la historia clínica, deberán ser registrados en el instrumento denominado **Carné de la mujer** (ver anexo), que será entregado a la usuaria a efectos de que porte consigo la información básica para dar continuidad a su control.

Anamnesis

Debe incluir, además de la ficha patronímica, los siguientes antecedentes :

1. *Antecedentes familiares:* principalmente hematológicos, metabólicos y cardiovasculares.
2. *Antecedentes personales.* Se realizará interrogatorio sistemático, con énfasis en enfermedades infecciosas generales, genitales y de transmisión sexual, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

3. *Antecedentes ginecobstétricos*: menarca, embarazos y sus complicaciones, partos y abortos si hubieran existido, uso previo de anticonceptivos y datos de fertilidad. Ciclos menstruales: fecha de última menstruación, frecuencia, duración, cantidad, y otros síntomas acompañantes (dismenorrea, mastalgia).
Dispareunia, sinusiorragia, flujo, dolor pélvico.
4. *Antecedentes sexuales*: Inicio de relaciones, número de compañeros en los últimos 2 años, hábitos sexuales. Promover la expresión de la subjetividad del usuario/a en relación a satisfacción, deseo sexual, etc.

Examen físico

El examen físico deberá ser sistematizado:

- 1) Peso, talla (IMC), Presión Arterial.
- 2) Piel y Faneras, (hirsutismo, acné, cloasma).
- 3) Cuello: tiroides.
- 4) Mamas: inspección y palpación, expresión mamaria, palpación de axilas.
- 5) Examen abdominal: inspección y palpación.
- 6) Examen Genital Completo: externo e interno, inspección y palpación.

Paraclínica

Se solicitará según el caso clínico.

- 1) Hemograma.
- 2) Creatininemia
- 3) Funcional y enzimograma hepático.
- 4) Perfil lipídico
- 5) Orina completa
- 6) Ecografía ginecológica.

- 7) Exámenes destinados a la detección del cáncer genito-mamario: colpocitología oncológica, eventualmente colposcopia, y mamografía según las guías normativas vigentes.

En situaciones de bajo riesgo clínico no se postergará el inicio de la anticoncepción, esperando los resultados de la paraclínica solicitada.

Bibliografía

1. Naciones Unidas, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.
2. Naciones Unidas, Declaración y Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995.
3. López A, Benia W, Contera M, Güida C. Del Enfoque Materno infantil al Enfoque de la Salud Reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo. 2003.
4. Pateman, C. Críticas feministas a la dicotomía público-privado. En: Perspectivas Feministas en Teoría Política. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1996.
5. Correa S, Petchesky R. "Reproductive and Sexual Rights: A feminist perspective". En Sen, Germain, Chen (Ed.): Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights. IWHC, NYC. 1998.
6. Toro Ocampo H. Salud Reproductiva. Nueva orientación para los programas de salud. En: Temas de Salud Pública en el contexto de la Salud Reproductiva. FN/AP – OPS. 1998.
7. Gracia Guillén D. Procedimientos de Decisión en Ética Clínica. Eudema. Madrid 1991.

VALORACIÓN DE LA USUARIA PREVIA A LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANTICONCEPTIVO

La Organización Mundial de la Salud recomienda que antes de indicar cualquier método anticonceptivo se proceda a una correcta valoración de la mujer.

Para decidir cuales son las pruebas y exámenes que se deben realizar se sugiere la siguiente clasificación:

Clase A: Esenciales y mandatorios en todas las circunstancias para el uso seguro y efectivo del método anticonceptivo.

Clase B: Contribuyen sustancialmente al uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada dentro del contexto de servicio y/o de la salud pública. El riesgo de no realizar un examen o prueba debe compararse

con el beneficio de suministrar un método anticonceptivo.

Clase C: No contribuyen sustancialmente al uso seguro y efectivo del anticonceptivo. Independientemente de que no sean indispensables para garantizar la efectividad y seguridad del método, deberán ser realizados con regularidad desde una perspectiva integral de salud de la mujer.

Esta clasificación no incorpora algunos exámenes que pueden ser apropiados para una correcta evaluación del estado de salud de una mujer, pero no se los ha incluido por no vincularse con los criterios necesarios a establecer para considerar si un método anticonceptivo es apropiado y seguro.

Situación Específica	ACO comb.	AI comb.	ACO Proges.	AI Proges.	Preservativo	DIU Tubaria	Ligadura	Vasectomía
Examen								
Mamario	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Examen								
Pélvico/Genital	C	C	C	C	C	A	C	A
Screening								
Cervical/PAP	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Laboratorio de								
Rutina	C	C	C	C	C	C	C	C
Test de								
Hemoglobina	C	C	C	C	C	B	B	C
Valoración riesgo								
ITS/historia/examen								
físico	C	C	C	C	C*	A	C	C
Screening ITS/HIV								
Serología	C	C	C	C	C*	B	C	C
Screening Presión								
Arterial	**	**	**	**	C	C	A	C***

* Se recomienda evitar el uso de preservativos con nonoxinol-9 si tienen alto riesgo de infección por HIV.

** Es recomendable, si se dispone el control de presión arterial antes y después de usar estos métodos. Pero no debe impedirse el uso de esos métodos si no se dispone de control de la presión arterial.

*** Solo para procedimientos que se llevan a cabo con anestesia local.

Bibliografía:

Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva e Investigación. Capítulos 14 a 19 en: Selección de prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Son medicamentos que contienen hormonas para evitar el embarazo, actuando principalmente como anovulatorios. En nuestro país solo se dispone de presentaciones para uso por vía oral o parenteral y recientemente se cuenta con anticonceptivos transdérmicos (parches), aunque hasta el momento no se consiguen implantes subdérmicos (pellets) o anillos vaginales (Nuva-ring). En el presente capítulo solo mencionaremos aquellas presentaciones disponibles en nuestro medio.

Clasificación:

De acuerdo con su forma de administración se los puede clasificar en:

- Anticonceptivos orales (ACO)
- Anticonceptivos inyectables
- Anticonceptivos transdérmicos

Anticonceptivos Orales:

Anticonceptivos Orales Combinados Monofásicos.

Están compuestos por un estrógeno y un gestágeno, con la misma carga hormonal en cada uno de los comprimidos, por lo que reciben el nombre de monofásicos. Independientemente de la dosis (macro y micro), todos los anticonceptivos monofásicos actúan de la misma manera.

Los estrógenos utilizados en este tipo de anticonceptivos son esencialmente dos:

- ✓ etinil- estradiol (EE)
- ✓ mestranol

Los progestágenos utilizados son muchos y en su mayoría son derivados de la Progesterona o la 19 Nortestosterona:

- ✓ noretindrona, linestrenol, norgestrel, l-norgestrel (levo-norgestrel), norgestimato, desorgestrel, gestodeno, ciproterona, drospirenona.

Combinados (<i>Estrógenos y Progesterona</i>)		Mensuales	Progestinas solas
Monofásicos Igual carga hormonal en cada píldora.		Un único comprimido contiene estrógeno y un gestágeno.	Minipíldoras Contienen igual carga hormonal en cada píldora.
Microdosis	Trifásicos La carga hormonal varía 3 veces a lo largo del ciclo.		
Macrodosis			

Tienen leves propiedades androgénicas con excepción de los dos últimos. Todos los productos derivados de los 19 nortestosterona pueden disminuir la tolerancia a la glucosa y aumentar la resistencia a la insulina, así como disminuir la lipoproteínas de alta densidad y aumentar las de baja densidad. De todas formas el poder androgénico varía, aun dentro de los derivados de la 19 nortestosterona, tal es así que el norgestimato, desogestrel y gestodeno se consideran más selectivos por tener menor efecto androgénico con igual efecto anovulatorio. La reducción del efecto androgénico se debe a un aumento de la globulina ligadora de hormonas sexuales, con una disminución de testosterona libre, lo cual tiene importancia en el tratamiento del acné.

Diferentes investigaciones relacionan el efecto androgénico con la dosis, más que con el tipo de progestágeno.

Anticonceptivos Orales Combinados Trifásicos.

Las dosis de estrógeno y progesterona son variables, y se presentan en tres combinaciones diferentes, las que se encuentran señaladas porque las grageas tienen 3 colores diferentes de acuerdo con su composición hormonal. La composición hormonal diferente trata de remedar el comportamiento fisiológico del ovario, de tal forma que al principio la dosis de gestágeno es menor que al final del "ciclo". Por estas características es necesario que la mujer respete el orden de administración de los comprimidos.

Mecanismo de acción:

El mecanismo anticonceptivo se consigue primordialmente por el **efecto anovulatorio**, que en los anticonceptivos combinados es favorecido por el efecto sinérgico de disminución de la FSH y LH, mientras que en los que solo tienen progestágenos la acción se vincula con la supresión del pico de LH.

Efectos estrogénicos:

- ✓ Inhibición de la ovulación por supresión de FSH y LH
- ✓ Alteración de las secreciones uterinas con aparición en el endometrio de áreas de edema alternadas con áreas de mayor densidad celular.
- ✓ Aceleración del transporte tubárico ovular.

Efectos progestagénicos:

- ✓ Inhibición de la ovulación por supresión de LH.
- ✓ Espesamiento del moco cervical.
- ✓ Inhibición de la capacitación enzimática del espermatozoide, que permite su entrada al óvulo.
- ✓ Enlentecimiento del transporte tubárico ovular.
- ✓ Espesamiento de la secreción de las trompas de Falopio.
- ✓ Decidualización endometrial.

Eficacia de los anticonceptivos orales combinados:

La eficacia está determinada por la continuidad en el uso y oscila entre 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Usa-

dos en forma correcta la eficacia es de 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Modo de uso:

Deben ingerirse siempre a la misma hora del día con la finalidad de generar hábito y de esa forma disminuir los olvidos.

Esquema de uso: tanto en presentaciones de 21 o 28 comprimidos el primer paquete se comenzará a tomar a partir del 1er día de la menstruación, tomando un comprimido por día.

Cuando se trate de un ACO en presentación de 21 comprimidos, se hará una semana de descanso entre el último comprimido y el inicio del siguiente paquete, comenzando al 8º día desde el último comprimido.

En las presentaciones de 28 comprimidos no se hará pausa entre un paquete y el siguiente; se toman en forma continua.

En caso de olvido de un comprimido debe tomarse el mismo lo antes posible, tomar la siguiente píldora en el horario habitual, lo cual puede significar tomar 2 píldoras juntas. No necesitará ninguna protección anticonceptiva especial dentro de las 12 horas siguientes a la hora habitual de la ingesta, y continuar con el tratamiento.

En caso de olvido de dos a cuatro píldoras en la primera semana deberá tomar la última píldora olvidada lo antes posible y descartar las otras, se recomienda asociar otro método anticonceptivo. Si el olvido es de píldoras de la mitad o del final del paquete, se deberá proceder de igual manera pero no se necesita protección adicional.

Si el olvido es de cinco o más píldoras se procede igual que en los casos anteriores, pero siempre se recomienda abstenerse de mantener relaciones sexuales o usar otra protección.

Se recomienda asociarlos a un método de barrera en las siguientes situaciones:

- En los casos de olvido reseñados anteriormente.
- En los primeros 15 días del 1er. ciclo de uso.
- Probabilidad de ITS.
- Episodios de sangrado.
- Diarrea o vómitos que puedan interferir en la absorción del ACO.
- Uso concomitante de medicamentos que afectan el metabolismo hepático.

