

GUÍA PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

**Dr. Ricardo Schwarcz
Dr. René Castro (Chile)
Dra. Diana Galimberti
Lic. Obst. Inés Martínez
Dr. Oscar García
Dra. Celia Lomuto
Dra. Maria E. Etcheverry
Dra. Marta Queiruga**

**MINISTERIO DE SALUD OCTUBRE 2002
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil
Equipo de Salud Reproductiva Materno Perinatal**



Se agradece la revisión realizada por las siguientes Sociedades Científicas, Profesionales y Organismos de Cooperación Técnica:

AAGOP. Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática.
AASSER. Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva.
ADOM. Asociación de Obstétricas Municipales (GCBA).
AMA. Asociación Médica Argentina.
AMADA. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.
ASAPER. Asociación Argentina de Perinatología.
ASAPER. Asociación Argentina de Perinatología, Filial La Plata.
FASGO. Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.
FORA. Federación de Obstétricas de la República Argentina.
INUS. Instituto Universitario de Salud, Facultad de Medicina, Universidad de La Plata.
SAGIJ. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.
SAHE. Sociedad Argentina para el estudio de la Hipertensión del Embarazo,
SAP. Sociedad Argentina de Pediatría,
SOGBA. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires.
SOGIBA. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.
OPS-OMS. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud.
UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Otros expertos consultados:

Dr. Angel Victor Moggia
Lic. Obst. Mirta Rodríguez
Lic. Psic. Gabriela Viviana Perrotta

CONTENIDO

1. Marco conceptual

2. Consejería en anticoncepción

3. Métodos anticonceptivos

3.1 Dispositivos intrauterinos

3.2 Anticonceptivos hormonales

3.3 Anticonceptivos de barrera

3.4 Anticonceptivos químicos

3.5 Método de la Lactancia (MELA)

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

4. Criterios médicos de elección para iniciar el uso de métodos anticonceptivos (OMS)

5. Anticoncepción en situaciones especiales

5.1 Colocación de DIU post parto y post aborto

5.2 Anticoncepción de emergencia

6. Anticoncepción en distintas etapas de la vida

7. Bibliografía

1. MARCO CONCEPTUAL

Sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción: complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo –en especial enfermedades de transmisión sexual– incluido el SIDA. Cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y para su hijo/a.

“Sería uno de los más grandes triunfos de la humanidad el hacer posible elevar la responsabilidad del acto de la reproducción al nivel de una acción voluntaria e intencional.”
Sigmund Freud, 1898

El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer, por acciones dependientes de otros sectores sociales (educación, vivienda, alimentación), y por factores afectivos y relacionales.

En el documento presentado ante la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) la Organización Mundial de la Salud resume los factores que afectan la salud de la mujer:

- Pobreza y otros factores económicos asociados (trabajo, acceso a educación y salud, vivienda);
- Baja condición personal y social, falta de oportunidades (estado de subordinación), a pesar de ser la maternidad vista como una situación socialmente valorada;
- Factores demográficos (formación temprana de pareja, fecundidad, envejecimiento).

Entre los seis principales problemas reconocidos por la OMS entre los que afectan la salud de la mujer a nivel mundial (nutrición, salud reproductiva, riesgos relacionados con el medio ambiente y el trabajo, enfermedades no transmisibles, salud mental y violencia contra la mujer); la Salud Reproductiva es definida de la siguiente manera:

"Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables."

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso que. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos –Teherán, 1968– se reconoce que "los padres tienen el derecho fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos". Asimismo, sucesivos eventos internacionales en materia de Población y sobre la Mujer han seguido especificando el alcance y significado de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En Nairobi (1985) al concluir la Conferencia Mundial sobre la Mujer, se señaló: "Los Gobiernos deben favorecer el acceso a los servicios de Planificación Familiar, cualquiera sea su política de población". En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se definen los Derechos Reproductivos como: "...derecho de hombres y mujeres a ser informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección, que sean seguros, efectivos, disponibles y accesibles...".

El Programa de Acción de esta Conferencia Internacional plantea tres aspectos fundamentales:

- Permitir a las personas tomar sus propias decisiones informadas;
- Las mujeres deben ser vistas como sujetos activos (no "pacientes");
- Una mejor Salud Reproductiva para las mujeres es fundamental para un desarrollo humano sustentable a futuro, planteando la focalización en las niñas, las mujeres del mañana.

Entre los 15 Principios formulados en El Cairo, se destaca el 4º:

"El avance en la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres, la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres, y asegurar las capacidades de las mujeres de controlar su fecundidad, son los pilares de los programas de población relacionados con el desarrollo".

El concepto de Desarrollo Humano formulado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) tiene como propósito básico ampliar todas las opciones humanas; más allá del bienestar material o la mera satisfacción de las necesidades básicas, la persona debe ser vista como fin y como actor del desarrollo. Entre sus componentes, se destaca el empoderamiento, es decir, permitir la participación de las personas en las decisiones y procesos que afectan sus vidas, como gestores y beneficiarios del desarrollo. La participación otorga autorespeto y dignidad sociocultural a los ciudadanos.

En resumen, los Derechos Reproductivos son los derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc.

La República Argentina ratificó y adoptó el tratado internacional titulado "Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer", aprobado por unanimidad por el Congreso Nacional en mayo de 1985, el que fue incorporado a la Constitución Nacional en 1994. En su artículo 75º, inciso 22º, se acepta la Salud Reproductiva como parte de los derechos humanos y se especifican las razones para pensar que la mejor planificación del número de nacimientos y el recurso a la utilización de métodos eficientes y seguros, tienen consecuencias positivas para la salud de las mujeres.

Esta consideración se basa en el hecho de que ambos conceptos contribuyen a:

a) reducir significativamente los riesgos inherentes al proceso reproductivo;

b) evitar los embarazos de alto riesgo;

c) disminuir los embarazos no deseados y su lamentable consecuencia, el aborto provocado en condiciones riesgosas, que es la primera causa de morbilidad materna en la Argentina.

El concepto actual de Salud Reproductiva trasciende, pues, el tradicional enfoque de salud materno-infantil. Rescata la función social de la reproducción humana, pasando desde una perspectiva individual hacia una concientización colectiva de compromiso y responsabilidad con el desarrollo humano y social. Es un proceso fuertemente asociado al desarrollo de la mujer y de su familia, como sujeto social con roles múltiples y fundamentales: reproducción biológica y social (cuidado y crianza de los hijos), trabajo doméstico (cuidado del hogar), trabajo productivo fuera del hogar, participación social y comunitaria.

Incluye la promoción de los derechos humanos y de relaciones armoniosas, de equidad e igualdad entre hombres y mujeres. La magnitud de esta tarea requiere del trabajo conjunto de todos los actores sociales. No es responsabilidad exclusiva del sector Salud, sino que incluye la inter-sectorialidad y la participación social con la intervención de organismos gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones sociales, sectores políticos (autoridades municipales, poder legislativo), medios de comunicación, sector educativo.

Un elemento estrechamente ligado a la Salud Reproductiva es la **Salud Sexual**, definida en la CIPD (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, –El Cairo, Egipto, 1994–):

"Está encaminada al desarrollo de las relaciones personales, y no meramente al asesoramiento en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual."

La consulta integral de la salud sexual y reproductiva comprende la promoción y el cuidado prenatal y en el parto, anticoncepción, prevención de cáncer genito-mamario, ETS, SIDA, y los problemas derivados de la violencia.

Esta consulta integral en Salud Sexual y Reproductiva no debe ser considerada como patrimonio exclusivo de especialistas, pues el contenido de estas acciones no son sólo hechos biomédicos, sino que también depende de condiciones socioeconómicas, ambientales, psico-sociales, y culturales. Es conveniente, además, que estas acciones sean consideradas y consensuadas por distintos profesionales, articulados en un Equipo de Salud Interdisciplinario.

Este Equipo, integrado por personal administrativo (admisión, estadística), trabajadores en terreno (agente sanitario, enfermera comunitaria) y personal profesional (médico generalista, tocoginecólogo, obstétrica, psi-cólogo, trabajadora social, enfermera), tendrá una funcionalidad y disponibilidad acordes al personal de cada centro asistencial, a efectos de ofrecer una consulta integral.

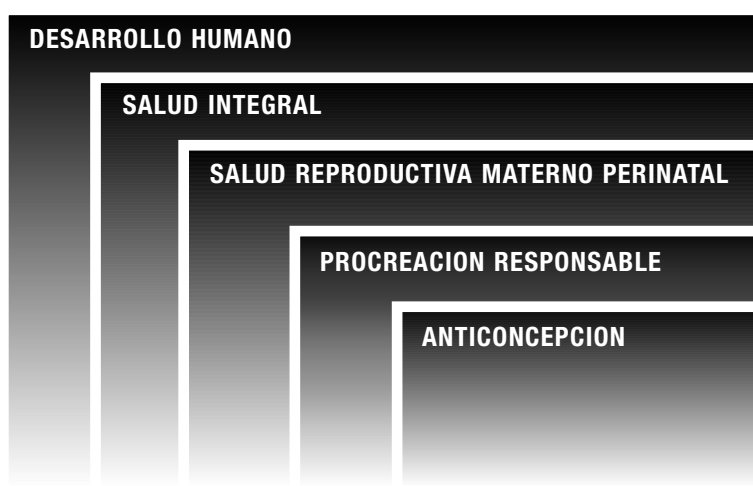
En un documento de la OPS –Población y Salud Reproductiva (1994)– se precisa el papel de los prestadores de servicio en el ámbito de la salud sexual y reproductiva: "La preservación de la intimidad y la privacidad de los individuos, así como el favorecer la autonomía y el proceso de la toma de decisiones, resultan básicos para quienes trabajen en los temas de salud sexual y reproductiva".

A nivel internacional, se han definido los Derechos de los usuarios de Planificación Familiar:

1. Información
2. Acceso
3. Elección
4. Seguridad
5. Privacidad
6. Confidencialidad
7. Dignidad
8. Comodidad
9. Continuidad
10. Opinión

La anticoncepción no es un tema independiente u optativo, sino que forma parte de la salud integral de mujeres y hombres, con un importante beneficio sobre su calidad de vida, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

La presente Guía es una propuesta para ser utilizada por los efectores de salud, de acuerdo con su realidad local específica, incorporando la consejería y la utilización de métodos anticonceptivos a la consulta integral de salud de la mujer.



ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos y morales influyen sobre las relaciones entre las personas, los derechos a la propiedad pública y privada, así como sobre la seguridad y el bienestar de los individuos y de la sociedad como un todo. Están estrechamente relacionados con los aspectos sociales, económicos, culturales y religiosos de cada sociedad.

En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, en la cual se incluyen los servicios anticonceptivos, deben considerarse los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia.

Principio de la autonomía:

Los individuos tienen derecho a la libertad de decisión y acción mientras éstas no interfieran con el derecho de otros; desde una perspectiva religiosa, correspondería al concepto del "libre albedrío". Desde una perspectiva de género, implica el derecho de las mujeres a disponer de conocimiento e informaciones sobre su salud, para tomar decisiones informadas sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad.

En relación con el Consentimiento Informado, fundamental en materia de Salud Sexual y Reproductiva, el Comité de Ética del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (USA), precisa distintos aspectos:

- el derecho de las personas a la autodeterminación en sus capacidades sexuales y reproductivas;
- la relación médico-paciente se da en un plano de reciprocidad e igualdad, que implica compartir información y desarrollar opciones de mutuo acuerdo, permitiendo una activa participación del usuario/a de los servicios.
- los eventos relacionados con el proceso reproductivo-embarazo, parto, uso de métodos anticonceptivos –centrales en la demanda de servicios de salud por las mujeres– no se corresponden con enfermedades y, por lo tanto, no es correcto utilizar el término "pacientes" en relación con estas prestaciones.

En resumen, sobre la base de este principio, cada individuo es libre de practicar o no la planificación familiar, y elegir el método que desee utilizar. El profesional de la salud debe respetar y acompañar a cada persona en su toma de decisión.

Principio de beneficencia:

Se consideran moralmente correctas las acciones o políticas que resultan en el mayor bien para el mayor número posible de personas. La planificación familiar –tener el número de hijos sobre los cuales cada pareja pueda ejercer adecuadamente la paternidad responsable– es un "bien" que permite promover la salud, el bienestar de los individuos, parejas y de la sociedad en su conjunto. Los beneficios para la salud materna e infantil están ampliamente documentados. Los efectos de la reproducción no deseada (aborto provocado, morbilidad materna e infantil, secuelas de largo plazo y alto costo), y una sexualidad ejercida en forma irresponsable (enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/ SIDA), afectan proporcionalmente más a los sectores de menor nivel socioeconómico.

Principio de justicia (equidad):

Establece que todas las personas, en una sociedad dada, tienen el mismo derecho al acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

En un marco de calidad de atención, este principio se expresa a través de la "satisfacción de los usuarios". En el ámbito reproductivo, este principio permitiría compatibilizar, para cada individuo y pareja, la fecundidad deseada con la fecundidad real.

El acceso a la información y los servicios de planificación familiar es aceptado en la actualidad como un derecho humano básico, que le permite a cada individuo –hombre o mujer– tomar sus propias decisiones en relación con la reproducción; la negación de este derecho por razones ideológicas de distinta índole es una cuestión ética que debe ser discutida, con un pleno respeto a la diversidad de las visiones socioculturales e individuales presentes en cada sociedad.

ROLES INSTITUCIONALES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Estado:

Su responsabilidad consiste en promover actividades tendientes a alcanzar la salud y el bienestar de cada persona y familia, en particular de aquellos que se encuentran en condiciones de mayor riesgo bio-psico-social. En el ejercicio de su misión, no puede hacer exclusiones de ningún tipo: étnicas, socioeconómicas, de género, ideológicas (políticas, religiosas).

Gobiernos Locales (provinciales, municipales):

Para garantizar el derecho a la salud, deben reforzar la equidad mediante una red de servicios de salud accesible y de calidad, con especial énfasis en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La finalidad es ofrecer a la población a su cargo condiciones tales que posibiliten un desarrollo humano pleno, y que permitan a cada persona participar integralmente de los beneficios del progreso económico y social.

Sector Salud:

Su papel consiste en favorecer el acceso oportuno a servicios adecuados a las necesidades específicas de la población que los usa, de buena calidad, posibilitando además el acceso a la anticoncepción en el contexto de una atención integral en un Servicio de Salud Reproductiva (S.S.R.). Esto requiere la eliminación de distintas barreras

:

- culturales, geográficas, estereotipos de género, económicas;
- de acceso a los distintos sistemas de salud, considerando las percepciones de usuarios/as y de proveedores de servicios. (El predominio del enfoque biomédico dificulta la asesoría en la elección del método de anticoncepción, manteniendo la lógica de la prescripción utilizada en el tratamiento de las enfermedades);
- de los usuarios/as, que carecen de la información necesaria, acorde con su edad y la situación de salud en que se encuentran, lo que lleva a la persistencia de mitos y creencias que interfieren con el uso de los distintos métodos actualmente disponibles.

Instituciones políticas y religiosas:

Este es, quizás, el aspecto más difícil de abordar en materia de salud sexual y reproductiva.

Si bien los comportamientos sexuales y reproductivos se dan en un plano individual, muchos de los efectos negativos asociados a su ejercicio con un escaso nivel de formación e información afectan gravemente a la sociedad en su conjunto: aborto provocado, con altos costos asistenciales para salvar la vida a mujeres que se lo practican, sin excluir la posibilidad de dejar secuelas permanentes; reproducción a edades tempranas, sin la adecuada capacidad para asumir las delicadas tareas que supone el cuidado y crianza de los hijos; maltrato infantil, en distintas formas, siendo una de las más graves el abuso sexual al interior del hogar; enfermedades de transmisión sexual, etc.

Ante este evidente impacto público de los comportamientos "privados", al Estado le corresponde un rol subsidiario y solidario, que le permita apoyar a los individuos y familias para un ejercicio responsable y plenamente informado de sus capacidades sexuales y reproductivas, en especial a aquellos que no poseen las condiciones adecuadas para este propósito, respetando la diversidad existente al interior de toda sociedad.

La imposición de visiones únicas, hegemónicas, cualquiera sea su procedencia, en estas áreas limita seriamente el pleno disfrute de los derechos personales, siendo el Estado democrático el responsable de proteger los derechos de todos sus ciudadanos, independientemente de sus ideas políticas, filosóficas o religiosas.

En este punto, resulta fundamental incorporar al principio de la autonomía antes señalado, el concepto de la libertad de conciencia, que permite a cada individuo obrar de acuerdo a sus principios y valores personales en las distintas dimensiones de su vida.

Medios de comunicación:

Por ser, quizás, el agente socializador más importante para el desarrollo de los comportamientos personales, pueden desempeñar un papel de gran importancia a través de la difusión amplia y transparente de contenidos e imágenes que tiendan a valorizar la sexualidad y la reproducción en la vida de las personas. La realidad actual muestra una influencia más bien negativa, a través de una excesiva erotización de los mensajes publicitarios y de la profusa difusión de material pornográfico por distintos medios.

En resumen, las distintas instituciones señaladas deben ponerse al servicio de las personas, depositarias de derechos, ciudadanos, usuarios de servicios sociales, para permitirles el mayor grado de participación posible en el control de sus propias vidas. Sólo de esta forma se evitará introducir efectos desfavorables para su desarrollo humano integral y se favorecerá su presencia activa en los distintos espacios sociales en que se desenvuelven (hogar, familia, escuela, comunidad, trabajo, etc.).

Es una tarea colectiva, responsabilidad de toda la sociedad.

2. CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La sexualidad humana es un proceso de construcción gradual, que integra elementos biológicos, psico-sociales y culturales, mediante el cual cada persona incorpora y elabora un conjunto de pautas, expectativas, conocimientos, creencias, valores, normas y actitudes que regulan el ejercicio de dicha sexualidad. Presente en el sujeto desde que nace, se modifica y transforma en las distintas etapas de la vida.

En este proceso continuo pueden diferenciarse dos aspectos básicos: uno, relacionado con la información y el conocimiento sobre lo sexual y el otro conformado por factores externos que inciden en las actitudes y las prácticas sexuales. Estos factores determinan el grado de aceptación de la propia sexualidad, del rol sexual, la manera de expresar los afectos, de comunicarse con los demás, de preservarse, de amar y gozar.

En los primeros años de la vida, la familia es la mediadora entre la sociedad y el individuo. Junto al modelado de los comportamientos masculino/ femenino sobre la base de las imágenes que ambos progenitores entregan, ella transmite el componente cultural y genera las primeras direcciones en la formación de las actitudes básicas ligadas a la sexualidad. A medida que el individuo sale del espacio familiar, se agrega la influencia de estructuras e instituciones del entorno que le rodea: barrio, escuela, establecimientos de salud, iglesia, clubes deportivos y otras. Una influencia importante es la constituida por las interacciones con los grupos de pares y el contacto con los medios de comunicación social.

La reproducción humana es uno de los temas de la educación sexual, que implica responsabilidades compartidas, en la decisión de reproducirse o no, en el cuidado, protección y educación de los hijos, así como en el cuidado de la salud de la mujer y el varón en edad reproductiva.

En la República Argentina, el acceso a la información sobre sexualidad y reproducción no ha circulado con facilidad; en especial, en los sectores sociales con menores recursos económicos, menor nivel de escolaridad y/o residentes en zonas rurales, en los cuales esta dificultad ha sido históricamente una constante.

Esta carencia de información que afecta a amplios sectores sociales en cuanto a aspectos tan relevantes para su vida y desarrollo personal como las relaciones afectivas, la sexualidad, la fertilidad y las posibilidades de regularla, requiere que los Equipos de Salud se comprometan para asegurar a todos los usuarios la transferencia de conocimientos acordes con la época actual. Es ésta una manera de ayudarlos a tomar decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad y reproducción.

La asistencia, la orientación y la información necesarias son las herramientas con las cuales los profesionales ejercen su función educativa en este proceso. Contribuyen de esta forma a mejorar y estimular las acciones educativas que los adultos pueden realizar con las generaciones más jóvenes, fortaleciendo y desarrollando la interacción dentro del núcleo familiar, institución fundamental de la sociedad.

En los últimos años se ha asignado creciente importancia a la incorporación a las currículas escolares de una educación sexual centrada en la familia, y en los niños y los jóvenes.

En el sector Salud, la población adulta generalmente utiliza los medios asistenciales cuando consulta por una patología, o bien para actividades preventivas, como son el control prenatal o el uso de algún método anticonceptivo. Cada contacto de las personas con el sector, en especial las actividades relacionadas con el proceso reproductivo, constituyen una oportunidad que debe ser tenida en cuenta por los profesionales, para entregar información pertinente y adecuada a las necesidades de las personas.

La **Consejería** es un elemento fundamental para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la población. En el siguiente cuadro se resumen diversas estrategias orientadas a este propósito.

- **Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja.**
- **Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.**
- **Favorecer la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y los demás.**
- **Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar, promoviendo relaciones equitativas y horizontales**

dentro del hogar, destacando el respeto y consideración que, en tanto personas, merecen todos sus integrantes, cualquiera sea su sexo y edad.

- **Promover en la pareja criterios equitativos y conductas de responsabilidad com-partida, tanto en cuanto a la procreación y el cuidado de la descendencia, como frente a la decisión y el empleo de métodos anticonceptivos.**
- **Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (autocuidado, mutuo cuidado).**

Los agentes de salud desempeñan un papel clave para el logro de la salud sexual y reproductiva de la población, por medio de la oferta de información, asesoramiento y elección de los métodos a utilizar para planificar su reproducción.

Una limitante en este sentido es la escasa importancia que se otorga a estos aspectos en la formación de los recursos humanos en salud, privilegiándose la perspectiva biomédica, con escasa consideración de los elementos psicosociales. La expresión más clara en este sentido es que el tema de la sexualidad humana es vista más desde la patología (las enfermedades de transmisión sexual) antes que como una dimensión esencial en la vida de cada individuo.

En la currícula de médicos, obstétricas, enfermeras, se asigna poco tiempo a la consejería en general y, menos aún, a la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Por ello, se hace necesario entregar a estos profesionales habilidades de apoyo y comunicación que les permitan ayudar a la población usuaria en sus decisiones en materia de sexualidad y reproducción.

El concepto de Consejería –Counselling– no significa aconsejar, decirles a las personas lo que deben hacer. Se trata más bien de ayudarlas a decidir qué es lo mejor para ellas en su situación particular; asistirles, a través de la escucha y el entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores (asesoramiento). Permite el desarrollo de confianza en sí misma, de autonomía.

El Asesoramiento o Consejería sobre reproducción humana y sexualidad en general, y sobre anticoncepción en particular, es un proceso de comunicación en dos direcciones, en el cual una persona –el proveedor de servicios– ayuda a la otra –usuario/a– a identificar sus necesidades en relación con estos aspectos de su vida, y a tomar las decisiones más apropiadas para el uso seguro y efectivo de los distintos métodos anticonceptivos disponibles.

El perfil adecuado de un consejero requiere:

- Evitar toda connotación paternalista, dirigista o autoritaria, encubierta o manifiesta.
- Tener presente que orientar o asesorar, implica ofrecer un máximo de posibilidades de elección, sobre la base de informaciones fidedignas, no tendenciosas.
- Respetar al otro/a como un ser humano que opina, cree, disiente, acuerda; que tiene información, suficiente o no, diferente.

La consejería favorece el necesario encuentro entre proveedores y usuarios/as de servicios, para intercambiar información, plantear o detectar dificultades, y buscar en conjunto una respuesta a esas dificultades.

- Utilización de habilidades de comunicación, aprendizaje, escucha y apoyo, para poder ayudar eficazmente en la toma de decisiones de la mujer o la pareja.

La consejería permite tomar una decisión informada, aumenta la satisfacción del usuario y contribuye a utilizar la procreación responsable por más tiempo y con mayor éxito (adhesividad, continuidad de uso).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

En primer lugar es necesario promover el diálogo en la entrevista personal, y la interacción si las reuniones fueran grupales. Los temas a abordar –sexualidad, conductas sexuales, relaciones sexuales– generan timidez a las personas por lo que es importante, desde el inicio, animarlas a sobreponerse y conseguir una mayor apertura relacional. Estos temas generan mucha ansiedad; en consecuencia, es conveniente mostrarse disponible ante cualquier circunstancia o duda, estimulando el acercamiento, el interrogatorio y la discusión de dificultades.

La consejería propiamente tal debe ser personalizada, aunque se haya entregado previamente información grupal, a fin de conseguir una profundización de hechos individuales y la explicitación de los factores que motivan la consulta.

En todo caso, es posible la interacción en grupo, la cual favorece la actividad y la participación e incentiva la formulación de preguntas. De esta manera, los participantes más callados tienen mayores posibilidad de participar; se pueden realizar discusiones, lecturas, demostraciones cortas, escenificaciones, y ejercicios que ponderen los respectivos roles individuales: de la mujer como sujeto central del proceso reproductivo y como proveedora de cuidados individuales, de la pareja y la familia.

Valorar los esfuerzos y dificultades del usuario que asiste a la consulta para plantear estos temas tan personales, implica no aparecer amenazador, no usar expresiones de desacuerdo frente a lo que escucha, ni hacer comentarios que podrían hacer sentir molesto al interlocutor. Los agentes de salud deben estar conscientes de que en el diálogo pueden presentarse problemas difíciles de manejar.

Cuando sea necesario deberá realizarse una interconsulta con un profesional adiestrado en el tema, evitando situaciones extremas en la consejería.

Estas habilidades de comunicación y acercamiento contribuyen a lograr los objetivos de la Consejería: estimular el autocuidado, el cuidado del otro, y ayudar en la elección eficaz del método adecuado.

Existen numerosas barreras que limitan el acceso de varones y mujeres a los métodos anticonceptivos adecuados a sus necesidades específicas. El equipo de salud deberá centrarse en los siguientes objetivos:

- Ayudar a las mujeres, proporcionándoles protección contra embarazos no deseados y su frecuente consecuencia, el aborto provocado, con los riesgos asociados de morbilidad y mortalidad de la mujer.
- Ayudar al espaciamiento de los nacimientos.

Decisión informada:

Sobre la base de la información recibida y del diálogo con el consejero/a, el usuario/a adopta libremente su decisión, a partir de sus propias necesidades y de su situación personal. La interacción con el profesional, la escucha y el apoyo de éste, facilitan una apertura y explicitación de lo personal. La información procesada por el usuario/a le permite escoger dentro de la gama de métodos anticonceptivos disponibles. Es necesario explicar las ventajas, desventajas, limitaciones y contraindicaciones de todos los métodos en plaza, sin presionar o inducir la decisión final. Cuando sea posible, es de gran importancia que la decisión sea adoptada con el consenso de la pareja, lo que implica realizar la consejería para ambos.

Para que el objetivo educativo sea logrado en plenitud, se requiere de una actitud positiva previa por parte del usuario/a, que se exprese en un comportamiento adecuado. En la medida en que cada individuo tome conciencia de que la salud propia y la ajena constituyen un derecho y un deber para todos, se habrá dado un paso significativo en la búsqueda de la salud individual y colectiva.

La información a entregar debe contener diversos elementos:

a) Eficacia del método: uso adecuado del método elegido, posibles factores que pueden afectarlo. Es aconsejable entregar instructivos prácticos y claros sobre qué hacer en caso de dudas, o de cometer un error de uso del método elegido (por ejemplo, olvidarse de tomar la píldora), y qué hacer si se presentara algún problema o síntoma.

b) Ventajas y desventajas: de cada uno de los métodos en particular.

Una buena consejería debe incluir:

- *Completa confiabilidad.*
- *Atender las intenciones, preocupaciones, deseos sobre salud sexual y reproductiva, individual y poblacional.*
- *Informar cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.*
- *Permitir la elección del método apropiado para cada individuo y situación.*
- *Descripción del uso correcto del método elegido.*
- *Acordar las visitas de seguimiento.*

c) Efectos colaterales y complicaciones: conocerlos con anticipación favorece una mejor adaptación y satisfacción con el método. Por otro lado permite, frente a la aparición de síntomas, consultar oportunamente.

d) Prevención de ETS: colaborar en la comprensión y evaluación de los riesgos de contraer ETS, incluyendo el HIV/SIDA y la Hepatitis B, por medio del uso correcto de condones ("doble método", esto es, anticonceptivo y de prevención de ETS).

e) Seguimiento: en usuarios de métodos hormonales, DIU y pre-servativos, informar sobre los productos y dónde acudir para un cambio de método si fuera necesario.