Criterios de elegibilidad de la OMS para ACO combinados.			
Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
Uso sin restricciones.	Las ventajas son mayores que los inconvenientes. Pueden usarse dentro de ciertos parámetros.	No se recomienda su uso, salvo excepciones.	Uso contraindicado.
<ul style="list-style-type: none"> • Edad menor de 40 años • Várices • Cirugía menor sin inmovilización • Cefaleas no migrañosas • Antecedentes de Pre-eclampsia • Antecedentes de embarazo ectópico • Aborto reciente (desde el 7° día) • Puerperio si no amamanta (desde el 21° día) • Ciclos irregulares, dismenorrea • EIP actual o pasada • Patología mamaria benigna • Ectopía cervical • Miomatosis uterina • Cáncer de ovario o endometrio • Enfermedad trofoblástica gestacional • Antecedentes de diabetes gestacional y diabetes no vascular • Epilepsia • Patología tiroidea • Hepatitis no activa (portador sano o antecedentes de hepatitis) • Anemia ferropénica y talasemia • Tuberculosis • Riesgo de VIH e ITS y VIH positivo (junto con preservativo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 40 años • Fumadoras sin son menores de 35 años • Lactancia después del 6° mes de puerperio • Obesidad • Historia personal de hipertensión arterial, pero con PA normal • Historia familiar de TVP/EP (parientes de primer grado) • Cirugía mayor, sin inmovilización prolongada • Antecedentes de colestasis del embarazo • Cáncer cervical o NIC • Tromboflebitis superficial • Cardiopatía valvular no complicada, no embolizante • Litiasis vesicular asintomática o resuelta quirúrgicamente • Migraña sin síntomas neurológicos focales en menores de 35 años • Tumor de mama sin diagnóstico anatomopatológico • Diabetes no vascular dependiente • Anemia drepanocítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia natural antes de 6° mes y a partir de 6 semanas de puerperio • Postparto menor de 21 años en mujer que no amamanta • Fumadoras < de 15 cigarrillos/día con edad > a 35 años • Hipertensión arterial leve que puede ser controlada < a 160/100 • Hiperlipidemias • Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años • Litiasis vesicular sintomática • Historia de colestasis relacionada con ACO • Cirrosis leve • Uso de antibióticos como griseofulvina y rifampicina • Anticonvulsivantes como Fenitoina, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia con menos de 6 semanas postparto • Fumadoras > de 15 cigarrillos/día con edad > a 35 años • Hipertensión > a 160/100 • Historia personal de TVP/EP o TVP/EP actual • Cirugía mayor con inmovilización prolongada • Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad isquémica presente • Historia de accidente cerebrovascular • Valvulopatía complicada con (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda) • Migraña sin síntomas neurológicos focales en mujeres > 35 años o con síntomas neurológicos focales a cualquier edad • Cáncer de mama actual • Diabetes vascular • Cirrosis severa • Tumores de hígado (benignos y malignos)

Ventajas:

- ✓ Reversibilidad: no alteran la fertilidad, si bien pueden retrasar su restablecimiento hasta 2 a 3 meses después de su uso.
- ✓ No es necesario indicar rutinariamente períodos de interrupción del tratamiento.
- ✓ Mejoran la dismenorrea y el dolor pélvico vinculado a la ovulación.
- ✓ Mejoran la anemia por ausencia de hipermenorrea y menometrorragia.
- ✓ Regulan el “ciclo menstrual”.
- ✓ Provocan menor frecuencia de mastopatías benignas.
- ✓ Reducen la incidencia de quistes funcionales de ovario.
- ✓ Menor incidencia de cáncer de útero y de ovario.
- ✓ Menor incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica.
- ✓ Menos acné (disminuye sustancialmente el acné y el hirsutismo por reducción de la testosterona libre).
- ✓ Favorecen el desarrollo de una correcta densidad ósea. La población con riesgo de disminución de la densidad ósea (amenorrea hipostrogénica, menarca tardía, desórdenes de la alimentación) se ve favorecida con el tratamiento con anticonceptivos combinados, con dosis de 30 mg de EE.

Desventajas:

- ✓ No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ni el VIH/SIDA, ni la hepatitis transmitida sexualmente.
- ✓ Requieren una correcta toma diaria lo que impide indicarlo en mujeres que tienen al-

terada su capacidad de comprensión, o en las que se dude sobre su memoria.

- ✓ Pueden provocar efectos secundarios leves (sangrados intermenstruales, cefaleas, náuseas, vómitos, epigastralgia o aumento de peso). En ocasiones pueden aparecer complicaciones graves o potencialmente graves que obligan a la supresión del tratamiento: trastornos tromboembólicos, cefalea severa de origen desconocido, migraña severa con síntomas neurológicos, agravación de una epilepsia, agravación de una esclerosis en placa, aparición de hipertensión arterial, de ictericia o depresión.
- ✓ Mayor incidencia de embarazos gemelares en el mes inmediato al abandono de la anti-concepción.

Conducta ante efectos indeseados leves:

- ✓ Metrorragia intermenstrual. Será objeto de atención cuando la misma aparezca en dos o más ciclos consecutivos. Si persistiera por más de 3 ciclos o se presentara durante todo el ciclo usando anticonceptivos de baja dosis estrogénica, se deberá cambiar a otros con mayor dosis de estrógeno o a un trifásico. Si se instalara luego de un período de tres o más meses de uso sin sangrados anormales, se deberá descartar una endometritis.
- ✓ Oligo-amenorrea. Es más común en mujeres con ciclos irregulares. Suele ser causada por los anticonceptivos de menor dosis; en estos casos, se sugiere el cambio a píldoras de mayor dosis. En presencia de amenorrea estudiar causas obstétricas y ginecológicas.

- ✓ Náuseas: Disminuyen realizando la toma en la noche y son dosis dependiente.
- ✓ Cefaleas: De comprobarse su relación con los ACO, deberán suspenderse.

Conducta ante efectos indeseados severos:

En estos casos la regla es la suspensión del tratamiento, pero en algunas situaciones como las que se describen a continuación podrán cumplirse los siguientes pasos antes de definir la supresión definitiva del tratamiento.

- ✓ Hipertensión. Es poco frecuente el desarrollo de hipertensión con el uso de ACO. Si aparece debe estudiarse y evaluar la continuidad del método.
- ✓ Depresión y cambios del humor. Están relacionados con la dosis de gestágeno; en estos casos se deberá proceder al cambio por anticonceptivos con menor dosis del mismo gestágeno, o pasar un gestágeno diferente al usado.

Interacciones medicamentosas:

- ✓ En caso de uso concomitante de medicamentos que afectan el metabolismo hepático (rifampicina, fenobarbital, difenilhidantoína, primidona, carbamazepina, y posiblemente etosuximida, griseofulvina y troglitazona), debe indicarse el ACO combinado de segunda generación y adecuar la dosificación del fármaco interactuante.
- ✓ Los anticonceptivos potencian la acción del diazepam, clordiazepóxido, antidepresivos tricíclicos y la teofilina, por lo cual estos medicamentos deben usarse en bajas dosis.

Anticonceptivos Orales Mensuales:

Existen en el mercado comprimidos conteniendo como estrógeno Diacetato de etinodiol 7 mg. o Etilnil estradiol 0,03 mg. El gestágeno asociado al primero es el Quinestrenol a altas dosis (3,5 mg.) y al segundo se le suele asociar el Levonorgestrel (0,150 mg.).

Modo de uso:

Se administra un comprimido por mes. El primer comprimido deberá tomarse el día 23 del ciclo y luego regularmente cada 30 días (\pm 2 días). El efecto anticonceptivo se instala luego del sangrado que sigue a la primera toma.

Ventajas:

La comodidad de su uso.

Desventajas:

Presentan habitualmente efectos adversos. Producen frecuentes trastornos del sangrado por la excesiva dosis de estrógenos de vida media prolongada.

Anticonceptivos hormonales de progestágenos

Estos anticonceptivos son compuestos que contienen progestágenos en bajas dosis. Aunque en nuestro medio solo existen presentaciones con 5 miligramos de Linestrenol, a nivel internacional se usan también la noretindrona 350 microgramos y el levonorgestrel 30 microgramos.

Por no contener estrógenos, este tipo de ACO está indicado en todas aquellas situaciones o patologías en las cuales la estrogenoterapia está contraindicada, en particular en el período de

lactancia y en pacientes portadoras de patologías autoinmunes.

Eficacia de los anticonceptivos orales solo de progesterona:

Usados correctamente tienen una eficacia 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, fuera del período de lactancia natural. Durante el período de lactancia (pecho ex-

clusivo) y correctamente usados, alcanzan una eficacia próxima al 100%.

Modo de empleo

Los anticonceptivos de progestágenos, (levonorgestrel, noretindrona, linestrenol) se toman todos los días sin intervalo de descanso, produciendo metrorragias irregulares.

Es fundamental la regularidad de la toma, (intervalo estricto 24 horas \pm 2 hs.).

<p>Criterios de elegibilidad de la OMS para anticonceptivos orales solo de progesterona</p>			
<p>Categoría I Uso sin restricciones</p>	<p>Categoría II Las ventajas son mayores que los inconvenientes. Pueden usarse dentro de ciertos</p>	<p>Categoría III No se recomienda su uso, salvo excepciones</p>	<p>Categoría IV Uso contraindicado</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad a partir de la menarquia sin límite superior de edad ● En Lactancia a partir de las 6 semanas del postparto ● 21 días postparto en mujeres que no están amamantando ● Inmediatamente del post aborto ● Fumadoras ● Obesas ● Hipertensión controlada no mayor de 160/100 ● Historia familiar de TVP/EP en parientes de primer grado 	<ul style="list-style-type: none"> ● Antecedentes de embarazo ectópico ● Factores múltiples de riesgo para enfermedad cardiovascular ● Hipertensión arterial > 160/100 ● Enfermedad vascular ● Historia de TVP/EP ● Cirugía mayor con inmovilización prolongada ● Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad presente 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lactancia antes de las 6 semanas del puerperio ● TVP/EP actual ● Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años ● Hepatitis viral activa ● Cirrosis severa ● Tumores de hígado benignos y malignos ● Uso de antibióticos como Griseofulvina y Rifampicina ● Anticonvulsivantes como Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cáncer de mama actual

<ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía menor y cirugía mayor sin inmovilización prolongada ● Várices y tromboflebitis superficiales ● Valvulopatías cardíacas ● Cefaleas no migrañosas y migrañosas sin signos focales neurológicos ● Endometriosis ● Dismenorrea severa ● Tumores ováricos benignos ● Ectopía cervical ● Cáncer cervical o NIC ● Enfermedad benigna de la mama, e historia familiar de cáncer de mama ● Cáncer de endometrio y ovario ● Miomatosis uterina ● EIP actual o antecedentes ● ITS/SIDA/VIH ● Tuberculosis ● Antecedentes de diabetes gestacional ● Patologías de tiroides ● Historia de colestasis gravídica ● Portador de Hepatitis viral ● Anemias (talasemia, drepanocítica, ferropénica) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Historia de accidente cerebro vascular ● Hiperlipidemia ● Migraña con síntomas neurológicos focales ● Tumor de mama sin diagnóstico anatomopatológico ● Diabetes no vascular ● Litiasis vesicular sintomática o asintomática ● Colestasis vinculada a anticonceptivos orales ● Cirrosis leve 		
--	---	--	--

Ventajas

- ✓ Puede ser usado durante la lactancia.
- ✓ Mejoría de la anemia por ausencia de hipermenorrea y menometrorragia.
- ✓ Mejoría de la dismenorrea y del dolor pélvico vinculado a la ovulación.
- ✓ Disminución del riesgo de cáncer de endometrio y ovario
- ✓ Disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.
- ✓ Disminución del dolor asociado con la presencia de endometriosis.

Desventajas

- ✓ Necesidad de una correcta toma diaria estricta lo que impide indicarlo en mujeres que tienen alterada su capacidad de comprensión.

Efectos indeseados

- ✓ En algunas mujeres pueden provocar disminución de la producción de leche.
- ✓ Alteración del patrón menstrual habitual: oligo – amenorrea y spotting.
- ✓ Disminución de la densidad ósea.
- ✓ Quistes funcionales de ovario.
- ✓ Riesgo de embarazo ectópico, por enlentecimiento del transporte ovular.

Contraindicaciones

- ✓ Aparición de hipermenorrea, en estos casos se deberá suspender el método.

Interacciones medicamentosas

- ✓ Interacción con anticonvulsivantes. Los fármacos que inducen las enzimas hepáticas

(rifampicina) reducen la efectividad de los anticonceptivos orales de bajas dosis por lo cual debe recomendarse otro método de respaldo en este grupo de pacientes.