COMUNICACIÓN SOCIAL

Los equipos de salud tienen, además, la posibilidad de difundir información a través de los medios de comunicación, carteles, folletos o reuniones comunitarias, lo que favorece las acciones individuales posteriores. La enseñanza sistematizada en escuelas, colegios, universidades, establecimientos de salud, etc., y no sistemática en sociedades vecinales, lugares de recreación, etc., con el objeto de motivar actitudes individuales, familiares, y comunitarias favorables, es una estrategia que debe ser tenida en cuenta por los equipos interdisciplinarios.

La consejería debe adaptarse a cada usuario en particular.

El educador sanitario debe utilizar el marco de referencia, tratando de fortalecer todo aquello que facilite su gestión, y de neutralizar todo lo que pueda actuar negativamente. La detección de los líderes comunitarios y su jerarquización es uno de sus recursos principales, ya que éstos pueden llegar a condicionar las posibilidades de comunicación efectiva, reforzando, difundiendo o bloqueando los mensajes, influidos por los antecedentes históricos, culturales y políticos de cada comunidad.

Por ello, para el logro de la participación activa, consciente y responsable de la comunidad, es necesario conocer sus percepciones y motivaciones, y familiarizarse con sus actitudes, hábitos y creencias.

Los mensajes a difundir deben ser claros en su contenido y forma, y sobre todo adecuados al marco de referencia del receptor. Debe cuidarse la metacomunicación, es decir, las formas complementarias de comunicación que no armonizan con el mensaje y pueden influir negativamente en su comprensión.

La mejor forma de evaluar este aspecto será el "feed back" o retroalimentación. Esta consiste en los mensajes del receptor al emisor, de la comunidad al educador, haciéndole saber si su mensaje ha sido comprendido adecuadamente o no, a fin de modificarlo o adaptarlo para que sea más fácil de entender.

La **redundancia** –repetición de los mensajes– es una de las formas para luchar contra el olvido.

Calidad de la Consejería

La calidad de la Consejería no depende sólo de la competencia técnica del consejero/a, sino también de la calidad de su interacción con el usuario.

1. Es necesario ganarse la confianza del usuario a fin de que se sienta suficientemente cómodo como para discutir sus necesidades.
2. El ambiente en el cual se realiza el asesoramiento debe asegurar la privacidad para permitir máxima confianza, comunicación y comprensión.
3. Las personas tienen diferentes necesidades y diferentes niveles de conocimiento y comprensión. El asesoramiento deberá adaptarse a esta circunstancia, dando prioridad a cualquier problema particular que el usuario/a desee discutir.
4. La consejería deberá ofrecer información esencial, sin recargarla excesivamente, y alentar las discusiones que pudieran requerir las personas, a fin de poder efectuar una elección anticonceptiva adecuada.
5. Es importante evitar la comprensión equivocada y la omisión de información importante o de instrucciones. Por ello, el consejero/a deberá evaluar el grado de comprensión del usuario y, según convenga, proveer recordatorios en forma de información impresa, folletos, carteles, etc., que pudieran facilitar el recuerdo de detalles dados en la consejería.

6. La asesoría sobre métodos anticonceptivos no debe omitir sus ventajas, sus desventajas, su eficacia, la manera en que actúan, así como cualquiera de las contraindicaciones médicas o de cualquier otro orden que pudieran existir, así como sus posibles efectos colaterales.

7. El Consejo deberá incluir la discusión de las necesidades del usuario de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el HIV/ SIDA y la Hepatitis B. Es preciso informar a las personas que la mayoría de los métodos de barrera proveen cierta protección contra las ETS, pero únicamente los condones ofrecen una protección probada contra la infección HIV.

8. No deben esperarse resultados siempre exitosos en una sola reunión de asesoramiento. En cada caso, la evaluación determinará la conveniencia o necesidad de complementar la reunión con otras formas o técnicas de comunicación.

Capacitación en Consejería

La capacitación en Consejería de los integrantes del equipo de salud es un componente esencial para asegurar la satisfacción del usuario. Junto a los tocoginecólogos y las obstétricas, que realizan el asesoramiento como una tarea especializada, se hace necesario entrenar en habilidades de comunicación y técnicas de consejería a todos aquellos integrantes del equipo de salud que tengan contacto con los usuarios.

Cuando los usuarios tienen información precisa antes de visitar al efector, el trabajo de éste se hace más fácil y la pareja toma mejores decisiones. Por ello es necesario asegurarse de que la información que llega de distintas fuentes sea lo más consistente posible.

Contenidos

Los contenidos deben referirse a la educación sobre reproducción humana y sexualidad como tema pedagógico, analizados desde sus diversos aspectos –biológico, psicosocial, cultural, ideológico– teniendo como punto de partida las necesidades y demandas de los diferentes grupos poblacionales.

Temario sugerido

1. Educación sexual. Información sexual. Diferencia entre sexo y género.
2. La sexualidad en la cultura nacional y local. Ideología sobre sexualidad.
3. La sexualidad en las representaciones sociales: mitos, creencias, prejuicios.
4. Desarrollo de la sexualidad. Diferencia entre sexualidad y genitalidad.
5. Papel de los distintos agentes de socialización en la educación sexual: la familia, la escuela, otras instituciones sociales, los medios de comunicación social.
6. Análisis críticos de los modelos de varón y de mujer en la familia y en los medios de comunicación social.
7. El embarazo en la adolescencia y en otras etapas de la vida reproductiva del ser humano.
8. La pareja: constitución e integración, situaciones de crisis. Tipo de vínculos.
9. Acciones de educación sexual que pueden generar los diversos servicios, sus modalidades.
Programas y proyectos de Educación e Información Sexual
10. Métodos pedagógicos. Técnicas de coordinación de grupos.
11. Sexualidad y Salud:
 - a) La salud sexual como expresión de la integración de los aspectos somáticos, afectivos y relacionales de la persona.
 - b) Sexualidad y placer.
 - c) Sexualidad y procreación. Embarazo y parto. Protección de la salud materna. Cuidado y salud del recién nacido.
 - d) Anticoncepción.
 - e) Enfermedades de transmisión sexual. SIDA.

Metodología operativa extramuros

La metodología de los equipos tendrá como objetivo principal llegar a la comunidad con el propósito de promover, proteger y recuperar la salud. Para ello será necesario que el equipo hospitalario interactúe con otros miembros de los equipos de salud que desarrollan actividades en las comunidades –como médicos generalistas, asistentes sociales, enfermeras, docentes– de manera que la acción mancomunada permita el enfoque integral requerido y asegure que la información llegue al usuario a través ellos mismos o por intermedio de otros medios de comunicación (radio, TV, carteles, folletos, reuniones comunitarias).

Consejería según grupo etéreo

Cuando los usuarios tienen información precisa antes de visitar al efector, el trabajo de éste se hace más fácil y la pareja toma mejores decisiones. Por ello es necesario asegurarse de que la información que llega de distintas fuentes sea lo más consistente posible.

La sexualidad articula diversas áreas del sujeto, por lo cual es necesario que los contenidos a transmitir reflejen esta realidad. Se deben incluir temas a partir de un abordaje interdisciplinario: lo biológico, la influencia social y cultural, la del desarrollo psicosexual. La información científica sobre cada uno de ellos debe darse desde una valoración positiva de la sexualidad en el marco del amor y la comunicación, en la pareja y en la vida familiar.

Los aspectos éticos, sumamente controvertidos en el caso de la educación sexual, deben ser desarrollados teniendo en cuenta la pluralidad de marcos religiosos e ideológicos de la población. La información debe ajustarse a características y comportamientos locales y regionales, tanto en su contenido como en su forma. Igualmente deben ser tenidas en cuenta las características locales a la hora de proponer temas que tiendan a la ruptura de prejuicios.

Es imprescindible diferenciar niveles de información según grupos de población por edades: niños, adolescentes, adultos. Entre los adultos hay algunos temas para padres y otros que revisten interés para otros roles personales.

La población adolescente es considerada como la de mayor riesgo, por la posibilidad del ejercicio de su genitalidad en un momento de crisis evolutiva significativa. Cuentan con dificultades para acceder a la información científica sobre sexualidad, que les permitiría estar en mejores condiciones para efectuar elecciones responsables: consultar a los servicios de salud necesarios, y evitar los riesgos de la maternidad precoz que influyen tanto sobre la mortalidad materna como sobre la del recién nacido. Al tomar como destinatario a la población de adolescentes, es necesario tener en cuenta también al sector adulto –padres, maestros, agentes de salud–, por la estrecha dependencia y relación entre ambos.

Temario sugerido

1. Importancia de la familia, la escuela, los medios de comunicación social. Variaciones de los roles a lo largo de la historia y de las culturas.
2. Los roles femeninos y masculinos actuales. El aprendizaje de los roles.
3. Desarrollo psicosexual en la niñez, en la adolescencia, en la vida adulta, en la vejez. Aspectos socio-emocionales.
4. Anatomía y fisiología de los aparatos genitales femenino y masculino.
5. Las relaciones sexuales: aspectos biológicos, psicológicos y culturales.
6. Embarazo y parto: aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
7. El aborto. Riesgos psíquicos y físicos.
8. Anticoncepción. Aspectos bio-psico-sociales.
9. Enfermedades de transmisión sexual. Su prevención.
10. Exámenes periódicos de salud para la mujer. PAP, serología en ETS, examen de mamas, controles ginecológicos.
11. Información sexual que necesita un niño menor de cinco años, un escolar, un púber, un adolescente.
12. Los padres como educadores sexuales. Las necesidades de los niños y los adolescentes.

3. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

En la prescripción del método deberán tenerse en cuenta múltiples factores, como el grado de motivación de la pareja en general y de la mujer en particular, su maduración psicológica, así como nivel cultural, la ausencia de contraindicaciones orgánicas y la valoración cuidadosa de los factores biológicos, médicos y psicosociales asociados.

Los métodos contraceptivos se clasifican en:

1. Dispositivos Intrauterinos

2. Anticonceptivos hormonales

Anticonceptivos hormonales combinados orales
 Anticonceptivos sólo de progesterona o minipíldora
 Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales
 Inyectables mensuales
 Gestágenos de depósito

3. Anticonceptivos de barrera

Preservativo
 Profiláctico femenino
 Diafragma

4. Anticonceptivos químicos

Cremas
 Jaleas
 Espumas
 Tabletas
 Ovulos vaginales
 Esponjas

5. Método de la lactancia (MELA)

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

Calendario
 Moco cervical
 Temperatura basal
 Sintotérmico

7. Métodos de esterilización

*La primera consulta
 para solicitar un método anticonceptivo
 puede ser la única oportunidad
 para prevenir un embarazo no deseado.*

Grupo de trabajo

Se implementarán en hospitales y centros de salud grupos de trabajo interdisciplinarios, que pueden estar constituidos por: médico obstetra y/o ginecólogo, médico generalista, obstétrica, enfermera y/o auxiliar de enfermería, instructoras (Billings), asistente social, psicóloga, administrativo –sin perjuicio de incorporar, cuando sea necesario, a otros profesionales–. Es importante contar con personal dependiente del centro de salud, o del hospital que efectúe el trabajo en terreno, de reconocimiento y primer contacto con la potencial usuaria, evaluando necesidades, riesgos, mitos y creencias que puedan ser un obstáculo para la utilización de ciertos métodos anticonceptivos. A su vez, este personal será el encargado del seguimiento y las visitas domiciliarias, si fueran necesarias.

La elección del método contraceptivo, la aceptación de la usuaria, el diagnóstico previo a la prescripción y la vigilancia son parte del proceso integral de atención de la Salud Reproductiva.

Aspectos operativos

El grupo interdisciplinario estará comprometido con el derecho de los consultantes a decidir libremente. La elección del método será una decisión informada y el grupo de trabajo se abstendrá de presionar hacia un método en particular. Para ello se comenzará con la descripción detallada de las técnicas o métodos anticonceptivos para posibilitar una decisión libre basada en un correcto conocimiento de las alternativas.

De la revisión y análisis de los métodos actuales emergen indicaciones y contraindicaciones muy definidas y precisas, que bajo ningún concepto pueden ser ignoradas.

Sobre la base de esto último se deberá realizar una selección minuciosa, en particular para cada caso, considerando riesgos sociales como madre sola, antecedente de un hijo menor de dos años muerto por muerte evitable, familia con necesidades básicas insatisfechas, mujer HIV positiva.

No respetar estas pautas implicará exponer a las parejas a un potencial riesgo de morbilidad, además de la incidencia que tendrá en cuanto a la responsabilidad profesional.

Los roles que desempeñarán los integrantes del equipo deberán adecuarse a la modalidad operativa enunciada, las posibilidades y complejidad de la institución en la que se desenvuelven.

Lineamientos para la atención de casos

Las bases para el trabajo en anticoncepción variarán según las características de la demanda. Esta demanda puede ser espontánea o surgida de recomendaciones profesionales ante riesgo reproductivo. En una u otra situación, se considerarán algunos aspectos a tener en cuenta por los equipos de salud:

1. Asesoramiento y elección del método, a pedido de la interesada

La entrevista consiste en completar la información a cada mujer sobre los distintos métodos anticonceptivos, y determinar si existe o no una contraindicación al método por el que la usuaria haya optado. Si la consultante así lo desea, se incluirá a su compañero en la/s entrevista/s. La presencia y/o consentimiento del mismo no son necesarios para la indicación de un método. Si bien es importante que la pareja se comprometa con el cuidado anticonceptivo, el derecho a la concepción es individual y no necesita la autorización del compañero, aún cuando estén unidos por un matrimonio legal.

2. Condiciones para postergar o evitar el embarazo:**Enfermedades que contraindican el embarazo**

Nefropatía crónica con compromiso de la función renal.

Hepatopatía con lesión anatómica.

Cardiopatía grave.

Antecedente de enfermedad tromboembólica.

Hipertensión pulmonar.

Otoesclerosis.

Colagenopatías

Neoplasia.