Anticonceptivos hormonales inyectables

Los anticonceptivos inyectables son un método que está siendo cada vez más elegido por las mujeres uruguayas, en especial por la comodidad y la discreción que permite uso. Suelen ser indicados en particular en aquellas situaciones en que existe dificultad en la toma diaria (discapacidad intelectual, alteraciones de conducta o porque hay predilección por parte de la usuaria).

Son anticonceptivos hormonales de acción prolongada. Existen preparados para uso mensual (combinados: 50 mg. de enantato de noretisterona y 5 mg. de valerato de estradiol - Mesigyna) y trimestral (solo progestágenos: acetato de medroxiprogesterona 150 mg. - Depo-Provera).

Eficacia de los anticonceptivos orales inyectables:

Si no hay retrasos en su uso son muy efectivos. 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Mecanismo de acción

La acción anticonceptiva de compuestos combinados o exclusivos de progestágenos es similar a la de las presentaciones orales.

Modo de empleo

Los preparados hormonales anticonceptivos deben administrarse por vía intramuscular profunda y lenta, de preferencia en la región glútea. En el caso de los combinados (Mesigyna), la primera inyección deberá aplicarse en los primeros 5 días después de iniciada la menstruación. Las inyecciones subsiguientes se repetirán cada 30 +/- 3 días, independientemente de

cuando se presente la metrorragia por privación. En púerperas que no amamantan, la administración del inyectable hormonal combinado se puede iniciar después de la tercera semana del parto o de la cesárea.

Los anticonceptivos inyectables de solo Progesterona se aplican cada 3 meses, pudiendo retrasarse para la siguiente dosis hasta 2 semanas de la fecha establecida.

Criterios de elegibilidad de la OMS para anticonceptivos inyectables combinados

Categoría I Uso sin restricciones	Categoría II Las ventajas son mayores que los inconvenientes. Pueden usarse dentro de ciertos parámetros	Categoría III No se recomienda su uso, salvo excepciones	Categoría IV Uso contraindicado
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad a partir de la menarquia sin límite superior de edad ● Nulíparas ● 21 días postparto en mujeres que no están amamantando ● Inmediatamente del post aborto ● Antecedente de Embarazo Ectópico ● Historia de cirugía pélvica ● Cirugía menor sin inmovilización ● Várices ● Cefaleas no migrañosas ● Epilepsia ● Endometriosis ● Dismenorrea severa ● Tumores ováricos benignos ● Enfermedad trofoblástica gestacional, benigna y maligna ● Ectopía cervical ● Enfermedad benigna de la mama, e historia familiar de cáncer de mama ● Cáncer de endometrio y ovario ● Miomatosis uterina ● EIP actual o antecedentes ● ITS/SIDA/VIH ● Tuberculosis ● Antecedentes de diabetes gestacional ● Patologías de tiroides ● Historia de colestasis gravídica ● Portador de Hepatitis viral ● Anemias (talasemia, ferropénica) 	<ul style="list-style-type: none"> ● En Lactancia después de los 6 meses del postparto ● Fumadoras < 35 años y fumadoras > 35 años que fuman < 15 cig/día ● Obesas ● Historia de HTA con PA actual normal ● Historia familiar de TVP/EP en parientes de primer grado ● Cirugía mayor sin inmovilización prolongada ● Tromboflebitis superficiales ● Valvulopatías cardíacas no complicadas ● Hiperlipidemia ● Migraña sin síntomas neurológicos focales en < 35 años ● Sangrado vaginal sin explicación ● Cáncer cervical o NIC ● Tumor de mama sin diagnóstico anatomopatológico ● Diabetes no vascular ● Litiasis vesicular sintomática o asintomática ● Colestasis vinculada a anticonceptivos orales ● Cirrosis leve ● Anemia drepanocítica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lactancia entre las 6 semanas y los 6 meses del puerperio ● Puerperio menor a 21 días ● Fumadoras > 35 años que fuman > 15 cig/día ● Factores múltiples de riesgo para enfermedad cardiovascular ● Hipertensión controlada no mayor de 160/100 ● Migraña sin síntomas neurológicos focales en > 35 años ● Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años ● Diabetes vascular ● Hepatitis viral activa ● Cirrosis severa ● Tumores de hígado benignos y malignos ● Uso de antibióticos como Griseofulvina y Rifampicina ● Anticonvulsivantes como Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lactancia antes de las 6 semanas del puerperio ● Hipertensión arterial > 160/100 ● Enfermedad vascular ● Historia de TVP/EP ● TVP/EP actual ● Cirugía mayor con inmovilización prolongada ● Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad presente ● Apoplejía ● Valvulopatía cardíaca complicada ● Migraña con síntomas neurológicos focales ● Cáncer de mama actual

Criterios de elegibilidad de la OMS para anticonceptivos inyectables solo de progesterona

Categoría I Uso sin restricciones	Categoría II Las ventajas son mayores que los inconvenientes. Pueden usarse dentro de ciertos parámetros	Categoría III No se recomienda su uso, salvo excepciones	Categoría IV Uso contraindicado
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad a partir de la menarquia sin límite superior de edad ● En Lactancia a partir de las 6 semanas del postparto ● < 21 días postparto en mujeres que no están amamantando ● Inmediatamente del post aborto ● Antecedentes de embarazo ectópico ● Historia de cirugía pélvica ● Fumadoras ● Hipertensión controlada no mayor de 160/100 ● Historia familiar de TVP/EP en parientes de primer grado ● Cirugía menor y cirugía mayor sin inmovilización prolongada ● Várices y tromboflebitis superficiales ● Valvulopatías cardíacas ● Epilepsia ● Endometriosis ● Dismenorrea severa ● Tumores ováricos benignos ● Enfermedad trofoblástica gestacional, benigna o maligna 	<ul style="list-style-type: none"> ● Obesas ● Factores múltiples de riesgo para enfermedad cardiovascular ● Hipertensión arterial > 160/100 ● Enfermedad vascular ● Historia de TVP/EP ● Cirugía mayor con inmovilización prolongada ● Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad presente ● Historia de accidente cerebro vascular ● Hiperlipidemia ● Cefaleas no migrañosas y migrañosas sin signos focales neurológicos ● Cáncer cervical o NIC ● Tumor de mama sin diagnóstico anatomopatológico ● Diabetes no vascular ● Litiasis vesicular sintomática o asintomática ● Colestasis vinculada a anticonceptivos orales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lactancia antes de las 6 semanas del puerperio ● Migraña con síntomas neurológicos focales ● Sangrado vaginal sin explicación ● TVP/EP actual ● Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años ● Hepatitis viral activa ● Cirrosis severa ● Tumores de hígado benignos y malignos ● Uso de antibióticos como Griseofulvina y Rifampicina ● Anticonvulsivantes como Fenitoina, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cáncer de mama actual

- Ectopía cervical
- Enfermedad benigna de la mama, e historia familiar de cáncer de mama
- Cáncer de endometrio y ovario
- Miomatosis uterina
- EIP actual o antecedentes
- ITS/SIDA/VIH
- Tuberculosis
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Patologías de tiroides
- Historia de colestasis gravídica
- Portador de Hepatitis viral
- Anemias (talasemia, drepanocítica, ferropénica)
- Cirrosis leve
- Apoplejía

Ventajas

- ✓ No provocan trastornos digestivos.
- ✓ Favorecen la privacidad.
- ✓ La comodidad del uso por el método de aplicación (mensual o trimestral).
- ✓ Comparten el resto de las ventajas de los ACO.
- ✓ Los de solo Progesterona pueden ser usados durante la lactancia.
- ✓ Requiere menor esfuerzo de memoria que el uso de la píldora.
- ✓ Disminuye el sangrado menstrual (especialmente importante en mujeres con anemia).

Desventajas

- ✓ Su administración inyectable.
- ✓ Comparten las desventajas de los ACO.

- ✓ No protegen contra las ITS y el HIV/SIDA. Se puede producir amenorrea, lo que en algunas mujeres generará preocupación. Se deberá advertir a la usuaria de esta posibilidad, a la vez de expresarle que la amenorrea suele producirse por el bajo aporte de estrógenos y que este es un hecho totalmente reversible.

Recientemente el fabricante del producto Depo-Provera (acetato de Medroxyprogesterona inyectable) acaba de comunicar los resultados de dos estudios efectuado uno en adolescentes de 12 a 18 años. Y el otro en mujeres de 25 a 35 años. En ambos estudios se verificó una significativa pérdida en la densidad mineral ósea, cuando el medicamento se usa por largos períodos de tiempo. La densidad mineral ósea no

se recupera en su totalidad una vez suspendido el tratamiento. Se han visto casos de osteoporosis y fracturas asociados con el uso de Depo-Provera. Por estas razones se contraindica el uso en adolescentes. En el resto de las mujeres se sugiere mantener el uso siempre que no haya otra alternativa mejor.

Anticonceptivos hormonales transdérmicos (parches)

Existen diferentes presentaciones de anticonceptivos hormonales transdérmicos, aunque en Uruguay solo se dispone de un sistema de parches de reciente aparición en nuestro mercado. Estos parches contienen como gestágeno 6 mg de Norelgestromín y como estrógeno 0,6 mg. de Etinilestradiol.

Estos parches liberan 150 mcg. del gestágeno y 20 mcg. del estrógeno por día.

Mecanismo de acción:

El mecanismo de acción no difiere de los demás anticonceptivos hormonales combinados.

Eficacia de los parches anticonceptivos:

En condiciones ideales de uso la tasa de embarazo es de un embarazo cada 100 mujeres año. La efectividad ha sido menor en mujeres con un peso \geq a 90 kilos.

Modo de uso:

El paquete contiene tres parches que se aplican semanalmente en un ciclo de cuatro semanas. El parche debe aplicarse en los glúteos, el ab-

domen, la espalda o en los miembros. No debe aplicarse cerca de las mamas ni de los genitales. El parche se aplica sobre la piel limpia y seca en las semanas uno, dos y tres y se deja la cuarta semana libre de parche. Cada parche no se debe dejar por más de 7 días. En el primer paquete se recomienda comenzar en el primer día de menstruación. Se debe recomendar a la mujer que mantenga el día de colocación del primer parche como día fijo para el cambio de parche.

Ventajas

- ✓ No provocan trastornos digestivos.
- ✓ Favorecen la privacidad.
- ✓ La comodidad del uso por el método de aplicación (una vez por semana).
- ✓ Comparten el resto de las ventajas de los ACO.
- ✓ Requiere menor esfuerzo de memoria que el uso de la píldora.
- ✓ Disminuye el sangrado menstrual (especialmente importante en mujeres con anemia).

Desventajas

- ✓ Comparten las desventajas de los ACO.
- ✓ No protegen contra las ITS y el HIV/SIDA. Se puede producir amenorrea, lo que en algunas mujeres generará preocupación. Se deberá advertir a la usuaria de esta posibilidad, a la vez de expresarle que la amenorrea suele producirse por el bajo aporte de estrógenos y que este es un hecho totalmente reversible.

Bibliografía:

- 1 Schwarcz R, Galimberti D, Martínez I, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2003
- 2 Organización Mundial de la Salud. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: Manual para personal clínico. WHO; 1999.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- 5 Organización Mundial de la Salud – Salud Reproductiva e Investigación. Selección de Prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2002.
- 6 Evra. Norgestromin/Etinilestradiol. Nada más simple. Monografía del producto. Centro de documentación y servicios. Janssen Cilag Farmacéutica S.R.L. 07/03 EVA-Mon-869
- 7 New Safety Information on the Use of DEPO-PROVERA (medroxyprogesterone acetate suspensión for injection, 150 mg IM) associated with Bone Mineral Density Changes. Pfizer. Kirkland, Qubec June 30, 2005

ANTICONCEPCION HORMONAL DE EMERGENCIA

Los Anticonceptivos de emergencia (AE), son métodos que las mujeres pueden utilizar luego de una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado.

Debe advertirse a las mujeres y a los hombres que este es un método de emergencia y que no debe usarse en forma continua.

Los AE no solo son útiles cuando se mantienen relaciones sexuales sin ninguna protección, sino que la mujer debe estar preparada para emplearlos, cuando hubo inconvenientes con otros métodos, (ruptura o deslizamiento del condón, desplazamiento del diafragma, expulsión del dispositivo intrauterino, relaciones sin protección en el período fértil, olvido al tomar varias píldoras anticonceptivas, falla del *coitus interruptus*).

La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo los EEUU (FDA Administración de alimentos y medicamentos).

Clasificación

Los AE pueden ser combinados o exclusivamente de gestágenos. En nuestro medio no se dispone de preparados combinados especiales

para anticoncepción de emergencia por lo que se usan los anticonceptivos combinados tradicionales de tal forma de alcanzar una dosis total de 200 ug. de etinil-estradiol y 1000 ug. de Levonorgestrel.

Los AE de gestágenos exclusivos contienen dos comprimidos de 750 ug. de Levonorgestrel, y en nuestro medio se cuenta con tres marcas comerciales:

Secufem, Imediat y Postinor 2.

Mecanismo de acción

Es conveniente que lo/as integrantes del equipo de salud, puedan transmitir a las usuarias algunos aspectos del mecanismo de acción recientemente aclarados, especialmente porque mucho se ha hablado (sin sustento científico), de la forma en que estos medicamentos actuarían. Esto ha inducido a ideas erróneas sobre el método, como da cuenta la denominación “píldora abortiva”.

Se puede afirmar que las PAE no alteran el endometrio ni impiden la implantación. Esto se ha podido confirmar a través de estudios sobre el estado del endometrio en mujeres y hembras de animales sometidas a las PAE y además porque aproximadamente uno de cada 10 embarazos que se espera que ocurran después de un coito no protegido en el periodo fértil, ocurren a pesar

del uso de las PAE. Por esto se puede afirmar que:

Las PAE no interrumpen un embarazo establecido ni causan un aborto.

Si bien los mecanismos de acción de los AE son complejos, se puede resumir que:

- 1.- **Inhiben la ovulación**, aun frente a una ovulación inminente.
- 2.- También **impedirían la fecundación** ya que el levonorgestrel produce rápidamente una alteración del transporte de los espermatozoides.

Es importante además, advertir a las usuarias que este es un método efectivo, aun varios días después del coito sin protección:

- ✓ en los tres días siguientes con pastillas combinadas o (Yuzpe)
- ✓ cinco días siguientes con levonorgestrel.

Eficacia Anticonceptiva

La anticoncepción hormonal de emergencia es muy eficaz para prevenir embarazos en situaciones de emergencia. Sin embargo, es menos eficaz que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular. Si las PAE se usaran con frecuencia a lo largo de un año, las tasas acumuladas de embarazo por cien mujeres serían más elevadas que con los otros métodos. Esta

es una de las razones para recomendar su uso sólo en situaciones de emergencia.

El régimen de Yuzpe tiene una eficacia del 74.1%; mientras que las PAE con Levonorgestrel puro previenen el 85% de los embarazos.

Los AE son menos efectivos que los métodos anticonceptivos de uso regular.

La eficacia anticonceptiva se relaciona con el tiempo que transcurre entre el acto sexual no protegido y la ingestión de las PAE, disminuyendo la eficacia a medida que se prolonga el intervalo. En el estudio de la OMS, analizando en conjunto el uso de levonorgestrel y Yuzpe, la tasa de embarazos fue 0.5% cuando el método se usó en las primeras 12 horas después del coito, y subió a 4.1% cuando se usó entre 61 y 72 horas después de la relación. Por eso se recomienda **tomar las PAE lo antes posible después de la relación sexual sin protección anticonceptiva.**

Sin embargo, el segundo estudio multicéntrico de la OMS mostró que el método de levonorgestrel conserva cierta eficacia anticonceptiva después del 3^{er} día. Por esto, **no debe negarse a quienes consulten en el 4^o ó 5^o día después de la relación, advirtiéndole a la usuaria que el riesgo de embarazo es mayor.**

La anticoncepción hormonal de emergencia no es efectiva si existe un embarazo y además no altera su curso.

Forma de uso:

✓ **Régimen de levonorgestrel**

Se puede emplear de dos maneras:

- a) La forma tradicional ha sido usar dos dosis de 750 ug de levonorgestrel (LNG) cada una, separadas por un intervalo de 12 horas, e iniciándolas dentro de las 72 horas del coito sin protección.
- b) Una nueva modalidad es usar una dosis única de 1500 ug de levonorgestrel, lo que es igualmente efectivo que las dos dosis de 750 ug según un estudio reciente de la OMS, y puede ser mucho más conveniente para las usuarias. Para esto, se pueden usar 2 pastillas de Secufem, de Imediat o Postinor-2 tomadas de una vez.

✓ **Régimen combinado (régimen de Yuzpe)**

Se emplean dos dosis de 100 ug de etinil-estradiol + 500 ug de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas, iniciándolas dentro de 72 horas de la relación no protegida. En Uruguay no existen productos dedicados para este fin. Como alternativa pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contienen 30 mcg de etinil-estradiol y 0.15 mg de levonorgestrel (Microgynón, Nordette). No se ha evaluado su eficacia anticonceptiva si se usan después de 72 horas.

Atención y orientación a potenciales usuarias

En la consulta de las potenciales usuarias de anticoncepción hormonal de emergencia, se recomienda:

- Evaluar la última menstruación y si fue normal, con el fin de excluir embarazo; y la fecha del coito no protegido para confirmar que la mujer se encuentra dentro de las 72 horas (o de 5 días según los datos recientes de la OMS que se presentaron en la sección sobre eficacia anticonceptiva).
- Asegurarse de que la mujer no desea quedar embarazada, ya que pueden existir sentimientos ambivalentes. También es importante confirmar que comprende que existe la posibilidad de embarazo aún después de usar este método.
- Informar sobre los posibles efectos colaterales de las PAE y como manejarlos y que la dosis necesita ser repetida si vomita dentro de 2 horas después de haber tomado las píldoras. Para disminuir las náuseas y vómitos (que se presentan con más frecuencia al usar el régimen de Yuzpe), se recomienda tomar las pastillas acompañadas de alimentos o considerar el uso de un antiemético.
- Advertir que las PAE no protegerán a la mujer de un embarazo si mantiene contacto sexual sin protección en los días o semanas siguientes; y que generalmente las PAE no hacen que la menstruación llegue inmediatamente.
- Informar que no existen razones para pensar que la anticoncepción hormonal de emer-

gencia perjudicará al feto si falla en prevenir el embarazo.

- Aconsejar a la mujer que vuelva a control si experimenta un retraso menstrual de más de una semana; si tiene algún motivo para preocuparse; o al inicio de su período menstrual para recibir orientación sobre anticoncepción regular.
- Dado que no hay causas médicas que restrinjan el uso de las PAE, no se requieren evaluaciones de salud como rutina pero, si hay dudas respecto al estado de embarazo, se puede hacer un examen clínico y una determinación de b gonadotropina coriónica en sangre.
- La orientación sobre otros métodos anticonceptivos es importante pero no debe ser un requisito para entregar o prescribir la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción regular puede iniciarse inmediatamente después de usar las PAE si se trata de métodos de barrera, o en el próximo período menstrual de acuerdo al método elegido.
- En el caso de violación y en otras situaciones de riesgo, es esencial advertir a las mujeres que la anticoncepción de emergencia no previene las infecciones que pueden transmitirse a través del coito, incluyendo el VIH. En esos casos deben tomarse las medidas terapéuticas específicas para proteger de la infección.
- Aunque el uso repetido no es aconsejable porque las PAE son menos efectivas que los métodos anticonceptivos de uso regular, no hay causas médicas que impidan usarla nue-

vamente, si es necesario. Incluso se considera que las mujeres pueden usar las PAE sin necesidad de prescripción por parte del personal de salud, dada las situaciones de emergencia en que el método se requiere.

En caso de vómitos reiterados se puede recomendar repetir la dosis por vía vaginal

Ventajas

- ✓ Es útil cuando no se han usado, o han existido inconvenientes con el uso de otros métodos antes o durante la relación sexual.
- ✓ Tiene especial utilidad en las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y quieren evitar un embarazo.
- ✓ El costo económico es bajo.
- ✓ Las nuevas formas de administración han elevado la adhesión de las usuarias.
- ✓ No se conocen efectos médicos adversos por lo que no hay riesgos para la salud asociados al uso de píldoras anticonceptivas de emergencia.
- ✓ No se conocen efectos teratogénicos sobre el feto en caso de uso inadvertido durante la fase temprana del embarazo.

Desventajas

- ✓ Pueden provocar náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, cansancio y sensibilidad en las mamas, que no duran más de 24 horas. El levonorgestrel produce menos molestias que el régimen de Yuzpe.

- ✓ Pueden presentar un sangrado o goteo irregular.
- ✓ No protegen de las infecciones de transmisión sexual ni del VIH/SIDA.

Contraindicaciones

No existen contraindicaciones para su uso, pero se sugiere estricta vigilancia clínica en mujeres con historia de complicaciones cardiovasculares severas, angina de pecho, migrañas o enfermedad hepática severa.

Bibliografía

- 1.- Schwarcz R, Galimberti D, Martínez I, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2003
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: Manual para personal clínico. WHO; 1999.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- 4.- Ortiz M, Ortiz R, Fuentes M, Parraguez V, Croxatto H. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. Human Reproduction. 19:1352-1356, 2004.
- 5.- Organización Mundial de la Salud – Salud Reproductiva e Investigación. Selección de Prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2002.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

El DIU es uno de los métodos reversibles más seguro de los que se dispone; aunque a nivel popular no cuenta con la aceptación general de las usuarias, sus parejas o sus familias. Generalmente la falta de información, comentarios populares y mitos basados en malas experiencias han llevado a esta falta de popularidad.

En la práctica diaria los prestadores se enfrentarán a una amplia gama de situaciones que va desde mujeres que desearán usar un DIU pero que no tienen las condiciones adecuadas para hacerlo, hasta otro extremo en el que mujeres con condiciones ideales para usarlo no lo quieren hacer. ***En todos los casos es obligación de los profesional de salud explicar con claridad a la potencial usuaria los motivos que desaconsejan o apoyan el uso de este método en cada situación individual.*** Aún en aquellas mujeres que están convencidas de usar el método, la información deberá brindarse para que la decisión se efectúe haciendo un real ejercicio de libertad y derechos.

Siempre se debe dar toda la información aun en aquellas mujeres que parecen estar convencidas de saber todo.

Nunca se deberá presionar a ninguna usuaria para la colocación de un dispositivo, aunque el técnico esté convencido que sería el método ideal para esa mujer.

Orientación

En la entrevista la o el prestador informarán a la posible usuaria de un DIU como son la efectividad, las ventajas, las desventajas, como se insertan, como actúan, los síntomas que pueden provocar, las pautas de control, como se hará la extracción, la durabilidad y todos aquellos aspectos que deban ser aclarados ante las dudas que se presenten en la interacción mujer – profesional.

Clasificación

Los dispositivos intrauterinos se clasifican en:

- No medicados o inertes y los,
- Medicados (con cobre, con sistemas liberadores de hormonas, etc)

Todos los DIUs que se utilizan actualmente en el país corresponden al grupo de los llamados dispositivos medicados.

Tipos de DIUs disponibles en Uruguay

Medicados con cobre	Medicados con hormonas
<ul style="list-style-type: none"> ◆ TCu 380 A, ◆ TCu 200 B, ◆ Nova T, 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mirena.

TCu 380 A

La *T de Cobre 380A* (anticonceptivo intrauterino con cobre) es el tipo de DIU más usado en nuestro país, con forma de T de polietileno adicionado con sulfato de bario (para permitir su identificación y visualización con rayos X). Contiene en su rama vertical un hilo de cobre fino enrollado y en sus ramas transversales dos mangas de cobre sólido.

Tiene un largo de 36 mm y un ancho de 32 mm. En su parte inferior tiene un monofilamento de polietileno de color blanco que está anudado a través de un orificio a la base de la rama vertical, creando un efecto de doble cola, que facilita su extracción.