Parejas en las que se haya diagnosticado un alto riesgo de enfermedad genética grave para su descendencia.

Enfermedad de transmisión sexual activa.

Enfermedad pélvica inflamatoria.

Trastornos psíquicos graves.

Condiciones maternas que hacen recomendable postergar el embarazo:

Edad menor a 18 años.

Intervalo intergenésico menor de dos años.

Condiciones maternas que aumentan el riesgo de complicaciones para la salud materna y fetal.

Edad mayor de 40 años.

Paridad 4 ó más.

Cesárea iterativa anterior.

Condiciones del último embarazo por las que resulta conveniente postergar un nuevo embarazo:

Morbimortalidad fetal, hasta tanto no se considere resuelta la causa que la motivó o identificado el riesgo de repetición de la misma.

3.1 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Eficacia: 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170).

Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser:

- Medicados con cobre; con cobre y plata; o con cobre y oro.
- Sistemas liberadores de hormonas.

Dispositivos intrauterinos con cobre; con cobre y plata o con cobre y oro.

Existen diferentes modelos de DIU medicados con metales:

TCu-380 A, TCu-380 Slimline (más delgado).

TCu-200.

TCu-200B.

TCu-220C.

Nova-T.

Multiload-250.

Multiload-375.

Otros modelos similares a los listados, pero de fabricación nacional.

El DIU más ampliamente disponible, llamado TCu-380 A, dura por lo menos 10 años.

*La determinación del método
corresponde a una elección
debidamente informada.*

Mecanismo de acción

La variedad en el diseño se relaciona con la duración de la acción anticonceptiva (proporcional a la superficie de cobre), y a la frecuencia de efectos adversos como la expulsión, el aumento del sangrado menstrual y la dismenorrea.

Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo. Algunos autores consideran que, además de esta paralización de los espermatozoides, se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos así como del óvulo, en ambos casos previamente al encuentro de las gametas.

Para confirmar que el mecanismo de acción anticonceptivo del DIU de cobre es el anteriormente descrito, varios autores han determinado el nivel de sub unidad BHCG (gonadotrofina coriónica humana) durante el primer día menstrual de mujeres portadoras de DIU, en comparación con igual determinación en mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo. El porcentaje de resultados positivos varió entre 0 y 1% en las mujeres usuarias de DIU, contra 33,3% en las no usuarias. Cabe destacar que los resultados positivos en las usuarias de DIU se asociaron a descenso o expulsión inadvertida del dispositivo, luego confirmados por ecografía. Los embarazos pudieron seguir adelante.

Se recuperaron óvulos de 14 mujeres que usaban DIU y 20 mujeres que no practicaban la anticoncepción, luego de haber tenido relaciones sexuales alrededor del momento de la ovulación. Ninguno de los óvulos de las usuarias de DIU mostraban signos de fecundación o desarrollo embrionario, mientras que la mitad de los óvulos de las mujeres sin DIU u otro tipo de anticoncepción sí los mostraban. (Ver citas bibliográficas.)

Los **dispositivos intrauterinos medicados con hormonas** las liberan lentamente a la luz de la cavidad uterina, alcanzando una acción local con mínimo pasaje de la sustancia a la circulación sistémica. Se describen principalmente dos modelos: uno que contiene progesterona, utilizado en USA, cuya duración es de un año (Progestasert®) y otro, recientemente introducido en nuestro país, que libera

Levonorgestrel (14 mg/día) y cuya duración es de cinco años (Mirena®).

El mecanismo de acción anticonceptiva de ambos dispositivos se basa en dos acciones fundamentales: el espesamiento del moco cervical, que impide el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina, y la atrofia del endometrio que crea un medio hostil a los espermatozoides y a su migración. Es decir, que impiden la fecundación al impedir el encuentro de las gametas. (Ver citas bibliográficas.)

Ventajas

- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Reversible en forma inmediata. Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.
- No tienen ningún efecto sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- Pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) o después de un aborto (cuando no hay indicio de infección).
- Ninguna interacción con otras medicinas.

Desventajas

- Efectos secundarios comunes (no son señal de enfermedad) como:
 - cambios menstruales (comunes en los primeros tres meses, que suelen disminuir posteriormente).
 - Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
 - Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
 - Más cólicos o dolor durante los períodos.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- No es aconsejable en mujeres que han tenido recientemente una ETS.

Momento de la inserción

Como toda práctica médica, requiere la confección y firma de un consentimiento informado. El mismo garantiza que la mujer ha sido informada del procedimiento al que será sometida (la inserción) y acepta libremente que el profesional efectúe la maniobra.

El período conveniente para la inserción del DIU es durante la menstruación o inmediatamente después de ella, ya que el canal del cuello uterino se dilata ligeramente, lo que facilita la inserción del dispositivo. La presencia de la menstruación reduce el riesgo de inserción a comienzos de un embarazo. También se puede colocar, aunque con mayores posibilidades de expulsión espontánea, inmediatamente después de un aborto espontáneo o parto, si no existe sospecha de infección.

Técnica de inserción

(Requiere capacitación y práctica por parte del profesional.)

Utilizar procedimientos adecuados para la prevención de infecciones. Se insertará un DIU nuevo, que se encuentra ya esterilizado en una envoltura individual.

Es preferible usar la técnica de inserción "sin tocar", que incluye:

- a)** Colocar el DIU en el insertor mientras ambas partes aún se encuentran con la envoltura estéril.
- b)** Limpiar el cuello uterino con un antiséptico antes de insertar el DIU.
- c)** Tener cuidado de no tocar la pared vaginal ni las paletas del espéculo con la sonda uterina ni con el insertor en el que se ha colocado el DIU.
- d)** Hacer pasar únicamente una vez a través del canal cervical tanto la sonda uterina como el insertor que lleva el DIU.

Solicitar a la mujer que informe si siente dolor en cualquier momento del procedimiento. Se puede proporcionar Ibuprofen, 30 minutos antes de la inserción para reducir los cólicos o el dolor.

Realizar un examen pélvico cuidadoso (con espéculo y bimanual) y verificar en qué posición se encuentra el útero.

Limpiar cuidadosamente el cuello uterino y la vagina varias veces con una solución antiséptica como el yodo.

Insertar el DIU de acuerdo a las instrucciones del fabricante, alto en la cavidad uterina, con especial cuidado de evitar la perforación.

Después de la inserción, el proveedor preguntará a la mujer cómo se siente o si se mareará al sentarse. Si así fuera, le sugerirá recostarse 5 o 10 minutos.

Controles o seguimiento

El primer control se realizará 3 a 6 semanas después de la inserción.

Anualmente, realizar un examen clínico ginecológico y Papanicolau.

En cuanto al tiempo de duración o permanencia del DIU, se aconseja seguir las instrucciones del fabricante.

Posibles problemas biológicos que pueden aparecer durante su uso:

Expulsión: antes de colocar un nuevo dispositivo se deberá reevaluar la indicación.

Perforación: cuando ocurra durante la inserción deberá suspenderse el procedimiento.

Translocación: deberá localizarse el dispositivo en el abdomen mediante radiografías simples, ecografía, etc. Si se dispone de laparoscopia podrá intentarse su extracción por vía endoscópica.

Criterios de elección para el uso de DIU según la Organización Mundial de la Salud

<p>CATEGORIA I <i>Sin restricciones en su uso</i></p>	<p>CATEGORIA II <i>Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados</i></p>	<p>CATEGORIA III <i>No se recomienda su uso pero pueden contemplarse excepciones</i></p>	<p>CATEGORIA IV. <i>Uso contraindicado</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Edad: 20 o más años. • Fumadoras. • Obesidad. • Cefaleas o migraña • Lactancia materna. • Antecedentes de pre-eclampsia. • Antecedentes de embarazo ectópico. • Postparto luego de la 4ª semana. • Post aborto sin sospecha de infección (del primer trimestre). • Ciclos irregulares sin hipermenorrea. • Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria con un embarazo subsecuente. • Enfermedades de la mama. • Neoplasia intra-epitelial cervical. • Ectopía cervical. • Trastornos tromboembólicos. • Valvulopatía cardíaca sin complicar. • Hipertensión arterial. • Cardiopatía isquémica y ACV. • Tiroideopatías. • Epilepsia. • Diabetes. • Tumores hepáticos. • Esquistosomiasis. • Uso de antibióticos y antiepilépticos • Colecistopatías. • Ictericia (incluida la colestasis del embarazo). • Hepatitis (activa o portador). • Cirrosis (leve o moderada). • Malaria. • Tuberculosis extrapélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: menores de 20 años. • Nuliparidad. • Hipermenorrea o sangrado prolongado/dismenorrea severa. • Antecedentes de Enfermedad Pélvica. Inflamatoria sin embarazo subsecuente. • Anomalías uterinas cervicales o corporales (incluyendo fibromas) que no distorsionen la cavidad o interfieran con la inserción. • Postparto, menos de 48 horas. • Postaborto del segundo trimestre. • Valvulopatía cardíaca complicada (se recomienda cobertura antibiótica previa a la inserción). • Talasemia (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Anemia de células falciformes (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Anemia ferropénica (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Vaginitis sin presencia de pus en el cérvix. 	<ul style="list-style-type: none"> • Postparto luego de las 48 horas y antes de las 4 semanas. • Enfermedad trofoblástica gestacional sin malignidad. • Riesgo aumentado de enfermedades de transmisión sexual. • HIV positivo o SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Sepsis puerperal o post aborto séptico. • Hasta tres meses luego de una enfermedad pélvica inflamatoria. • Anormalidades uterinas cervicales o corporales incompatibles con la inserción. • Sangrado vaginal inexplicable. • Enfermedad trofoblástica gestacional maligna. • Cáncer cervical, endometrial u ovárico. • Tuberculosis pélvica diagnosticada. • Alto riesgo de ETS y/o HIV. • ETS hasta hace tres meses.

Hipermenorrea y dolor: cuando su magnitud lo justifique, se tratarán con inhibidores de prostaglandinas, noresteroides, o acetato de norestisterona (2 comprimidos por día durante 10 a 20 días). Es bajo el porcentaje de casos en que se hace necesaria la extracción del dispositivo por la intensidad del síntoma.

Metrorragia intermenstrual: si se presenta en forma reiterada intentar tratamiento antiinflamatorio, antibiótico u hormonal. Si no responde deberá evaluarse la posibilidad de retirar el DIU. Si la metrorragia persiste se practicará legrado biopsico.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI): extracción del dispositivo previa cobertura con antibióticos durante 24 a 48 horas y se completará luego el tratamiento de acuerdo al cuadro clínico.

Citología oncológica positiva: si el estudio citológico de rutina demuestra positividad, se deberá extraer el dispositivo y proceder de acuerdo a las normas del servicio.

Embarazo ectópico: si bien el DIU disminuye la incidencia de embarazo ectópico en relación a las mujeres no protegidas, del total de usuarias de DIU que se embarazan (0,6 a 0,8% durante el primer año de uso), el 3 al 9% corresponden a embarazos ectópicos.

Indicaciones para su remoción

- Solicitud de la mujer.
- Cualquier efecto secundario que hace a la mujer solicitar su remoción, incluyendo el dolor.
- Indicaciones médicas:
- Embarazo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria aguda.
- Perforación del útero.
- DIU con expulsión parcial.
- Sangrado intermenstrual o muy abundante durante las menstruaciones.
- Cuando la vida útil del DIU ha terminado.
- Un año después de su último período premenopáusico.

Técnica de colocación apropiada del DIU en el post parto

- Masaje uterino hasta disminuir el sangrado.
- Insertar el DIU dentro de los 10 minutos posteriores al alumbramiento placentario.
- Administración ocitócica pero no analgésica y/o anestésica.
- Tomar el dispositivo con pinza de aro.
- Tomar el cérvix con una segunda pinza de aro.
- Colocar el DIU en la cavidad uterina.
- Mantener abdomen/útero con la mano libre.
- Asegurarse de que el dispositivo esté lo más cerca posible del fondo uterino.
- Soltar el DIU y rotar la pinza de aro 45°.
- Desplazar lateralmente la pinza, antes de retirarla suavemente.

El estrógeno, hormona de los anticonceptivos orales combinados, puede reducir la cantidad y la calidad de la leche materna. La OMS recomienda que las mujeres en la etapa de lactancia esperen hasta por lo menos 6 meses después del parto para comenzar a usarlos.

Seguimiento

Control a las cuatro semanas, para comprobar la colocación correcta, visualizando los hilos del dispositivo. En caso de que éstos no se observen, realizar control ecográfico. Si se comprueba expulsión anterior, plantear una nueva inserción.

3.2 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Eficacia usual. De 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso Cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso).

Son distintos preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas, que pueden administrarse por vía oral o parenteral.

3.2.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES

Se clasifican en:

- a) Combinados monofásicos:
 - macrodosificados
 - microdosificados
- b) Combinados trifásicos.
- c) Mensuales.
- d) Minipíldora o anticonceptivos sólo de progesterona.

A) COMBINADOS MONOFÁSICOS

Este tipo de anticonceptivos hormonales han tenido tan importante desarrollo que, cuando se habla genéricamente de "anticonceptivos orales", se suele hacer alusión a este tipo de asociación. Se componen de un estrógeno —el Etinilestradiol— más un gestágeno, Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Todos los anticonceptivos orales monofásicos actúan de igual manera. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis. Es por este mecanismo de acción ovulostático que los ACO son el método anticonceptivo reversible más eficaz.

En el mercado existen preparados:

- Macrodosificados: Son aquellos que tienen 50 o más microgramos de Etinilestradiol, No suelen recomendarse, aunque se los puede utilizar como anticonceptivos de emergencia (ver más adelante).

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

Si la menstruación comenzó el día 2 de este mes, ese mismo día comenzará a tomar la primera caja.

Tomará pastillas por 3 semanas, 1 comprimido por día.

Luego viene la semana sin pastillas en la que además comenzará la menstruación.

Al 8º día sin pastillas comenzará la nueva caja.