Su aplicador tiene un diámetro de 4,4 mm.

La durabilidad probada en ensayos clínicos fue de 10 años.

TCu 200B

Es una T de cobre, con cuerpo de polietileno radio-opaco que contiene 200 mm² de cobre enrollado exclusivamente en su rama vertical. Tiene una doble cola de polietileno de colores variables, anudada en su base.

El largo de la rama vertical es de 36 mm y el ancho de la rama transversal de 32 mm.

Su aplicador tiene un diámetro de 4,4 mm. La durabilidad sugerida es de 6 años.

Nova T

La Nova T es una T de polietileno radio-opaco. Tiene un alma de plata y en su cuerpo tiene un fino hilo de cobre enrollado. El hilo de polietileno de su extremo inferior es doble y de color marrón o negro.

El largo y el ancho es de 32 mm.

Su aplicador tiene un diámetro de 3,6 mm.

El tiempo de vida sugerido en ensayos clínicos es de 5 años.

Mirena (liberador de levonorgestrel)

Es una T de polietileno adicionada con sulfato de bario cuyo cuerpo está rodeado por un cilindro que contiene levonorgestrel. La hormona se encuentra rodeada por una membrana que permite su liberación en forma controlada en una dosis de 20 microgramos por día.

El largo y el ancho del dispositivo es de 32 mm.

Su aplicador tiene un diámetro de 4,75 mm.

El tiempo útil de este dispositivo demostrado en ensayos clínicos fue de 5 años.

Mecanismos de acción

El mecanismo de acción difiere si se trata de un DIU inerte o medicado, y en los medicados difiere según contengan cobre u hormonas.

1. En los medicados con cobre los principales mecanismos que se postulan son:
 - Inactivación de los espermatozoides, inmovilizándolos e interfiriendo su migración desde la vagina a las trompas de Falopio por aumento de la viscosidad del moco cervical.

- Alteración en la velocidad de transporte del óvulo a través de las trompas de Falopio.
 - Imposibilitación de la implantación del blastocito debido a la respuesta inflamatoria local de bajo grado.
 - Acortamiento del tiempo de vida de ambos gametos (óvulo y espermatozoide aun antes de su posible encuentro).
2. En los medicados con hormonas debe agregarse además la:
- Producción de atrofia endometrial por acción de los progestágenos.

Ventajas

- ✓ Gran duración, la TCu 380 A puede llegar a tener una vida útil de 10 años.
- ✓ Muy bajo costo, con excepción de los liberadores de hormonas.
- ✓ Rápidamente reversible. (una vez retirado desaparece su efecto)
- ✓ Pueden usarse durante lactancia.
- ✓ Pueden colocarse inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea, con excepción de los liberadores de hormonas.
- ✓ No interactúan, ni interfieren con medicamentos.
- ✓ Los liberadores de hormonas disminuyen el sangrado menstrual y la dismenorrea cuando la hay.

Desventajas

- ✓ Sangrado menstrual abundante y en ocasiones más prolongado, excepto en los medicados con hormonas.
- ✓ Sangrado o goteo vaginal mesocíclico.

- ✓ Aparición o aumento del dolor menstrual (dismenorrea).
- ✓ No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

Efectividad

Las características del DIU, tales como el tamaño, la forma, si están medicados o no, la presencia y cantidad de cobre; y algunas características de las mujeres como la edad y la paridad son factores que van a contribuir en la diferente efectividad de los distintos tipos de dispositivos intrauterinos disponibles.

El índice de fallas también está influido por variables médicas como la facilidad de inserción y la experiencia clínica, variables inherentes a la usuaria como la detección de la expulsión y el acceso a servicios de asistencia médica para su control posterior.

La eficacia que se le asigna al método según su uso común es de 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en los 12 primeros meses de uso, eficacia que en condiciones ideales sube a 0.6 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

Elección

La elección estará basada en dos pilares fundamentales:

- ✓ La mujer que habiendo sido informada opta libremente por el método y,
- ✓ La evaluación clínica efectuada por el técnico es acorde con los categorías 1 y 2 de los criterios de elección para el uso del DIU de la OMS.

Criterios de elegibilidad de la OMS para dispositivos intrauterinos con cobre

Categoría I Uso sin restricciones	Categoría II Las ventajas son mayores que los inconvenientes. Pueden usarse dentro de ciertos parámetros	Categoría III No se recomienda su uso, salvo excepciones	Categoría IV Uso contraindicado
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad > a 20 años ● Uno o más partos ● Postparto > a 4 semanas ● Fumadoras ● Obesidad ● Cefaleas o migrañas ● Lactancia Materna ● Antecedentes de Pre eclampsia ● Antecedentes de embarazo ectópico ● Post aborto del 1er trimestre (s/infección) ● Historia de cirugía pélvica ● Ciclos irregulares (s/ hipermenorrea) ● Antecedentes de EIP (c/embarazo posterior) ● Enfermedades de la mama ● Neoplasia Intraepitelial cervical. ● Ectopía cervical ● TVP/EP ● Cirugía mayor y menor ● Valvulopatía cardíaca sin complicaciones. ● Hipertensión Arterial ● Cardiopatía isquémica y accidente cerebro vascular ● Hiperlipidemias ● Tumores benignos de ovario ● Patologías tiroideas ● Epilepsia. ● Diabetes. ● Tumores hepáticos benignos y malignos ● Uso de antibióticos y antiepilépticos ● Colecistopatías ● Ictericias. ● Hepatitis (activa o portador. ● Cirrosis (leve o severa). ● TBC extrapélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Edad < de 20 años. ● Nuliparidad. ● Hipermenorrea o sangrado prolongado / dismenorrea severa. ● Antecedentes de EIP s/embarazo subsecuente. ● Anomalías uterinas o miomas cervicales o corporales (que no distorsionan la cavidad o no dificultan la inserción). ● Endometriosis ● Dismenorrea severa ● Postparto: menos de 48 horas. ● Post aborto del segundo trimestre. ● Valvulopatía cardíaca complicada (se recomienda cobertura antibiótica previa). ● Talasemia. ● Anemia (talasemia, drepanocítica, ferropénica. ● Vaginitis sin pus en el cervix. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Postparto más de 48 horas y menos de 4 semanas. ● Enfermedad trofoblástica gestacional no maligna. ● Cáncer de ovario ● Riesgo elevado de sufrir ITS. ● Alto riesgo o VIH positivo o SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> ● Embarazo. ● Sépsis puerperal o aborto séptico. ● Menos de 3 meses del fin de EIP. ● Anomalías o miomas de la cavidad uterina o del cuello que impiden la inserción o no la garantizan. ● Sangrado vaginal inexplicable. ● EIP actual o en los últimos 3 meses ● Enfermedad trofoblástica gestacional maligna. ● Cáncer cervical o de endometrio. ● TBC pélvica diagnosticada. ● Menos de tres meses de una ITS.

Criterios de elegibilidad de la OMS para dispositivos intrauterinos con Levonorgestrel

Categoría I Uso sin restricciones	Categoría II Las ventajas son mayores que los inconvenientes. Pueden usarse dentro de ciertos parámetros	Categoría III No se recomienda su uso, salvo excepciones	Categoría IV Uso contraindicado
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad > a 20 años ● Uno o más partos ● Postparto > a 4 semanas ● Fumadoras ● Obesidad ● Cefaleas no migrañosas ● Antecedentes de Pre eclampsia ● Antecedentes de embarazo ectópico ● Post aborto del 1er trimestre (s/infección) ● Endometriosis ● Dismenorrea severa ● Historia de cirugía pélvica ● Ciclos irregulares (s/hipermenorrea) ● Antecedentes de EIP (c/embarazo posterior) ● Enfermedad benigna de la mama e historia familiar de cáncer de mama ● Ectopía cervical ● Valvulopatía cardíaca sin complicaciones. ● Hipertensión arterial ● Cirugía mayor sin inmovilización prolongada y cirugía menor ● Hiperlipidemias ● Tumores benignos de ovario ● Patologías tiroideas ● Epilepsia. ● Historia de diabetes gestacional ● Uso de antibióticos y antiepilépticos ● Colestasis relacionada con el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Edad < de 20 años. ● Nuliparidad. ● Hipermenorrea o sangrado prolongado/dismenorrea severa. ● Migrañas sin síntomas neurológicos focales ● Antecedentes de EIP s/embarazo subsecuente. ● Anomalías uterinas o miomas cervicales o corporales (que no distorsionan la cavidad o no dificultan la inserción) ● Tumor de mama sin diagnóstico anatómo patológico ● Neoplasia Intraepitelial cervical. ● Postparto: menos de 48 horas sin lactancia. ● Post aborto del segundo trimestre. ● Diabetes vascular y no vascular ● Hipertensión arterial controlada y menor a 160/100 ● Enfermedad vascular ● Historia de TVP/EP ● Cirugía mayor con inmovilización prolongada ● Cardiopatía isquémica y accidente cerebro vascular 	<ul style="list-style-type: none"> ● Postparto hasta las 4 semanas en lactancia ● Enfermedad trofoblástica gestacional no maligna. ● Cáncer de mama sin evidencia de malignidad durante 5 años ● Migrañas con síntomas neurológicos focales ● TVP/EP actual ● Hepatitis activa ● Cirrosis severa ● Tumores hepáticos benignos y malignos ● Cáncer de ovario ● Riesgo elevado de sufrir ITS. ● Alto riesgo o VIH positivo o SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> ● Embarazo. ● Sépsis puerperal o aborto séptico. ● Menos de 3 meses del fin de EIP. ● Anomalías o miomas de la cavidad uterina o del cuello que impiden la inserción o no la garantizan. ● Cáncer de mama actual ● Sangrado vaginal inexplicable. ● EIP actual o en los últimos 3 meses ● Enfermedad trofoblástica gestacional maligna. ● Cáncer cervical o de endometrio. ● TBC pélvica diagnosticada. ● Menos de tres meses de una ITS.

<ul style="list-style-type: none"> ● Hepatitis portador ● TBC extrapélvica. ● Anemias (talasemia, drepanocítica, ferropénica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Valvulopatía cardíaca complicada (se recomienda cobertura antibiótica previa). ● Enfermedad de la vesícula biliar sintomática o asintomática ● Colestasis relacionada con anticonceptivos ● Cirrosis leve ● Talasemia. ● Vaginitis sin pus en el cervix. ● Factores de riesgo múltiples para enfermedad cardiovascular 		
--	--	--	--

Inserción

A partir del momento en el que una mujer plenamente informada y libremente solicita la inserción del DIU, se procederá a determinar por parte de los miembros del equipo de salud si es el método apropiado para ella. Recién en este momento se procederá a la inserción.

Diferentes situaciones para la inserción:

- **Mujer menstruando**, es este uno de los momentos ideales para la inserción, porque el cuello se encuentra parcialmente dilatado y se reduce la posibilidad de insertar el DIU sobre un embarazo pre existente.
- **Mujer fuera del período menstrual**, se podrá colocar en los primeros 12 días de iniciado el ciclo, siempre que la probabilidad de embarazo sea baja si el DIU es de cobre. Si el DIU a insertar es hormonal, se recomienda no hacerlo mas allá del octavo día desde el inicio de la menstruación. Tam-

bién podrá colocarse en cualquier momento si previamente se descartó la gravidez mediante estudio de gonadotropina coriónica.

Técnica de inserción

La inserción de un DIU es una maniobra invasiva que requiere personal capacitado y con entrenamiento para brindar seguridad a la usuaria. Con la paciente en posición ginecológica, previa colocación de guantes se realiza un correcto examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, estructura y posición del útero. Nuevamente y mediante técnica aséptica, el operador se calza guantes estériles, desinfecta la zona perineal, coloca a la paciente un espéculo y a continuación, desinfecta el cuello y vagina con un antiséptico. Toma suavemente el labio anterior del cuello con una pinza de Pozzi o Museaux. Con la mano me-nos hábil se toma la pinza que sujeta el labio anterior del cuello, y se eleva ligeramente para exponer el orificio cervical externo.