Se debe respetar estrictamente el intervalo indicado por el proveedor. Prolongar los días sin toma de pastillas disminuye significativamente la eficacia del método. Es recomendable comprar el próximo envase antes de terminar con el actual, y llevar una provisión completa para toda la estadía si se emprenderá un viaje. El concepto de que es necesario interrumpir por uno o varios meses la toma de anticonceptivos para “descansar” es una creencia popular carente de fundamento científico. Estas pausas no aportan ningún beneficio para la salud y pueden llevar a un embarazo no deseado. Muchas veces la causa del abandono de los anticonceptivos es el temor a supuestos efectos adversos del método que no son reales. Se desconocen efectos protectores que ofrecen los anticonceptivos previniendo algunos tumores, enfermedades benignas de la mama, infecciones de las trompas de falopio, etc. Los efectos adversos reales de los anticonceptivos suelen ser leves y muchos de ellos desaparecen al continuar el tratamiento (como algunos malestares gastrointestinales o pequeñas pérdidas intermenstruales). El olvido de una píldora, la administración simultánea de otros medicamentos (antibióticos, anticonvulsivantes), o la presencia de diarrea disminuyen la eficacia anticonceptiva.

- **Microdosificados:** Son aquellos que tienen 35 microgramos o menos de Etinilestradiol (EE) por comprimido. Dentro de este grupo existen preparados con 35, 30, 20 y 15 microgramos de EE (recientemente incorporados).

Asociados al EE existen diferentes gestágenos. Pueden ser derivados de la Progesterona (Medroxiprogesterona y Ciproterona) o derivados de la Nortestosterona. Estos últimos son los más utilizados en la actualidad y se los denomina como de primera, segunda o tercera generación. Los más antiguos son llamados de primera generación y son la Noretisterona y el Linestrenol.

Los de segunda generación son el Norgestrel y el Levonorgestrel. Los de tercera generación son el Desorgestrel, el Norgestimato y el Gestodeno.

El mecanismo de acción de todos los gestágenos es similar, siendo los más nuevos los que mejor controlan el ciclo, evitando el manchado irregular (spotting) y las metrorragias por disrupción (sangrados fuera de fecha).

¿Cómo se toman?

Todos los anticonceptivos monofásicos de 35 a 20 microgramos diarios de Etinilestradiol se toman una vez al día, a la misma hora, durante 21 días (una caja completa). Se comienza el primer día de menstruación. Luego de tomar toda la caja, se hace un intervalo de 7 días sin tomar pastillas, en el que comenzará el sangrado mensual. Durante estos 7 días también se conserva la protección anticonceptiva. Al octavo día se comenzará una nueva caja de pastillas aunque todavía dure el sangrado. Una forma muy sencilla de recordar cómo tomar las pastillas, consiste en contar las semanas: durante tres semanas se toman pastillas y durante la cuarta semana, no. De este modo, si la

primera pastilla fue tomada, por ejemplo, un martes, todas las nuevas cajas se deberán empezar un martes. Se puede marcar en un calendario el primer día de toma y la semana sin pastillas.

Los **anticonceptivos monofásicos de 15 microgramos** de Etinilestradiol por comprimido tienen la misma eficacia. Vienen 28 comprimidos por envase: 24 de un mismo color (habitualmente blanco) y 4 de un color diferente (generalmente rojo o naranja). Es muy importante tomar primero las 24 pastillas blancas y luego las 4 de color, ya que estas últimas no tienen hormonas, sino que ayudan a reforzar el hábito de tomar todos los días los comprimidos (comprimidos recordatorios). Al día siguiente de terminar un envase, se comienza inmediatamente otro, sin ningún intervalo o pausa.

B) COMBINADOS TRIFÁSICOS

La dosis de Estrógeno y Progestágeno no es la misma en todas las grageas, sino que tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis de Etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva, siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos. Por ello es muy importante que la toma sea ordenada, es decir, que se respete la numeración de los comprimidos impresa en el blíster del producto.

Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo. Pero para mantener la eficacia anticonceptiva fue necesario introducir al gestágeno desde el primer comprimido. Es por ello que no presentan ventajas con respecto a los anticonceptivos monofásicos y han sido ampliamente superados por éstos.

¿Cómo se toman?

La primera caja se inicia tomando el primer comprimido el quinto día menstrual; se continúa tomando un comprimido por día a la misma hora, hasta terminar el envase. Se esperan entonces siete días sin tomar comprimidos para iniciar

Los anticonceptivos hormonales no previenen contra las ETS, incluyendo SIDA y Hepatitis B.

una nueva caja al octavo día.

Es decir, que la única diferencia con los monofásicos es que la primera caja se inicia al quinto día del ciclo. En todo lo demás el procedimiento es idéntico. Se puede aprovechar este comienzo más tardío de la primera caja, cuando concurre a la consulta una

mujer que ha iniciado su menstruación hace menos de cinco días. Los ciclos siguientes puede continuar con anticonceptivos trifásicos o cambiar a un monofásico.

Errores en la toma de los anticonceptivos hormonales orales:

Los errores más frecuentes son:

- Olvido de toma: consiste en no tomar el comprimido en la hora habitual, o no tomarlo ese día.
- Modificar el intervalo de días indicado por el proveedor entre el último comprimido de una caja y el primer comprimido de la siguiente, que habitualmente es de 7 días.
- Efectuar "descansos" en la toma, es decir, dejar pasar uno o varios meses sin tomar anticonceptivos (sin que el proveedor lo haya indicado por una circunstancia especial).
- Abandonar el método sin cambiar por otro método igualmente eficaz.

Recomendaciones:

Para evitar el olvido de toma es conveniente establecer una rutina:

- Asociar la toma a un acto cotidiano como cepillarse los dientes, ajustar el despertador, etc.
- Tomar la pastilla siempre a la misma hora.
- Involucrar a la pareja en la rutina.
- Tener la píldora en un lugar visible.
- Mantener los comprimidos en el envase original hasta el momento de la toma, ya que los números o días impresos en el blister ayudarán a no olvidar la toma.

En el caso de haber olvidado la toma de un comprimido:

Si transcurrieron menos de 12 horas del horario habitual de toma: tomarlo en ese momento. No es necesario tomar otras medidas.

Si pasaron más de 12 horas del horario habitual de toma: Durante la primera y segunda semana de toma de comprimidos de la caja actual, se debe tomar la pastilla olvidada inmediatamente, aunque esto implique tomar dos pastillas juntas (la olvidada el día anterior y la que corresponde al día actual). Además, se debe utilizar preservativo por siete días consecutivos contando desde el día en que se tomó el comprimido olvidado.

Durante la tercera semana de toma de comprimidos de la caja actual, se puede optar entre dos procedimientos:

1. Interrumpir la toma de pastillas y tirar el resto de la caja. No tomar pastillas por siete días, y al octavo día iniciar una nueva caja. La fecha menstrual se modificará (se adelantará) pero se mantendrá la eficacia anticonceptiva. Esta opción es la adecuada cuando se trata del primer comprimido olvidado en el mes; es decir, si todos los anteriores fueron tomados correctamente.
2. Tomar la pastilla olvidada inmediatamente, aunque esto implique tomar dos pastillas juntas (la olvidada el día anterior y la que corresponde al día presente). Continuar tomando los comprimidos hasta terminar la caja, y comenzar una caja nueva inmediatamente a continuación de la anterior, sin el intervalo habitual de siete días sin pastillas. La menstruación se presentará sólo al terminar esta segunda caja, pero se mantendrá la eficacia anticonceptiva. Esta opción es la adecuada si se habían olvidado otros comprimidos durante el mes; es decir, si no fue el único olvido durante la toma de la presente caja.

¿Cómo cambiar de un anticonceptivo a otro?

Pueden darse dos situaciones:

- **Pasar de un preparado a otro con menor dosis de estrógeno**

En este caso conviene iniciar el preparado de menor dosis a continuación del último comprimido de mayor dosis; es decir, no dejar el intervalo de siete días entre una caja y la siguiente. Es probable que la menstruación aparezca luego de finalizada la segunda caja, pero se garantizará la eficacia anticonceptiva.

- **Pasar de un preparado a otro con mayor o igual dosis de estrógeno**

En este caso se inicia la toma del preparado de mayor dosis luego de los siete días sin comprimidos (al octavo día, contando desde el último comprimido del preparado anterior). Es decir, no se hacen modificaciones al esquema original de toma, comenzándose el nuevo preparado al octavo día del último comprimido del preparado anterior.

Ventajas:

- Bajo riesgo de complicaciones.
- Muy efectivos cuando se usan correctamente.
- Regularizan los periodos menstruales y disminuyen su volumen y duración, así como los cólicos menstruales.
- No necesitan períodos de descanso.
- Pueden usarse desde la adolescencia a la menopausia.
- Puede interrumpirse su uso en cualquier momento, recuperándose inmediatamente la fertilidad.
- Previenen o disminuyen la anemia por déficit de hierro.
- Tienen efecto protector en embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quiste de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad benigna de la mama.

Desventajas:

Algunas usuarias refieren que la necesidad de toma diaria les incomoda.

Pueden presentarse efectos secundarios leves como sangrado intermenstrual, cefaleas sin trastornos de la visión, náuseas, vómitos, aumento de peso (sólo el 20 % aumenta más de dos kilos en un año). Estos suelen desaparecer con la continuidad del tratamiento y no son una indicación para discontinuar el uso.

La aparición de efectos secundarios o adversos más severos se describe en el apartado "razones para interrumpir el tratamiento".

C) MENSUALES

Se administra un comprimido por mes. Contiene alta dosis de un estrógeno de depósito (Quinestrol) asociado a un progestágeno (Diacetato de Etinodiol). Produce frecuentes trastornos del sangrado debido a la excesiva dosis de estrógenos de vida media prolongada. Son poco utilizados por sus efectos adversos.

Ventajas: Su comodidad.

Desventajas: Alta frecuencia de efectos adversos.

¿Cómo se toman?

Se debe tomar el primer comprimido el día 23º del ciclo, y luego regularmente cada 30 días (la misma fecha calendario).

Las ampollas de los anticonceptivos inyectables tienen la dosis exacta por lo que, al purgar la jeringa, es muy importante no perder medicamento. La aplicación debe ser intramuscular profunda.

El efecto anticonceptivo comienza luego del sangrado que sigue a la primera toma.

D) MINIPÍLDORAS O ANTICONCEPTIVOS SÓLO DE PROGESTERONA.

Se conocen también como POP (Progesterone Only Pill). Existen tres píldoras sólo de progesterona que contienen Linestrenol 0,5 mg (Exluton-NR), Levonorgestrel 0,030 mg. (Microlut-NR) y Norgestrel 0,075 mg (Norgeal-NR). No inhiben la ovulación. Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los

espermatozoides, impidiendo así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Estos anticonceptivos suelen utilizarse:

Durante la lactancia materna, con una eficacia del 99,5% los primeros seis meses del puerperio.

En aquellas mujeres que tienen contraindicado el uso de estrógenos pero no el de progesterona, como en los casos leves a moderados de hipertensión arterial, con una eficacia del 96,8%.

En la perimenopausia, si no se desea utilizar estrógenos (por ejemplo, en mujeres fumadoras mayores de 35 años o hipertensas, con una eficacia del 96,8%).

¿Cómo se toman?

Si la mujer ha tenido un parto, se comienza la toma de la minipíldora a los 21 días del parto y se continúa con una gragea diaria, siempre a la misma hora, sin interrumpir la toma en ningún momento; es decir, que se inicia una nueva caja inmediatamente de la anterior.

Deben transcurrir catorce días de iniciada la toma para lograr la eficacia anticonceptiva antes descrita. La mujer continuará en amenorrea durante todo el tratamiento. Si el niño deja de alimentarse exclusivamente de leche materna y comienza a espaciar las mamadas (incorporación de papillas, etc.), la eficacia anticonceptiva disminuirá. Es habitual que en ese momento la usuaria vuelva a menstruar.

Si la mujer no ha tenido un parto recientemente y menstrúa regularmente, se inicia la toma el primer día de la menstruación, con un comprimido por día, siempre a la misma hora, sin interrupción ni intervalo entre un envase y el siguiente. Es frecuente que se presenten alteraciones del patrón de sangrado mensual o manchado irregular, sin que ello justifique suspender el tratamiento. Si la usuaria entra en amenorrea, es necesario descartar primero la posibilidad de que esté embarazada.

En caso de olvido de toma se debe agregar el uso de otro método anticonceptivo de barrera por catorce días.

Ventaja:

Su buena tolerancia. Es posible su utilización durante la lactancia. Puede emplearse en fumadoras mayores de 35 años, en las que otros anticonceptivos se hayan contraindicados.

Desventajas:

En un grupo reducido de mujeres, puede producir disminución de la lactancia o alteraciones del ciclo menstrual. Como único método anticonceptivo es de menor eficacia que los anovulatorios.

Crterios de eleccin para anticonceptivos orales de la Organizacin Mundial de la Salud

Anticonceptivos hormonales combinados microdosificados

Categoría I	Categoría II	Categoría III	Contraindicaciones
<p>“No tiene restricciones de uso.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: menor de 40 años • Obesidad • Antecedentes de preeclampsia • Antecedentes de embarazo ectópico • Aborto reciente (desde el 7º día postaborto) • Desde los 21 días de puerperio, si no va a amamantar • Ciclos irregulares, dismenorrea • Enfermedad pélvica inflamatoria actual o pasada • Patología mamaria benigna • Ectropion cervical • Miomatosis uterina • Cáncer de ovario o endometrio • Enfermedad trofoblástica gestacional • Antecedentes de diabetes gestacional • Epilepsia • Patología tiroidea • Hepatitis no activa (portador sano o antecedentes de hepatitis) • Esquistosomiasis • Malaria • Anemia ferropénica • Tuberculosis • HIV • Riesgo de HIV y ETS (junto con el uso sistemático del preservativo). 	<p>“Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados y pueden utilizarse dentro de determinados parámetros.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: mayor de 40 años • Fumadoras si son menores de 35 años • Lactancia materna luego del sexto mes de puerperio • Antecedentes de colestasis del embarazo • Cáncer del cérvix o neoplasia intraepitelial cervical • Tromboflebitis superficial • Cardiopatía valvular no complicada, no embolizante • Talasemia • Diabetes sin complicaciones • Litiasis vesicular asintomática o resuelta quirúrgicamente 	<p>“Condiciones en las cuales no se recomienda el uso del método, pero se pueden contemplar excepciones en determinados casos.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fumadoras (de menos de 20 cigarrillos) mayores de 35 años • Lactancia materna antes del 6º mes • Antes de los 21 días de puerperio (si no está dando de mamar) • Cáncer mamario tratado • Sangrado vaginal sin explicación (la relatividad de la contraindicación se debe a que la patología puede resultar más grave que el uso de anticonceptivos, por ejemplo en el cáncer cervical) • Antecedentes de hipertensión arterial sin posibilidad de medir la TA ahora (También por un criterio de menor daño) • Hipertensión arterial leve (TA menor a 160/100) • Hiperlipidemias conocidas (también por un criterio de daño menor) • Litiasis vesicular actual sintomática • Antecedentes de ictericia por uso de ACO • Uso de antibióticos o antiepilépticos que disminuyen la eficacia anticonceptiva de los AH 	<p>“Uso contraindicado.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Lactancia • Cáncer gínito-mamario • Insuficiencia hepática • Hepatitis activa • Tumores hepáticos (benignos o malignos) • Migraña con síntomas neurológicos • Fumadoras (de más de veinte cigarrillos) de 35 o más años • Diabetes con complicaciones vasculares o con 20 o más años de enfermedad • Historia o evidencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Trombosis de venas profundas. • Embolia pulmonar. • Accidente cerebrovascular. • Cardiopatía reumática • Cardiopatía isquémica • Várices severas. • Enfermedad cardiovascular diabética. • Hipertensión moderada o severa • Insuficiencia cardíaca <p style="text-align: right;"><i>Más adelante se halla un listado similar por patología-categoría.</i></p>

Crterios de eleccin para anticonceptivos orales de la Organizacin Mundial de la Salud

Anticonceptivos s3lo de progesterona (Depoprovera, minip3ldoras e implantes)

Categoría I	Categoría II	Categoría III	Contraindicaciones
<p data-bbox="193 275 459 297">"No tiene restricciones de uso."</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="193 398 427 421">• Edad: 16 a3os o mayor <li data-bbox="193 434 320 456">• Fumadoras <li data-bbox="193 470 304 492">• Obesidad <li data-bbox="193 506 491 528">• Antecedentes de preeclampsia <li data-bbox="193 542 491 651">• Antecedentes de embarazo ect3pico (categoría II si se trata de p3ldoras s3lo de progesterona: minip3ldora) <li data-bbox="193 665 491 741">• Post parto (si no dar3 de mamar) y post aborto inmediatos <li data-bbox="193 754 448 808">• Lactancia desde la 6ª semana postparto <li data-bbox="193 822 464 844">• Patolog3a mamaria benigna <li data-bbox="193 857 405 880">• Diabetes gestacional <li data-bbox="193 893 437 916">• Colestasis del embarazo <li data-bbox="193 929 360 952">• Ectop3a cervical <li data-bbox="193 965 368 987">• Miomas uterinos <li data-bbox="193 1001 491 1055">• C3ncer de endometrio o cervical <li data-bbox="193 1068 491 1122">• Enfermedad p3lvica inflamatoria <li data-bbox="193 1135 443 1189">• Enfermedad trofobl3stica gestacional <li data-bbox="193 1202 472 1225">• Trastornos tromboemb3licos <li data-bbox="193 1238 427 1261">• Valvulopat3as card3acas <li data-bbox="193 1274 491 1350">• Hipertensi3n leve (TA menor a 160/100) y moderada (TA menor a 180/110) <li data-bbox="193 1364 352 1386">• Colecistopat3as <li data-bbox="193 1400 491 1422">• Hepatitis (no activa, portador) <li data-bbox="193 1435 344 1458">• Tiroideopat3as <li data-bbox="193 1471 491 1525">• Talasemia y anemia de c3lulas falciformes <li data-bbox="193 1538 300 1561">• Epilepsia <li data-bbox="193 1574 373 1597">• Esquistosomiasis <li data-bbox="193 1610 331 1632">• Tuberculosis <li data-bbox="193 1646 288 1668">• Malaria <li data-bbox="193 1682 395 1704">• Anemia ferrop3nica <li data-bbox="193 1718 400 1740">• ETS actual o pasada <li data-bbox="193 1753 320 1776">• HIV positivo <li data-bbox="193 1789 448 1812">• Riesgo aumentado de HIV 	<p data-bbox="499 275 798 374">"Las ventajas son mayores que los inconvenientes t3cnicos demostrados y pueden utilizarse dentro de determinados par3metros."</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="499 398 767 421">• Edad: menores de 16 a3os <li data-bbox="499 434 798 544">• Cefalea severa y migra3a (las minip3ldoras son categor3a I ya que pueden ser interrumpidas r3pidamente) <li data-bbox="499 557 798 633">• Ciclos menstruales irregulares, incluso con hipermenorrea <li data-bbox="499 647 798 763">• N3dulo mamario sin diagn3stico (hasta que se aclare el mismo, considerando que el embarazo es un riesgo mayor) <li data-bbox="499 777 767 831">• Antecedentes de hipertensi3n <li data-bbox="499 844 798 920">• Hipertensi3n severa (TA mayor a 180/110) y/o con da3o vascular <li data-bbox="499 934 798 987">• Cardiopat3a isqu3mica y ACV (depoprovera clase III) <li data-bbox="499 1001 798 1055">• Hiperlipidemias conocidas (depoprovera clase III) <li data-bbox="499 1068 798 1144">• Diabetes (depoprovera clase III en DBT de m3s de 20 a3os o con patolog3a vascular) <li data-bbox="499 1158 798 1211">• Antecedentes de ictericia por anticonceptivos orales <li data-bbox="499 1225 798 1279">• Cirrosis con da3o hep3tico moderado 	<p data-bbox="805 275 1104 374">"Condiciones en las cuales no se recomienda el uso del m3todo, pero se pueden contemplar excepciones en determinados casos."</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="805 398 1104 452">• Lactancia materna antes de la 6ª semana postparto <li data-bbox="805 465 1104 519">• Antecedentes de c3ncer de mama <li data-bbox="805 533 970 555">• Hepatitis activa <li data-bbox="805 568 970 591">• Cirrosis severa <li data-bbox="805 604 970 627">• Ictericia actual <li data-bbox="805 640 1104 694">• Tumores hep3ticos benignos o malignos <li data-bbox="805 707 1104 761">• Uso de ciertos antibi3ticos y antiepil3pticos 	<p data-bbox="1112 275 1386 297">"Uso contraindicado."</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1112 398 1225 421">• Embarazo <li data-bbox="1112 434 1386 544">• Sangrado vaginal inexplicable (minip3ldora categor3a III porque la dosis total es menor y pueden interrumpirse r3pidamente) <li data-bbox="1112 557 1386 674">• C3ncer actual de mama (minip3ldora categor3a III porque la dosis total es menor y pueden interrumpirse r3pidamente)

3.2.2 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Eficacia: 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Se los clasifica como:

- a) Mensuales de primera generación
- b) Mensuales de segunda generación
- c) Trimestrales

Los anticonceptivos hormonales se pueden administrar durante años sin períodos de descanso. La interrupción injustificada del método no aporta ningún beneficio y favorece la ocurrencia de embarazos no deseados y posteriores abortos.

a) Mensuales de primera generación: Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada (Enantato de Estradiol) con un gestágeno de acción corta (Acetofénido de Dihidro-xiprogesterona). Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno.

La alta dosis de estrógenos de liberación prolongada produce frecuentes alteraciones del ciclo como hipermenorrea y menometrorragia. Es por ello que habitualmente no se los recomienda.

b) Mensuales de segunda generación: Están compuestos por un estrógeno de acción breve (Valerato o Cipionato de Estradiol) y un gestágeno de acción prolongada (Enantato de Noretisterona teto de Medroxiprogesterona). No producen aumento del sangrado menstrual sino que por el contrario lo disminuyen, siendo la amenorrea un efecto adverso frecuente. Cabe destacar que dicha amenorrea se debe al bajo aporte de estrógenos, por lo que no constituye un signo de alarma que indique suspender el tratamiento una vez descartado el embarazo. La misma es totalmente reversible si se suspende la aplicación del medicamento y puede tratarse agregando estrógenos en parches o comprimidos, una semana antes de la fecha en que se espera la menstruación (un comprimido de estrógenos conjugados equinos de 0,625 por día por 7 días, o un parche de 50 microgramos de Estradiol aplicado una semana antes de la fecha menstrual; si el parche tiene una duración de tres días, el mismo deberá cambiarse una vez).

La primera dosis se aplica el primer día del ciclo; y luego, cada treinta días, pudiéndose adelantar o retrasar tres días, por lo que resulta práctico que la usuaria lo aplique siempre en la misma fecha calendario (por ejemplo: si su primer aplicación fue el 9 de noviembre, que realice las siguientes aplicaciones el 9 de cada mes: 9 de diciembre, 9 de enero, etc.).

Ventajas: una sola aplicación mensual.

Desventajas: son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual.

c) Trimestrales: Consiste en una dosis de 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7 %. El efecto adverso más frecuente es la amenorrea, que se verifica en el 60 % de las usuarias. Si bien se trata de un anticonceptivo de progesterona sola, está contraindicado en la hipertensión arterial, ya que el efecto mineralocorticoide de la Medroxiprogesterona en una dosis alta puede elevar la presión arterial.

La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario.

Ventajas: su alta eficacia anticonceptiva y su administración a intervalos prolongados.

Desventajas: frecuentes alteraciones del ciclo menstrual, menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.

- En todas las mujeres que eligen ACO, es necesaria la Consejería a efectos de disipar dudas, brindar información clara sobre los efectos secundarios y, sobre todo, para destacar la importancia del buen cumplimiento y recursos en caso de olvidos.
- Los programas con entrega gratuita, deberán prever la cobertura para 6 meses a 1 año, ya que la razón más importante de un nuevo embarazo no deseado es no disponer del método en ciclos subsiguientes especialmente en la fecha de inicio de la toma de la /las cajas subsiguientes.
- Es importante asegurar, también la provisión de condones o profilácticos, ya sea como prevención de

Listado de anticonceptivos hormonales actualmente a disposición de los usuarios

NOMBRE	LABORATORIO	TIPO	FORMA	FORMULA
April.	Gador.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestrdiol 0,020 mg Levonorgestrel 0,100 mg
Atrimon.	Elvetium.	Inyectable de primera generación.	Inyectable.	Estradiol Enantato 10 mg Dihidroprogesterona acetofénido 150 mg
Cilest.	Janssen-Cilag.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 35 mcg Norgestimato 0,250 mg
Cyclofem.	Elvetium.	Inyectable de segunda generación.	Inyectable.	Acetato de Medroxiprogesterona 25 mg Cipionato de Estradiol 5 mg
Diane 35.	Schering.	Monofásico microdosificado. Antiandrógeno.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,035 mg Acetato de Ciproterona 2 mg
Evelea, MD.	Elea.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Levonorgestrel 0,150 mg
Exluton.	Organon.	Minipíldora.	Comprimido.	Linestrenol 0,5 mg
Femiane.	Schering.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,020 mg Gestodeno 0,075 mg
Ginelea.	Elea.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Gestodeno 0,075 mg
Ginelea M D.	Elea.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,020 mg Gestodeno 0,075 mg
Ginelea T.	Elea.	Trifásico.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg - Gestodeno 0,050 mg / Etinilestradiol 0,040 mg - Gestodeno 0,070 mg / Etinilestradiol 0,030 mg - Gestodeno 0,100 mg
Gynovin.	Schering.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0.030 mg Gestodeno 0.075 mg

NOMBRE	LABORATORIO	TIPO	FORMA	FORMULA
Gynovin.	Schering.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Gestodeno 0,075 mg
Harmonet.	Wyeth.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,020 mg Gestodeno 0,075 mg
Imediat.	Gador.	Píldora de emergencia.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,050 mg Levonorgestrel 0,250 mg
Marvelon.	Organon.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Desorgestrel 0,150 mg
Mercilon.	Organon.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,020 mg Desorgestrel 0,150 mg
Mesigyna.	Schering.	Inyectable de segunda generación.	Inyectable.	Valerato de Estradiol 5 mg Enantato de Noretisterona 50 mg
Microgynon.	Schering.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Levonorgestrel 0,150 mg
Microlut.	Schering.	Minipíldora.	Comprimido.	Levonorgestrel 0,0300 mg
Microvlar.	Schering.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Levonorgetrel 0,150 mg
Minesse.	Wyeth.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,015 mg Gestodeno 0,060 mg
Minulet.	Wyeth.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Gestodeno 0,075 mg
Miranova.	Schering.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,020 mg Levonorgestrel 0,100 mg
Tridestan N.	Gador.	Trifásico.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg - Levonorgestrel 0,050 mg / Etinilestradiol 0,040 mg - Levonorgestrel 0,075 mg / Etinilestradiol 0,030 mg - Levonorgetrel 0,125 mg

NOMBRE	LABORATORIO	TIPO	FORMA	FORMULA
Tridette.	Gador.	Trifásico.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,035 mg Norgestimato 0,180 mg / Etinilestradiol 0,035 mg - Norgestimato 0,215 mg / Etinilestradiol 0,035 mg - Norgestimato 0,250 mg
Soluna 3.5	Elea.	Mensuales orales.	Comprimido.	Diacetato de Etinodiol 7 mg Quinestrol 3,5 mg
Soluna.	Elea.	Mensuales orales.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,03 mg Levonorgestrel 0,150 mg
Trinordiol.	Wyeth.	Trifásico.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Levonorgestrel 0,05 mg (6 grageas) Etinilestradiol 0,040 mg Levonorgestrel 0,075 mg (5 grageas) Etinilestradiol 0,030 mg Levonorgestrel 0,125 mg (10 grageas)
Perluta.	Promeco.	Inyectable de primera generación.	Inyectable	Acetofénido de Dihidroprogesterona 150 mg Enantato de Estradiol 10 mg
Norgestrel plus.	Biotenk.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Diacetato de Etinodiol 8 mg Quinestrol 5 mg
Norgeal.	Wyeth.	Minipíldora.	Comprimido.	Norgestrel 0,075 mg
Triquilar.	Schering.	Trifásico.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Levonorgestrel 0,05 mg / Etinilestradiol 0,030 mg - Levonorgestrel 0,125 mg / Etinilestradiol 0,040 mg - Levonorgestrel 0,075 mg
Nordette.	Wyeth.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,030 mg Levonorgestrel 0,150 mg
Mirelle.	Schering.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,015 mg Gestodeno 0,060 mg
Secret 28.	Elea.	Monofásico microdosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,015 mg Gestodeno 0,060 mg

Anticonceptivos macrodosificados que pueden utilizarse como anticonceptivos de emergencia.