Todas las maniobras deberán ser delicadas y precisas para no provocar dolor y estarán regidas por el principio de **“no tocar”** que consiste en colocar el DIU en el insertor dentro del envoltorio estéril, evitando tocar el extremo distal del DIU, a la vez de procurar que el mismo no toque las paredes vaginales ni las del espéculo, lo que disminuye la posibilidad de infecciones durante la colocación del dispositivo.

Una vez realizada la medición de la cavidad uterina (histerometría) se ajustará con la regla centimetrada, la longitud de insertor que será introducida en el útero. Con la mano más hábil se procederá a introducir el insertor que contiene el DIU, llevándolos hasta el fondo uterino, procediendo a impulsar el émbolo en forma delicada, pasando finalmente a retirar el insertor y cortar las tanzas para que no salgan en forma espontánea por fuera de la vagina. Al terminar el procedimiento, se retira la pinza que sujetaba el labio anterior del cuello uterino y el espéculo.

Durante y una vez terminado el procedimiento se deberá consultar a la usuaria sobre la presencia de dolor. Se consultará además sobre la aparición de mareos y cuando se presenten, se recomendará reposo por unos 5 o 10 minutos, al cabo de ese periodo los síntomas desaparecerán.

Recomendaciones post inserción **Antibioticoterapia profiláctica:**

Solo se usará cuando la técnica de inserción haya sido laboriosa, existan dudas sobre el respeto de la técnica de no tocar, o se sospeche riesgo de infección genital baja. En esas situa-

ciones, se recomienda indicar antibióticos profilácticos (asociaciones de ampicilina o amoxicilina con sulbactam o clavulánico), por vía oral durante 24 o 48 horas.

Analgésicos

En pocas oportunidades será necesario el uso de analgésicos, pero siempre es recomendable informar a la usuaria sobre la posibilidad de utilizarlos. En caso que sea necesario, se recomendará analgésicos de tipo antiespasmódicos en las 24 horas que siguen a la inserción.

Relaciones sexuales

Recomendar evitar las relaciones sexuales en los 7 días que siguen a la colocación del DIU, con excepción de los casos de colocación postparto o cesárea en los que se recomendará el reinicio de las relaciones sexuales luego de los 40 días.

Advertencias

Se advertirá a la mujer sobre posibles adelantos del ciclo y sangrados intermenstruales en los primeros 2 a 3 meses, así como aumento en el volumen menstrual (excepto en los DIU liberadores de hormonas), todas estas situaciones son habituales y no deben generar preocupación. En el caso de los DIU liberadores de hormonas se debe advertir previamente a la colocación la posibilidad de provocar desaparición de sangrados menstruales, en un 20 a 30% de las usuarias.

Se recomendará una consulta urgente ante:

- la expulsión del dispositivo,

- dolor que no calma con analgésicos comunes,
- flujo fétido,
- si el sangrado es mayor en cantidad (más de 6 adherentes en un día) y en duración (más de 7 días),
- o ante la presencia de sangrado intermenstrual.

Controles clínicos y paraclínicos:

El primer control se realizará al mes de la inserción, mediante interrogatorio sobre el período de adaptación, examen genital con visualización de las tanzas del D.I.U.

Puede aconsejarse cuando los medios lo permitan, efectuar ecografía para certificar la posición intra uterina del DIU.

Posteriormente los controles se harán en forma anual.

Principales complicaciones:

Hipermenorrea, menometrorragia y dolor:

Son las complicaciones más frecuentes y la principal causa de remoción del dispositivo. Los porcentajes varían desde un 4 a un 15% durante el primer año de uso. Esta complicación es más frecuente en los DIU no medicados. Cuando la intensidad de los síntomas lo justifique se podrá extraer el DIU, probando previamente respuesta a analgésicos inhibidores de las prostaglandinas y a la medroxiprogesterona o la noretisterona, por 10 a 20 días.

Metrorragia intermenstrual:

Cuando es repetitiva y altera el confort de la mujer, se indicará tratamiento antiinflamatorio, antibiótico u hormonal, de acuerdo a la existencia de otros síntomas acompañantes. Si a pesar del tratamiento, la sintomatología persiste, se deberá extraer el DIU. Estas mujeres pueden beneficiarse con la inserción de un DIU con Levonorgestrel.

Infecciones genitales:

Existe una predisposición al padecimiento de infecciones genitales inespecíficas en las usuarias de DIU. Un agente etiológico común entre las usuarias de DIU es el Actinomices Israelí que responde al tratamiento con Azitromicina.

Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda (EIPA):

Aunque las usuarias de DIU tienen mayor riesgo de sufrir una EIP que las no usuarias, esta es una complicación poco frecuente. La necesidad de remover DIUs por EIP varía en diferentes estudios, desde un 1% en 7 años de uso a 7% en cinco años de uso.

La EIP es indicación de extracción del DIU. La extracción se realizará luego de un mínimo de 6 horas de antibioticoterapia parenteral. Los antibióticos parenterales se mantendrán entre 24 y 48 horas, o hasta la desaparición de la fiebre. Luego de terminado el tratamiento parenteral se continuará con antibióticos vía oral por un lapso mínimo de una semana..

Perforación:

La perforación es más frecuente durante el momento de la inserción. Es más probable en úte-

ros puerperales y en úteros en retroversoflexión. La frecuencia es baja y no supera el 1,3 cada 1000 inserciones. Si se advierte durante el procedimiento de inserción, el mismo se deberá suspender y extraer el DIU. Si la perforación se advierte mas de dos semanas después de la colocación, la extracción deberá hacerse con ayuda laparoscópica

Expulsión:

La expulsión se puede deber a una mala inserción, pero también es probable que se produzca en mujeres en las que se ha insertado correctamente. Las tasas de expulsión varían desde un 1 a un 7 % de mujeres en el primer año de uso. Aunque las expulsiones son mas comunes en los tres primeros meses que transcurren desde el momento de la inserción. Antes de reinstalar un nuevo DIU se deberá valorar la situación clínica, porque son muchos factores los que influyen en la expulsión. Las mujeres con úteros pequeños, las mujeres jóvenes que nunca han estado embarazadas, las que padecen malformaciones uterinas o miomas y las mujeres con severa dismenorrea y menstruaciones muy voluminosas tienen mayor chance de expulsión..

Embarazo ectópico:

Aunque, según diferentes ensayos clínicos el embarazo ectópico llega a tener una incidencia que va de un 4% a un 10% en el primer año entre las usuarias de DIU. Se ha visto que el embarazo ectópico es menos frecuente en las mujeres que usan DIU si se las compara con mujeres que no usan ningún método anticonceptivo.

Las mujeres que usan DIU deben ser advertidas sobre los signos y síntomas de un embarazo ectópico, tales como dolor abdominal, spotting intermenstrual, genitorragia, en una mujer con signos de presunción o sospecha de embarazo. Y ante estos síntomas se promoverá la consulta urgente.

Cuando una mujer con DIU presenta signos de embarazo, los técnicos tendrán que descartar un posible embarazo ectópico.

Embarazo intrauterino:

Cuando se produce un embarazo en una mujer con un DIU se le debe informar sobre los riesgos de mantener el DIU o de extraerlo. Y si otorga su consentimiento se intentará extraerlo.

El principal riesgo consiste en la posibilidad de un aborto espontáneo. Esta eventualidad se produce en más de la mitad de las embarazadas que mantienen el DIU. A su vez, más de la mitad de los abortos espontáneos que se producen entre aquellas mujeres que continuaron con el DIU se producen en la segunda mitad del embarazo. Otras complicaciones que se intentan evitar con la extracción del DIU, son el parto prematuro, la rotura prematura de membranas, la infección ovular y la endometritis puerperal. La extracción se debe realizar siempre que se vean las cerdas del DIU. Cuando se dispone de ecografía es recomen-

dable verificar si el DIU se encuentra por debajo del polo inferior del huevo, en ese caso la remoción será mas segura.

Trasllocación:

En ocasiones el DIU podrá pasar a la cavidad abdomino pelviana. En esas situaciones se deberá localizar mediante radiografía simple, o ecografía. Si se cuenta con laparoscopio, la usuaria

se beneficiará de la extracción mediante técnica translaparoscópica.

Motivos para la extracción:

- Porque la mujer lo solicita.
- Porque se ha completado la vida útil del DIU.
- Porque se ha completado un año de la última menstruación.
- Porque se ha presentado algunas de las complicaciones indicadas.

Inserción en situaciones especiales					
Inserción en el post-parto				Otras situaciones	
Tienen como ventaja adicional que no alteran la lactancia					
Post-placentario	Puerperio inmediato	Puerperal	Intracesárea	Post-aborto	Anticoncepción de emergencia
No más de 10 minutos después de la salida de la placenta.	En la primera semana del parto a partir de las 48 horas. Baja tasa de perforación. Baja tasa de expulsión.	Después de las cuatro semanas post parto.	Después de la revisión y limpieza endouterina y antes de cerrar la histerotomía.	De no haber signos de infección o perforación se coloca inmediatamente después de evacuados los restos ovulares.	Se realiza dentro de los 5 días siguientes a la relación sexual no protegida.

Bibliografía:

- 1.- Chi I, Farr G. Postpartum IUD contraception –a review of an international experience. *Adv Contracep* 1989; 5(3): 127-146
- 4.- Cole L, Edelman D, Potts D. Postpartum insertion of modified intrauterine deices. *J Repro Med* 1984; 29(9): 677-682
- 5.- Intrauterine devices – Un update. *Population Reports* 1995; Serie B: Número 6 (<http://www.infoforhealth.org/pr/b6/b6used.shtml>)
- 6.- Nilsson C. Mecanismo de acción del sistema intrauterino de liberación de Levonorgestrel. *Medical Forum International* 1992; 2(1) 9-11
- 7.- O’Hanley K, Huber D. Postpartum IUDs: Key for success. *Contraception* 1992; 45(4): 351-361
- 8.- Organización Mundial de la Salud. Mejorías en el acceso a la atención de buena calidad: criterios médicos de elegibilidad para el uso de los anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
- 9.- Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva e Investigación. Capítulos 14 a 19 en: Selección de prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 10.- Schwarcz R, Galimberti D, Martínez I, et al. Dispositivos intra uterinos en: Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2003: 20-24
- 11.- Schwarcz R, Galimberti D, Martínez I, et al. La anti-concepción en situaciones especiales en: Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2003: 65-67
- 12.- World Health Organization. *The Essentials of Contraceptives Technology Population Reports (WHO)*; 1997: 4-19.
- 13.- Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.

MÉTODOS NATURALES O COMPORTAMENTALES

La anticoncepción natural se refiere a los métodos para prevenir los embarazos mediante la observación de signos y síntomas que aparecen de modo natural en las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, y la abstención de las relaciones sexuales durante la fase fértil si no se desea el embarazo (OMS 1982).

El conocimiento anatómico y funcional del aparato reproductor es fundamental para comprender los signos y síntomas que aparecen naturalmente durante el ciclo menstrual de la mujer, y específicamente los síntomas de fertilidad.

La definición de la OMS se refiere esencialmente a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer e incluye:

- el método calendario
- filancia del moco cervical
- temperatura basal
- el método sintotérmico

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer.

Ventajas:

- ✓ Son de bajo costo económico.
- ✓ No interfieren con la lactancia.
- ✓ No representan riesgo vital para las usuarias en ningún caso.

Desventajas:

- ✓ El conocimiento estricto de los ciclos menstruales requiere disciplina y ciclos menstruales regulares.
- ✓ Introducen condicionamientos en el libre ejercicio de la sexualidad en sus diversas expresiones.

Método del ritmo calendario, o de OGINO

Este método se basa en considerar una vida máxima de 72 horas para los espermatozoides, y de 24 horas para el óvulo.

Consiste en el siguiente procedimiento:

- Identificar el intervalo entre al menos 6 ciclos previos continuos, aunque lo ideal es la identificación de 12 ciclos previos.
- Identificar los ciclos de mayor y menor número de días.
- Restar 18 días al ciclo menor, obteniendo así el día de inicio del periodo fértil.
Ej.: Si el ciclo menor es de 27 días, $27 - 18 = 9$ (el día noveno a partir del primer día de la menstruación).
- Restar al ciclo mayor 11 días, obteniendo así el día final del periodo.
Ej.: Si el ciclo mayor es de 32 días, $32 - 11 = 21$ (el día vigésimo primero a partir del primer día de la menstruación).

El período fértil en este ejemplo se extiende del 9 y 21.

- En los casos de mujeres regulares con ciclos de 28 días, el período fértil se estima en 7 días.

El grupo de expertos de la OMS considera que la probabilidad de embarazo aumenta cuando los ciclos menstruales están fuera del rango de los 26 a los 32 días, aún cuando el sexo no protegido se evite entre los días 8 y 19.

Se sugiere a las parejas que opten por este método, abstenerse de mantener relaciones sexuales con penetración y eyaculación, durante el período fértil. Cuando las parejas mantengan relaciones sexuales en este período será necesario otro método anticonceptivo complementario.

Limitaciones:

No es recomendable en las siguientes situaciones

- Ciclos menores de 26 días
- Postmenarquia y paramenopausia
- Ciclos irregulares. (aquellos ciclos que difieren entre sí en más de 7 días)

Desventajas:

En particular éste método requiere además de disciplina y motivación, un nivel de instrucción que permita comprender la lógica de su uso. No da protección contra las enfermedades de transmisión sexual

Método del moco cervical

El moco cervical varía en forma predecible a lo largo del ciclo ovulatorio.

Al conocer los cambios que experimenta el moco cervical durante la ovulación se puede identificar el período fértil.

El moco cervical en la ovulación adquiere las siguientes características:

1. aumenta la hidratación
2. filancia,
3. y cristalización en hoja de helecho.

Las características indicadas dan nombre a los diferentes métodos que se detallan:

- Humedad (Billings)
- Filancia (Spinnbarkeit)
- Cristalización (Rydberg)

Método de Billings (humedad)

Después de la menstruación y antes de la ovulación el moco cervical es escaso y presenta una coloración blancuzca o amarillenta (días secos). A medida que se acerca la ovulación, con el aumento de estrógenos el moco se va tornando más claro y abundante adquiriendo una textura viscosa. Durante la ovulación la textura viscosa es mayor (días húmedos). Los días fértiles son los húmedos. Luego de la ovulación el moco cervical va disminuyendo en cantidad y transparencia hasta tornarse blancuzco amarillento, características que presentaba antes de la ovulación (días secos).

El período fértil se corresponde con la máxima sensación de humedad en los genitales; en ese momento se debe evitar la penetración y la eyaculación sin protección, hasta unos cuatro a cinco días después de haber notado el pico de máxima humedad.

La desventaja más corriente consiste en que las relaciones sexuales alteran el grado de humedad vaginal, por lo que debe advertirse este inconveniente a quienes emplean este método este inconveniente y sugerirles mantener relaciones sexuales al menos en días alternos. Debe advertirse además a las usuarias de este método que no solo el semen altera el grado de humedad, también lo hacen los óvulos, irrigaciones, lubricantes y las infecciones genitales.

Método de Spinnbarkeit (filancia)

Este método se basa en que durante la ovulación el moco cervical se vuelve elástico, de manera que una gota colocada entre los dedos índice y pulgar puede llegar a estirarse 7 centímetros o más, cuando el estiramiento es máximo la mujer está en su período fértil.

Este procedimiento deberá realizarse en forma diaria para poder advertir los cambios en la filancia, debiendo advertir a la usuaria, que el semen, óvulos, irrigaciones, lubricantes y las infecciones genitales alteran la filancia del moco. Al igual que para el método de Billings puede ser aconsejable, mantener relaciones en días alternos para mantener un buen control de la fertilidad.

Método de Rydberg (cristalización)

Durante la ovulación se produce aumento de cloruro de sodio en el moco cervical el que al secarse cristaliza en forma de hoja de helecho. Para constatar la imagen que produce la cristalización del moco cervical debe colocarse diariamente una gota de moco cervical en una lá-

mina portaobjeto. Durante el período fértil la cristalización adquiere forma de helecho y en los días no fértiles la cristalización se produce en forma amorfa.

La abstinencia deberá mantenerse desde el primer día en el que se constata la cristalización en forma de hoja de helecho, hasta el cuarto o quinto día de cristalización amorfa.

Una variante de este método (cristalización) que evita algunos de los inconvenientes citados, consiste en sustituir la muestra de moco cervical por una muestra de saliva, en la que se puede constatar los mismos cambios.

Ventajas:

- ✓ Todos estos métodos tienen como principal ventaja su bajo costo económico.
- ✓ No alteran el metabolismo de la usuaria ni la exponen a riesgos vinculados con su uso.

Desventajas:

- ✓ El período fértil puede determinarse en forma tardía si no se es preciso y consuetudinario.
- ✓ El período de abstinencia debe ser prolongado.
- ✓ Múltiples factores ya citados alteran las características del moco cervical.
- ✓ Ninguno de estos métodos protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Estos métodos si son usados en forma exclusiva alteran el libre desempeño de la pareja.

Estos métodos son alterados por las relaciones sexuales, irrigaciones, colocación de óvulos vaginales, lubricantes vaginales e infecciones genitales bajas.

Método sintotérmico

Este método está basado en la obtención de un registro de la temperatura basal bucal de la mujer de forma diaria todas las mañanas al despertar.

Nota: Se entiende por temperatura basal, la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un periodo de sueño y antes de que comience la actividad normal inclusive el comer o beber. (ni siquiera bajar la temperatura del termómetro el cual deberá estar al alcance de la mano y con su temperatura baja desde el día anterior.

La temperatura debe ser tomada en condiciones basales, durante 5 minutos, sublingual, y se recomendará registrarla en una planilla especial, o en una planilla en papel cuadriculado, confeccionada para tal fin. Donde en abscisas (fila horizontal) figurarán el día calendario y el día del ciclo y en las ordenadas (fila vertical) la temperatura en grados.

Este método se basa en que al registrar un aumento de la temperatura basal corporal la mujer está en el período fértil.

Durante la primera parte del ciclo menstrual la temperatura basal corporal se mantiene baja.

La temperatura puede descender ligeramente 12 a 24 horas antes de la ovulación, pero durante la ovulación la temperatura sube entre 0.2° C a 0.4° C manteniéndose elevada hasta el comienzo de la menstruación. El ascenso de temperatura basal se produce por el aumento de progesterona sérica, por lo cual la ovulación se produce previamente entre 24 a 48hs. al ascenso de la temperatura. Este es precisamente uno de los inconvenientes de este método **ya que existe un retraso en el diagnóstico de los días fértiles.**

Si la temperatura permanece en su nivel más alto, mas allá de los días que dura el ciclo normalmente en esa mujer, nos debe hacer sospechar la concreción de un embarazo.

Ventaja:

- ✓ Al igual que con los anteriores se destaca su bajo costo económico.

Desventajas:

- ✓ Retraso en el diagnóstico del período fértil entre 24 y 48 horas.
- ✓ No puede utilizarse frente a cuadros febriles de cualquier etiología.
- ✓ Requiere un conocimiento y entrenamiento mínimos para medir y registrar la temperatura basal corporal.
- ✓ Requiere constancia, fuerte motivación y alto grado de dedicación.

Eficacia:

Los métodos naturales tienen una eficacia ideal de 91%, aunque la eficacia real es menor al 80%, lo que los hace métodos poco seguros.

Cuando se aplica más de un método los resultados en anticoncepción son algo mejores un ejemplo de combinación de métodos es la utilización del método calendario con el método de Billings.

Estos métodos son menos eficaces en las mujeres con ciclos irregulares, por lo que debería desaconsejarse su uso en ellas.

Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual.

Bibliografía

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Mejorías en el acceso a la atención de buena calidad: criterios médicos de elegibilidad para el uso de los anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
- 2.- Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva e Investigación. Capítulos 14 a 19 en: Selección de prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 3.- Schwarcz R, Galimberti D, Martínez I, et al. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer en: Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2003: 43-50
- 4.- World Health Organization. The Essentials of Contraceptives Technology Population Reports (WHO); 1997: 4-19.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.

INCLUSION DE LOS VARONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La participación de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva es un fenómeno relativamente reciente. Múltiples factores han conspirado contra una integración más rápida y efectiva, entre los que se pueden destacar algunos que dependen de construcciones socio-culturales, como los estereotipos de género que asignan las responsabilidades y tareas reproductivas a las mujeres, y las concepciones sobre la masculinidad y la feminidad que tienen los propios integrantes de los equipos de salud.

Incorporar a los varones a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, es un proceso lento que desborda las competencias y responsabilidades del sector salud, ya que se entiende que es necesario incorporar aspectos educacionales sustentados en Derechos y Deberes desde una perspectiva de género, que propicien cambios en las conductas de varones y mujeres. De todas formas, desde el sector salud se pueden plantear algunas estrategias para facilitar estos procesos.

Se describen a continuación tres estrategias para integrar a los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva, enfatizando las acciones en el primer nivel de atención.

- 1 - Participación de los varones en la consulta de la pareja por anticoncepción, control de embarazo, puerperio y otras consultas ginecológicas.
- 2 - Participación de los varones en el proceso de parto, parto y puerperio inmediato.
- 3 - Creación de policlínicas para la atención de la salud sexual y reproductiva de los varones.

1. Participación de los varones en la consulta de la pareja por anticoncepción, control de embarazo, puerperio y otras consultas ginecológicas.

Para alcanzar la más amplia participación de varones es recomendable desarrollar acciones en tres campos principales:

1. **Recursos humanos.**
2. **Aspectos locativos.**
3. **Aspectos administrativos y funcionales.**

1.1. Acciones orientadas hacia los recursos humanos

- Sensibilizar y capacitar a los equipos de salud y al personal administrativo acerca de

los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones, y específicamente el derecho que asiste a la mujer de ser acompañada por su pareja a la consulta y recibir asesoramiento en forma conjunta.

- Orientar las actividades de información, comunicación y educación para la salud, en consulta o en acciones de taller, hacia ambos miembros de la pareja, considerando al varón como un sujeto activo y no meramente un espectador, promoviendo los cuidados de su propia salud sexual y reproductiva, la de su pareja, y del recién nacido si correspondiese.
- Implementar la asistencia y/o derivación de la pareja que consulta por ITS, trastornos de la fertilidad, disfunciones sexuales, entre otros posibles motivos de consulta.
- Preparar a los equipos de salud, sin perjuicio de las consideraciones anteriores, para respetar la decisión de la mujer de no integrar a su pareja a la consulta, respetando así los Derechos de Privacidad y Confidencialidad. Esto puede ser de vital importancia en las situaciones en las que se sospeche violencia intrafamiliar.

1.2. Acciones orientadas hacia aspectos locativos.

- Implementar en los servicios una sala de espera adecuada para la consultante y su acompañante, así como la amplitud y el mobiliario adecuados para que el compañero ingrese al consultorio.

1.3. Acciones orientadas hacia aspectos administrativos y funcionales del servicio.

- Programar las consultas en diferentes horarios para posibilitar la concurrencia de varones (y también de mujeres) que por razones laborales o familiares no pueden consultar en los horarios habituales.
- Consignar en la historia clínica los aspectos sociales, biológicos y vinculares que resulten pertinentes y/o que constituyan un factor de riesgo para la salud de alguno de los involucrados.

2. Participación en el proceso de parto, parto y puerperio inmediato

Para alcanzar la participación de los varones en los procesos vinculados con el parto y el puerperio es recomendable desarrollar acciones en tres niveles, como ya fue descrito en el punto anterior.

2.1. Acciones orientadas hacia los recursos humanos.

- Sensibilizar y capacitar a los equipos de salud y al personal administrativo acerca de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones, y específicamente el derecho establecido en la Ley N° 17.386 del 2001, que en su artículo 1º dice que «toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acom-

pañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional

- Capacitar y organizar la dinámica de los equipos de salud para orientar a la pareja sobre:
 - Los cuidados del neonato y de la salud materna.
 - Las opciones de anticoncepción, explorando sus actitudes y conocimientos, con especial atención en los determinantes de género.
 - Los beneficios sociales y trámites vinculados a la condición de maternidad / paternidad.