NOMBRE	LABORATORIO	TIPO	FORMA	FORMULA
Duoluton.	Schering.	Monofásico macrodosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,050 mg Norgestrel 0,500 mg
Lindiol 2.5	Organon.	Monofásico macrodosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,050 mg Linestrenol 2,5 mg
Neogynon.	Schering.	Monofásico macrodosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,050 mg Levonorgestrel 0,250 mg
Nordiol.	Wyeth.	Monofásico macrodosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,050 mg Levonorgestrel 0,250 mg
Norlestrin.	Parke Davis.	Monofásico macrodosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,050 mg Acetato de noretindrona 2,5 mg
Ovral.	Wyeth.	Monofásico macrodosificado.	Comprimido.	Etinilestradiol 0,050 mg Norgestrel 0,500 mg

(No se recomienda su uso como anticonceptivos orales combinados de rutina. Según la Organización Mundial de la Salud deben preferirse los microdosificados con 35 microgramos o menos de Etinil Estradiol.)

INTERACCIÓN CON DROGAS

TIPO	EJEMPLOS	EFECTO
Analgésicos	Aminoferezona Amidopirimina	Sangrado disruptivo
Anticonvulsivantes	Fenacetina Fenobarbital Fenitoína	Reducción del efecto anticonvulsivante Sangrado disruptivo Reducción del efecto anticonvulsivante
Antibióticos	Ampicilina Rifampicina	Reducción del efecto antibiótico Sangrado disruptivo
Hipoglucemiantes	Insulina Orales	Reducción del control diabetológico

ETS/SIDA o en caso de olvido de la píldora.

- Planear una visita de seguimiento para control y entrega de una nueva serie.

Iniciación y seguimiento

Los **anovulatorios orales** comienzan a tomarse entre el 1º y el 5º día del ciclo, según las hormonas que contengan. Se deberá seguir las instrucciones de cada preparado en particular. Se administran diariamente durante 3 semanas, con una semana de intervalo entre cada ciclo.

La minipíldora comienza a tomarse el 1º día del ciclo y se administra en forma ininterrumpida mientras se desee postergar el embarazo.

Los inyectables mensuales de última generación se administran el primer día del ciclo y luego una vez por mes en la misma fecha calendario.

Control de seguimiento

Control de tensión arterial y examen clínico completo previo. Luego, cada 6 meses.

Anualmente se practicará Papanicolau y examen ginecológico.

En mujeres que presenten características incluidas en las categorías II y III de la OMS se deberán realizar controles más frecuentes.

En pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular se evaluarán transaminasas, colesterol HDL y triglicéridos.

Indicaciones para interrumpir la administración de Anticonceptivos Hormonales

- Gestación.
- Trastornos tromboembólicos
- Tromboflebitis
- Embolia pulmonar
- Isquemia miocárdica
- Trastornos cerebrovasculares
- Trombosis mesentérica
- Trombosis retiniana
- Cefalea severa de origen desconocido
- Migraña severa o con síntomas neurológicos
- Epilepsia que se agrava
- Esclerosis en placas que se agrava
- Aparición de ictericia, hipertensión, depresión
- Intervención quirúrgica programada (cambiar de método por barrera o DIU, seis semanas antes; los de abstinencia periódica no serían confiables en estas circunstancias).

Manejo de algunos efectos secundarios durante el uso de Anticonceptivos Hormonales

Manchado intermenstrual (spotting): es el efecto adverso más frecuente. No es indicación de suspender el tratamiento. Suele revertir espontáneamente antes del cuarto ciclo de uso. No disminuye la eficacia anticonceptiva.

Hemorragia genital intracíclica: si ocurre en las primeras dos semanas se deberá duplicar la dosis. Si ocurriera en la tercera, suspender y permitir el sangrado, que se interpretará como menstruación. Al octavo día sin anticonceptivos, iniciar un nuevo envase. Si estaba utilizando anticonceptivos de 20 ó 15 microgramos de Etinilestradiol, valorar el cambio a uno de 30. Si el cuadro se repite, descartar patologías asociadas y evaluar el cambio de método.

Amenorrea: antes de iniciar próximo envase se practicará una prueba de embarazo.

Embarazo: Se debe suspender el tratamiento.

Galactorrea: si persiste, consultar con endocrinólogo o cambiar por método no hormonal.

Cirugía: Suspender seis semanas antes de la intervención. En caso de urgencia tomar las medidas preventivas de trombosis postoperatoria.

Diarrea, vómito o interacción con drogas: complementar con otro método anticonceptivo. Si persiste, suspender.

Efectos colaterales: suelen aminorar luego de los primeros ciclos; si persisten: valorar la necesidad de suspensión.

Amenorrea post-píldora: no tratar antes de los 6 meses. Suele corregirse espontáneamente en el 90% de los casos. Si persiste luego de ese lapso procurar establecer el diagnóstico etiológico.

3 ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

Son aquellos que actúan como un obstáculo físico al paso del espermatozoide a la cavidad uterina.

3.3.1. PRESERVATIVOS

Preservativo masculino o condón

Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual. Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, junto con el preservativo femenino, que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Por eso debe usarse durante la penetración vaginal o anal, y el sexo oral

Eficacia: 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8). Los fracasos se deben más a problemas en su colocación o de escurrimiento del semen que a la posibilidad de ruptura. Si su uso es correcto y consistente desciende a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 33).

Para usar correctamente el preservativo se deben seguir estas recomendaciones:

1. Usar un condón en cada relación.
2. Sacar el preservativo de su envoltorio con cuidado de no romperlo.
3. Colocarlo cuando ocurre la erección, antes de la primera penetración, dejando un espacio en su extremo superior para contener el semen eyaculado (al hacerlo no estirar con fuerza el extremo del condón sobre la punta del pene).
4. Después de la eyaculación, retirar el pene de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para que éste no se salga (el condón queda grande cuando el pene se va desentumeciendo) tratando de no derramar esperma al hacer esta maniobra.
5. No reutilizar nunca. Tirarlo envuelto en un trozo de papel.
6. Si necesita lubricante, usar uno a base de agua (la misma jalea espermicida sirve) ya que los de base oleosa deterioran el latex.

Constituye el método contraceptivo de uso más frecuente, ya que a su accesibilidad y bajo costo se agrega actualmente su elección como método en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual entre ellas el SIDA y la hepatitis B.

Ventajas: De fácil acceso, no requiere preparación previa.

Desventajas: Se requiere motivación para su uso constante y correcto, por lo que es importante en consejería interactuar con técnicas lúdicas para erotizar su uso.

Preservativo femenino

Eficacia: 95 al 71%, aumentando con la continuidad del uso. No se han comprobado fallas del tipo rotura. La falla más frecuente es la penetración del semen por fuera del anillo que cubre la vulva o su desplazamiento hacia el interior de la vagina.

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito.

Ventajas: permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado.

Desventajas: requiere adiestramiento para su colocación.

3.3.2 DIAFRAGMA

Eficacia: Su eficacia es de 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso Si su uso es correcto y consistente y combinado con espermicidas, desciende a 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Consiste en un aro de goma cubierto por una membrana del mismo material que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo de saco vaginal posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cérvix y obstruyendo el orificio externo. Es por ello que existen diferentes medidas estandarizadas cada medio centímetro desde el 6 (diámetro de 6 cm) hasta 8,5 (diámetro de 8,5 cm).

Para medir el diafragma que necesita la usuaria existen aros re-esterilizables de distintos diámetros que el profesional coloca en la vagina de la mujer; luego le pide que se levante y camine, para luego efectuar un tacto vaginal que verifique que el anillo no se ha movido de su lugar, es decir que permanece sostenido entre el fondo de saco posterior y la sínfisis púbica. Un diafragma pequeño se deslizará hacia abajo y puede moverse libremente hacia los costados. Un diafragma grande no logrará desplegarse totalmente o no se sujetará por encima de la sínfisis púbica, sino que ese extremo tenderá a salir por la vulva. Su uso debe combinarse con cremas o geles espermicidas.

Es importante utilizar el diafragma **en todas las relaciones**, independientemente del día del ciclo en que se encuentre la mujer.

Para colocarse correctamente el diafragma es conveniente recostarse o levantar una pierna y apoyarla sobre una silla.

Se le debe colocar el espermicida en crema o gel sobre el borde del anillo, en el centro por su cara superior y en el centro por su cara inferior. Se toma entre los dedos índice y pulgar de la mano hábil.

Con la otra mano se entrecierran los labios de la vulva. Se introduce el diafragma profundamente dirigiéndolo hacia la pared posterior de la vagina. Se verifica con un dedo en la vagina que el borde anterior esté correctamente colocado por encima de la sínfisis pubiana y que el cuello uterino esté cubierto por el diafragma.

Se coloca hasta una hora antes de la relación sexual. Si el lapso será mayor, agregar una dosis extra de espermicida antes del coito. Si se tendrá una segunda relación sexual, aplicar otra dosis de espermicida. Retirar el diafragma entre 6 y 8 horas luego del último coito, como mínimo.

Para hacerlo, introducir el índice en la vagina hasta tocar la porción anterior del anillo, y traccionar suavemente. Lavar el diafragma con agua y jabón neutro (por ejemplo, el jabón blanco de lavar la ropa); secarlo bien sin refregar, y guardarlo en su envase original con fécula para bebés o de maíz (evitar el uso de talco ya que no es biodegradable y produce reacciones de cuerpo extraño en el tracto genital superior e inferior).

Periódicamente, mirarlo detenidamente con una luz potente para asegurarse de que no presenta fisuras. Cuidar de no rasgarlo con las uñas.

Ventajas: No provoca efectos secundarios sistémicos. Es de uso temporario. La mujer puede controlar el método, colocándolo antes del inicio del juego sexual, por lo que no interrumpe el mismo.

Desventajas: requiere medición para su selección adecuada y adiestramiento para una correcta colocación. Es necesaria una alta motivación para su uso eficaz. Puede producir cistitis en mujeres predispuestas. Los espermicidas pueden provocar reacciones alérgicas.

4 - CONTRACEPTIVOS QUIMICOS

Eficacia: Los fracasos en el uso no combinado oscilan entre el 6 y el 26 %. Mejoran la eficacia de los métodos de barrera.

4.1 ESPERMICIDAS

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos.

Los espermicidas más utilizados en nuestro país son el Nonoxynol-9 y el Cloruro de Benzalconio y con menor frecuencia el Octoxynol o el Mefengol.

Deben introducirse en la vagina, cerca del cérvix, con una anticipación no mayor de 1 hora respecto del coito –ya que pierden su actividad espermicida con el transcurso del tiempo– y no menor de 10 a 15 minutos antes –para dar tiempo a su disolución, si son óvulos o tabletas–. Debe recomendarse no realizar ninguna higiene vaginal por un mínimo de 7 horas luego del coito.

Debido a su alta tasa de fallas, se recomienda su uso asociado a un método de barrera, como el preservativo o el diafragma.

Puede tener efectos colaterales relacionados con reacciones alérgicas a alguno de sus componentes.

4.2 - ESPONJAS VAGINALES

Son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que liberan el espermicida en el medio vaginal. Se colocan como un tampón pudiendo ser retirados con facilidad.

Son desechables después del coito. Ofrecen una protección continua por 24 horas y deben ser removidas 6 a 8 horas después de la última relación.

Ventajas: Son de uso temporario. No presentan efectos secundarios sistémicos.

Desventajas: Su baja eficacia. Puede inducir reacciones alérgicas en cualquiera de los miembros de la pareja. Dificultades en la extracción.

5- METODO DE LA LACTANCIA (MELA)

Eficacia:

En los primeros 6 meses después del parto, su eficacia es del 98% (2 en cada 100). Tal eficacia aumenta cuando se usa en forma correcta y consistente, hasta 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200).

La relación entre la duración de la lactancia y la duración de la amenorrea posparto ha sido suficientemente demostrada: a mayor duración de la lactancia, mayor duración del período de amenorrea. La duración promedio del período de amenorrea en las madres que no amamantan es de 55 a 60 días, con un rango de variación entre 20 y 120 días. La lactancia exclusiva se asocia con períodos más largos de amenorrea e infertilidad que la lactancia parcial.

El método de la Lactancia Materna o MELA consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar. Como método anticonceptivo, el MELA sólo es válido si:

- La lactancia es exclusiva y la madre amamanta frecuentemente, tanto de día como de noche.
- No se han reiniciado sus períodos menstruales
- El bebé es menor de 6 meses de edad.

Si estas condiciones no se cumplen, o si se cumple sólo alguna de ellas, la mujer debería hacer planes para comenzar a usar otro método de planificación familiar.

Mecanismo de acción:

Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales.

Ventajas:

- Previene el embarazo en forma efectiva por lo menos durante 6 meses.
- Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.
- Puede usarse inmediatamente después del parto.
- No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebé.
- No se requiere ningún suministro ni procedimiento para prevenir el embarazo.
- Ningún efecto secundario.

Desventajas:

- No hay certeza de efectividad después de los 6 meses.
- La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular las que trabajan.
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el SIDA.
- Si la madre es VIH positiva existe la posibilidad de que el VIH pase al bebé a través de la leche materna.

6- MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER.

Eficacia: 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, cifra que desciende a 1-9 embarazos por cada 100 mujeres si se los usa correctamente y en forma combinada. Son menos eficaces que otros métodos anticonceptivos, pero a veces resultan la única opción para personas que no pueden o no desean utilizar otros métodos.

Consisten en evitar voluntariamente el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Están basados en la determinación del momento de la ovulación. Incluyen diferentes métodos que dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual durante los cuales una mujer puede quedar embarazada, por lo que comprenden el conocimiento de las características fisiológicas del ciclo reproductivo como medio para regular la fecundidad.

La vida fértil del óvulo se ha establecido alrededor de 24 horas. Al final de la menstruación, los bajos niveles hormonales de estrógenos y progesterona estimulan la producción de cantidades aumentadas de FSH y LH y de crecimiento de un folículo ovárico.