2.2. Acciones orientadas hacia aspectos locativos.

- Garantizar espacios para el parto y parto a los cuales los varones puedan acceder con facilidad, y que permitan respetar la intimidad de cada pareja, aunque se asistan otras simultáneamente.

2.3. Acciones orientadas hacia aspectos administrativos y funcionales del servicio

- Prever las situaciones que pueden generar obstáculos para la participación paterna durante el parto, el parto y el puerperio inmediato, por ej: equipos insuficientes para ingreso a sala de partos, etc.

3 Creación de policlínicas para la atención de la salud sexual y reproductiva de los varones.

3.1. Acciones orientadas hacia los recursos humanos:

- Capacitar al personal médico de salud (medicina general, medicina familiar) en atención en salud sexual y reproductiva para varones adultos.
- Capacitar a profesionales no médicos (psicólogos, asistentes sociales, etc) en orientación en salud sexual y reproductiva de varones. Cada servicio evaluará la conveniencia de contar con profesionales varones y/o mujeres para las prestaciones dirigidas a varones.

3.2. Acciones orientadas hacia aspectos administrativos y locativos

- Programar los horarios de consulta para que se adecuen a las realidades socioeconómicas, laborales y culturales de los varones como potenciales usuarios.
- Diseñar un sistema de registro específico (planilla de consulta, historia clínica, etc.) para las policlínicas de atención de la salud sexual y reproductiva de los varones
- Organizar un Sistema de referencia – contra-referencia con servicios de los diferentes niveles de atención (servicios de urología, servicios de infertilidad, etc).

3.3. Características del Servicio.

La atención a la salud sexual y reproductiva de los varones debe integrarse a las actividades del Primer Nivel de Atención, con una modalidad de policlínica. Las prestaciones deberán abarcar los siguientes motivos de consulta:

Infertilidad

- Es necesaria la coordinación de la consulta de la pareja y la referencia hacia los servicios especializados.

Patologías urológicas

- Es de sumo interés que los urólogos integren y coordinen con servicios de salud sexual y reproductiva. Debe implementarse además, la capacitación de médicos generales y médicos de familia en relación a las patologías urológicas que inciden en la salud de los varones. en general, y específicamente en su salud sexual y reproductiva
- Promover el diagnóstico oportuno de patología prostática en varones mayores de 40 años y contar con elementos clínicos y paraclínicos que permiten una correcta evaluación.

Disfunciones sexuales

- Es necesario que los equipos de salud de los diferentes servicios, fundamentalmente los médicos y los psicólogos, puedan favorecer la consulta, el diagnóstico, el tratamien-

to o derivación ante las disfunciones sexuales masculinas (eyaculación precoz, disfunción eréctil, disminución del deseo sexual, etc.). Así se facilitaría la atención de trastornos que afectan la vida afectivo – sexual de un número importante de varones.

- Garantizar la disponibilidad de medicamentos indicados para el tratamiento de la disfunción eréctil.

Trastornos de la sexualidad, orientación en sexualidad

- Es necesario que los servicios para varones puedan asistir a personas que deseen recibir información y orientación en salud sexual y reproductiva, así como asistir y/o derivar a consultantes que presenten trastornos en la esfera sexual. Para un abordaje integral de estas situaciones, es conveniente la integración a los equipos de profesionales vinculados a la salud mental (psiquiatras, psicólogos).

Infecciones y enfermedades de transmisión sexual

- Debe considerarse la prevención, atención, seguimiento y derivación de varones que consultan por ITS o que son diagnosticados en el servicio, incluyendo y priorizando a la infección por VIH – SIDA.

Anticoncepción.

- La relevancia de este componente ha determinado que se le dedique un análisis en profundidad en los numerales siguientes.

3.4. Varones y anticoncepción.

Se deberá fomentar en todos los casos la negociación con la compañera sexual sobre el método anticonceptivo que utilizará la pareja.

Consideraremos en este apartado los métodos anticonceptivos en los cuales el varón tiene un rol preponderante. Se incluyen en este grupo los siguientes métodos:

- El coito interruptus.
- El preservativo masculino.
- La vasectomía.

3.4.1. Coito Interruptus.

El método del coito interrumpido o del “retiro”, es un método controlado por el hombre que se ha usado durante siglos, pero que no ha sido estudiado rigurosamente desde el punto de vista científico.

Consiste en retirar el pene de la vagina previo a la eyaculación.

Se piensa que es el método más usado para controlar la natalidad en el tercer mundo, si bien, puede no ser el más referido.

Ventajas:

- ✓ Tiene la ventaja de hacer participar más a los hombres en la planificación familiar.
- ✓ No requiere ningún gasto económico y puede ser usado en cualquier momento.

Desventajas:

- ✓ El empleo de este método requiere gran motivación, disciplina y toma de conciencia durante el coito.

- ✓ El retiro significa un fuerte condicionamiento durante la relación sexual. Puede comprometer el derecho de la compañera sexual al pleno goce de sus relaciones sexuales.
- ✓ Se corre el riesgo que las secreciones cervicales pueden transportar los espermatozoides al interior del aparato genital, si la eyaculación fue próxima a la vulva.

El método puede fallar por no retirar el pene a tiempo, lo que suele ser más común entre adolescentes. Pero además, la excreción de líquidos uretrales pre-eyaculatorios puede contener espermatozoides vivos, aunque más recientemente han aparecido estudios que descartan la aparición de espermatozoides en los fluidos pre-eyaculatorios, y cuando aparecen no son viables. Las parejas que practican el coito interrumpido no están protegidas contra las ITS.

Eficacia

Los expertos señalan que a pesar que los cálculos se basan en estimaciones limitadas, el método del coito interrumpido tiene una efectividad ideal del 96%, aunque en términos reales la tasa de embarazo es del 19% (81% de eficacia).

Condón masculino:

Es un método de barrera que consiste en una delgada funda de látex, que se coloca sobre el pene erecto y se mantiene durante toda la relación sexual.

Es el único método junto con el preservativo femenino que protege de las enfermedades de transmisión sexual, por lo cual se debe explicar e incentivar las ventajas de este método en relación a la DOBLE PROTECCIÓN.

Su uso puede complementar otros métodos anticonceptivos, ACO, DIU e incluso postvasectomía inmediata.

Está particularmente indicado entre las/os adolescentes, y en relaciones sexuales con parejas ocasionales.

Los servicios de salud, deberán entrenar a los hombres y mujeres en el uso del preservativo y garantizar la accesibilidad a los insumos.

Se debe estimular la capacidad de negociación de las mujeres para sostener su decisión de mantener relaciones sexuales seguras.

Precauciones previas al uso:

Es conveniente que los técnicos recuerden a los usuarios de preservativos los siguientes cuidados:

- Verificar la elasticidad del contenido (aire y movilidad dentro del envase) antes de su uso.
- Verificar que su envase esté herméticamente

sellado.

- Verificar su fecha de vencimiento, (en caso de contar con fecha de fabricación, controlar que no hayan pasado más de 5 años).
- Evitar el deterioro de los preservativos por cambios bruscos o aumento de temperatura.
- En caso de requerir lubricantes usar aquellos con base de agua, evitando los de vaselina, que aumentan el riesgo de rotura.

Precauciones durante el uso:

La eficacia depende de la forma de utilización del método, siendo imprescindible tener en cuenta algunos cuidados:

- Colocarlo previo al inicio del coito, cuando el pene esté erecto
- Al colocar el condón hay que dejar una pequeña porción libre sobre el glande y desenrollarlo sobre el pene erecto.
- Retirar el pene de la vagina cuando aun está erecto, fijando el preservativo al pene presionando sobre el anillo de latex.
- Retirar el preservativo cuando el pene aún está erecto, para evitar el derramamiento de esperma.
- Chequear que no haya rotura del preservativo.
- Utilizar un NUEVO condón en cada coito.

Recordar a los usuarios y sus parejas que ante la rotura o derramamiento de semen intravaginal emplear anticoncepción de emergencia

Ventajas:

- ✓ Es de fácil acceso y bajo costo económico.
- ✓ Protege de las infecciones de transmisión sexual incluso VIH.

Desventajas

- ✓ Requiere motivación para su uso constante y correcto. Por lo cual se recomienda promover la inclusión del preservativo en el juego sexual, como forma de disminuir las resistencias de los varones, vinculadas a interferencias en la capacidad eréctil.
- ✓ Los lubricantes o el latex pueden provocar hipersensibilidad o alergia debiendo discontinuar su uso, o cambiar de marca.

Eficacia:

Se trata de un método efectivo que depende de la destreza en su uso, tal es así que en condiciones ideales de uso la eficacia en el primer año es del 92%, alcanzando en iguales condiciones de uso un nivel de eficacia del 97%. De todas formas, en condiciones reales la eficacia desciende a un 86%.

Vasectomía:

Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros que no desean tener más hijos y quienes conociendo plenamente los métodos reversibles se niegan a su uso.

En Uruguay, desde el punto de vista jurídico, es considerada una "lesión gravísima" por ocasionar la pérdida definitiva de la función de pro-

crear. Requiere un consentimiento informado, por escrito y firmado por el hombre que se va a someter al procedimiento.

Aunque es un procedimiento quirúrgico de baja complejidad requiere personal especialmente calificado para efectuarlo.

Comienza a ser efectivo luego de los 120 días o al menos después de un mínimo de 20 eyaculaciones, por lo que deberá usarse un método de barrera hasta alcanzar estas condiciones.

Ventajas:

- ✓ Es un método definitivo.
- ✓ No tiene efectos sobre el placer sexual, ni el desempeño del acto sexual.
- ✓ Es un procedimiento simple y seguro.
- ✓ No se conocen efectos secundarios a corto ni largo plazo.

Desventajas:

- ✓ En lo inmediato, pueden presentarse complicaciones inherentes a todo acto quirúrgico, (sagrado e infección).
- ✓ Tiene un costo relativamente alto, ya que implica la participación de personal altamente calificado y condiciones físicas especiales, al menos en nuestro medio.
- ✓ No protege contra las infecciones de transmisión sexual ni el HIV.
- ✓ No es efectivo en forma inmediata.

Eficacia:

Cuando las parejas en general o el hombre que se ha sometido a una vasectomía en particular son advertidos de los riesgos de embarazo en los primeros 120 días de efectuado el procedimiento, la eficacia en términos ideales y reales se aproxima al 100% (99.9%). Por lo cual se infiere que es un método altamente eficaz.

Bibliografía

- 1.- Trussell J, Kost K. Contraceptive failure in the United States: A critical review of the literature. *Stud Fam Plann* 1987;18(5):246.
- 2.- Rogow D, Horowitz S. Withdrawal: A review of the literature and an agenda for research. *Stud Fam Plann* 1995;26(3):140-53.
- 3.- Tsui AO, de Silva SV, Marinshaw R. Pregnancy avoidance and coital behavior. *Demography* 1991;28(1):114.
- 4.- Santow G. Coitus interruptus in the twentieth century. *Popul Dev Rev* 1993;19(4):773.
- 5.- Potts DM. Coitus interruptus. In *Fertility Control*, eds. Corson, SL, Derman RJ, Tyrer LB. (Boston: Little, Brown and Company, 1985) 299-305.
- 6.- Vessey M, Lawless M, Yeates D. Efficacy of different contraceptive methods. *Lancet* 1982;8276:841-42.
- 7.- Ilaria G, Jacobs JL, Polsky B, et al. Detection of HIV-1 DNA sequences in pre-ejaculatory fluid. *Lancet* 1992;340(1833):1469.
- 8.- Pudney J, Oneta M, Maer K, et al. Pre-ejaculatory fluid as potential vector for sexual transmission of HIV-1. *Lancet* 1992;340(1833):1470.
- 9.- Schwarcz R, Galimberti D, Martínez I, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Noviembre 2003: 65-67
- 10.- World Health Organization. The Essentials of Contraceptives Technology (WHO); 1997.
- 11.- Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.

Imp. Rosgal S.A.
Dep. Legal N° 37176/05
Dec. 218/996