El folículo que está creciendo produce la secreción de cantidades incluso mayores de estrógeno dentro del torrente circulatorio, alcanzando niveles máximos justo antes de la ovulación.

Después de la ovulación, el cuerpo lúteo produce cantidades aumentadas de progesterona, pero en ausencia de concepción y transcurridos entre 8 y 10 días después de la ovulación, el cuerpo lúteo comienza a inactivarse, los niveles de estrógeno y progesterona caen, y se produce la menstruación.

Por medio del uso de estos indicadores clínicos, y permitiendo el número apropiado de días para la supervivencia del gameto, es posible definir con exactitud razonable las fases fértil e infértil del ciclo. Se puede, pues, enseñar a las mujeres a observar algunas de las manifestaciones de estas concentraciones cambiantes de las hormonas ováricas.

Este conocimiento del ciclo de fertilidad se conoce como "vigilancia de la fertilidad" y constituye la base para las prácticas de los métodos naturales de procreación responsable.

Para ser eficaz, el método del calendario necesita la regularidad de la mujer y un período de abstinencia prolongado. Por lo tanto, no sorprenden sus fallas.

El objetivo primordial de la anticoncepción basada en el conocimiento de la fertilidad de la mujer es educar a las parejas para que determinen por sí mismas las fases fértil e infértil de los ciclos, por medio del conocimiento de señales corporales.

El ciclo de fertilidad

Este ciclo puede dividirse en 3 fases:

1- La primera **fase infértil** o **de infertilidad relativa**, transcurre desde la menstruación hasta el principio del desarrollo del folículo. Varía en longitud, dependiendo de la rapidez de la respuesta folicular a las hormonas hipofisarias. Debido a esta variación en su longitud, de ciclo en ciclo, esta fase es la más problemática cuando se trata de hacer una valoración adecuada de la fertilidad.

2- La segunda es la **fase fértil**, y se extiende desde el comienzo del desarrollo folicular hasta 48 horas después de que se ha producido la ovulación, momento a partir del cual se puede esperar que el óvulo ya no sea fértil. Las 48 horas referidas permiten 24 horas de vida fértil del óvulo y 24 horas para cubrir la imprecisión de los indicadores clínicos de fertilidad en la detección del momento de la ovulación.

Esta fase fértil, combinada con la vida fértil del espermatozoide —de 5 días en el tracto genital femenino—, con la ayuda del moco cervical, tiene un promedio de 6 a 8 días del ciclo.

3- La tercera fase de **infertilidad absoluta** se extiende desde 48 horas después de la ovulación hasta la aparición de la menstruación que marca el final del ciclo.

La mayoría de las mujeres encuentran que la duración de esta fase del

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer no son aconsejables en mujeres con ciclos menstruales irregulares, en el postparto, la lactancia o en la adolescencia.

ciclo es de aproximadamente de 10 a 16 días, y resulta mucho más constante que la fase 1.

Una vez que se ha producido la ovulación, los niveles de pro-ges-te-rona suben rápidamente, previniendo la posibilidad de una segunda ovulación tardía en el ciclo. De esta forma, en esta fase la concepción es imposible.

Indicadores biológicos o clínicos de fertilidad.

Son los signos y síntomas corporales resultantes de las con-cen-tra-ciones cambiantes de los estrógenos y la progesterona a lo largo del ciclo, y que pueden ser observados e interpretados subjetivamente por las mujeres y sus parejas sexuales.

Mientras que es probablemente cierto afirmar que todos los sis-te-mas y órganos corporales están en alguna medida afectados por las hormonas ováricas del ciclo ovulatorio, los estrógenos y la progesterona ejercen sus efectos más marcados sobre el cérvix, sobre el moco cervical que escurre por la vagina y sobre la tem-pe-ra-tura basal del cuerpo.

6.1- METODOS DE INDICE SIMPLE

Son aquellos que utilizan un solo indicador.

- a) Método del Cálculo Calendario.
- b) Método de la Temperatura Basal.
- c) Cambios cíclicos del cérvix.
- d) Valoración de los cambios en el moco cervical.
 - 1) Humedad (Billings)
 - 2) Filancia (Spinnbarkeit)
 - 3) Cristalización (Rydberg)
- e) Indicadores sintomáticos menores.

a) El Cálculo Calendario.

Históricamente, este fue el primero de los métodos naturales a par-tir de los trabajos de Ogino-Knaus.

Constituyó la base para el método del ritmo, que está actualmente superado por métodos naturales más avanzados.

Si se deja un margen de seguridad de 72 horas para prever la su-pervivencia del espermatozoides, y de 12 a 24 horas para prever la supervivencia del óvulo, se puede determinar un método para detectar el comienzo y el final de la fase fértil.

Como la duración del ciclo no es siempre la misma, se puede calcular con razonable exactitud un tiempo fértil de 7 días.

La fase se calcula:

- 1) Definiendo el ciclo menstrual menor y el mayor a lo largo de 12 ciclos previos;
- 2) Restando 18 al ciclo menor para obtener el primer día fértil;
- 3) Restando 11 al ciclo mayor para obtener el último día fértil.

Por ejemplo: si una mujer tuvo ciclos de 28 y 32 días durante 12 meses, debería proceder según el siguiente cálculo:

28 (ciclo más corto) - 18 = 10

32 (ciclo más largo) - 11 = 21

Las temperaturas tomadas en momentos diferentes no se pueden comparar, a pesar de que uno sepa el momento exacto en el que se recogieron.

Debería guardar abstinencia de relaciones sexuales desde el día 10º al 21º de su ciclo, recordando que llamamos "ciclo" al periodo comprendido entre el primer día de una menstruación y el primer día de la menstruación siguiente.

Actualmente no se recomienda que este método sea utilizado como único índice de fertilidad. Sin embargo, puede proporcionar una in-for-ma-ción útil cuando se usa como uno de los indicadores entre los índices múltiples.

b) Cambios en la Temperatura Basal del cuerpo

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un período de sueño y antes que comience la actividad normal, incluyendo comida y bebida.

De ser posible, se cree conveniente usar un termómetro de mercurio de escala expandida (termómetro de fertilidad), para detectar el pequeño ascenso de la temperatura que está normalmente entre 0,2 °C y 0,6 °C.

La temperatura puede tomarse en la boca (5 minutos), en el recto (3 minutos) o en la vagina (3 minutos), y se escribe diariamente en un gráfico especial, que está diseñado para relacionar ese pequeño cambio desde el nivel menor al mayor y facilitar su interpretación con posterioridad.

La temperatura basal debe tomarse en el mismo momento todos los días ya que, incluso en condiciones ideales y constantes, existe una variación diurna que oscila desde un mínimo entre las 03:00 y las 06:00 horas, a un máximo entre las 15:00 y las 19:00 horas.

Para evitar el embarazo usando la temperatura basal por sí sola, se debe restringir el acto sexual a la tercera fase, esto es, a partir de la mañana de la tercera temperatura alta sostenida después del cambio hasta el final del ciclo.

Si se produjera la concepción durante el ciclo de toma de la temperatura, ésta permanecerá en su nivel mayor. De lo contrario, comienza a caer justo antes de la menstruación.

Como indicador de fertilidad, la temperatura basal sólo puede detectar el final de la fase fértil, que ocurre luego del tercer día de elevación sostenida de la temperatura basal.

La pareja evita el coito desde el primer día del sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer sube por encima de su temperatura normal y se mantiene elevada por tres días enteros. Esto significa que la ovulación ha ocurrido y la fertilidad ha terminado.

Si la mujer presenta un cuadro febril de cualquier etiología, este método deja de ser útil hasta la menstruación siguiente, por lo que en ese mes se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo.

Si la mujer se traslada a otra localidad a mayor altura sobre el nivel del mar, la temperatura basal no es evaluable en ese ciclo, por lo que se deberá esperar la menstruación para reiniciar el método. En ese caso se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo.

Puesto que se debe restringir tanto el coito, el método no es muy aceptado como indicador objetivo del final del período fértil. Por lo tanto, en la práctica, la temperatura basal se combina normalmente con otro indicador como el cálculo del calendario o los síntomas del moco, en una combinación de índice múltiple.

c) Cambios cíclicos del cérvix

Independientemente de los cambios que ocurren en el moco cervical, está bien establecido que el cérvix también sufre cambios a lo largo del ciclo, que son hormono-dependientes.

Estos cambios pueden ser observados por medio de la autopalpación del cérvix, que se realiza introduciendo dos dedos en el interior de la vagina hasta alcanzarlo.

Durante los primeros días del ciclo, cuando los niveles de estrógenos y progesterona están bajos, el cervix se encuentra en una ubicación baja dentro de la cavidad pélvica, cercano a la abertura vaginal y fácil de encontrar con los dedos. Los labios del cervix se encuentran firmes a la palpación. La abertura cervical está cerrada.

Bajo la influencia de los estrógenos, a partir del folículo en crecimiento, el cervix se mueve hacia arriba en la pelvis hacia el lado contrario de la apertura vaginal, y es a menudo muy difícil de alcanzar. Se siente entonces más blando a la palpación y existe una pequeña apertura en la hendidura cervical externa. Estos cambios se hacen más pronunciados cuanto más cerca están los síntomas del máximo.

Con la progesterona en aumento y después de la ovulación, se produce un cambio brusco en la posición, consistencia y abertura del cervix, que se aproxima a las condiciones descritas para el principio del ciclo.

Se recomienda la autopalpación diaria del cervix o la palpación realizada por la pareja sexual de la mujer.

Reglas para el uso de los cambios del cervix en la procreación responsable

Antes de la ovulación, cualquier cambio del cervix (apertura, reblandecimiento o cambio en la posición) indica el comienzo de la fase fértil. Dejando como margen 3 días después de que los hallazgos cervicales hayan retornado a su estado prefértil, se puede detectar el final de la fase fértil.

d) Métodos basados en los cambios en el moco cervical

- 1) Humedad (Billings)
- 2) Filancia (Spinnbarkeit)
- 3) Cristalización (Rydberg)

A partir de la comprensión del "ciclo de fertilidad", se puede establecer el patrón de producción de moco que corresponde a cada fase del ciclo.

La primera fase fértil o de fertilidad relativa

Después de la menstruación, los niveles de estrógeno y pro-ges-te-ro-na en el torrente sanguíneo de la mujer están muy bajos y se pro-du-ce poco moco, si es que se produce algo.

Si se puede encontrar moco suficiente en la vulva de la mujer, se observará que es fino, de naturaleza pegajosa y de color opaco.

La fase fértil

Cuando los folículos comienzan a madurar, el aumento de estrógenos conduce a la producción de moco por las glándulas del cervix. Conforme continúa el desarrollo del folículo, el moco se hace más abundante y más fino, claro y aguado (en el momento de la ovulación el moco tiene un 80% de agua). Se libera a menudo en oleadas y tiene propiedades elásticas por el gran contenido de sales minerales, propiedad conocida también como filancia: el moco es capaz de formar un hilo entre dos dedos o dos superficies sin rom-perse. Habitualmente las mujeres asocian este moco con la clara de huevo cruda.

El máximo de fertilidad, se sitúa en el último día de moco de tipo fértil, conocido como el **día de moco máximo** o culminante —y que se corresponde estrechamente con el pico máximo de secreción de estrógenos en la sangre—.

Fisiológicamente, podemos concluir que el día de moco máximo precede a la ovulación en no más de tres días. Si dejamos 24 horas de margen para la fertilización del óvulo, entonces la tarde del cuarto día después del día de moco máximo indica el final de la fase fértil. Ese día muchas mujeres refieren una sensación de plenitud y blandura en los tejidos de la vulva.

Los métodos basados en el moco cervical son retrospectivos, debiéndose esperar cuatro días de la desaparición del moco fértil para reiniciar las relaciones sexuales.

El día del moco máximo sólo puede ser identificado retrospectivamente. Es posible saber que un día en particular fue el último día del moco fértil, si al día siguiente el moco ha cambiado características.

La fase de infertilidad absoluta

Después de la ovulación, la caída brusca de estrógenos produce un

rápido cambio en las cantidades y características del moco.

La cantidad del moco cae bruscamente y algunas veces llega a desaparecer, mientras que su textura se vuelve espesa, pegajosa y opaca, como el moco tipo infértil de los primeros estadios del ciclo.

Cuando este moco de tipo infértil o una sensación de sequedad permanece durante tres días después del día de moco máximo, se asume que ya se ha producido la ovulación y ha concluido el período fértil. La apariencia del moco, cuando éste existe, se observa en la vulva, frecuentemente en la toalla higiénica o en el momento de la micción.

Se deberá observar las características del moco a lo largo del día, incluyéndolo en un gráfico a la noche. Se recogen de este modo en dicho gráfico las características del moco a lo largo de un día completo.

Un sistema de auto-análisis para la mujer consta de una lupa de bolsillo (microscopio) que permite colocar una muestra de moco cervical o saliva, dejarla secar y visualizar claramente la cristalización de la muestra en el caso de encontrarse en la fase fértil del ciclo

1) Método de la Humedad (Billings)

Luego de la menstruación, la escasa presencia de moco da a la mujer una sensación de sequedad en la entrada de la vagina. Se considera éste un período infértil. Se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí un día no), ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación de moco.

En el inicio de la fase fértil la mujer comienza a sentir la sensación de humedad, con lo que se debe evitar el acto sexual **o realizarlo con protección**. La aparición de esta sensación de humedad hace necesaria la abstinencia sexual, que deberá prolongarse hasta cuatro días posteriores al pico de humedad vulvar.

En la **tercera fase** (días secos luego de la ovulación) se pueden mantener relaciones en días consecutivos hasta el inicio de la siguiente menstruación.

2) Método de la Filancia (Spinnbarkeit)

Consiste en investigar diariamente la elasticidad o filancia del moco cervical para determinar la fase fértil. Se observará el moco a diario desde que concluye la menstruación.

En la primera fase de infertilidad relativa, el moco será escaso y no filante. En esta fase del ciclo desde la menstruación hasta la aparición del moco fértil, se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí, un día no), ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación del moco.

Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal impide la aplicación del método.

La fase fértil se caracteriza por un moco filante, es decir, que no se rompe al separar los dedos, sino que queda como un hilo, tendido entre el pulgar y el índice. Se deberá guardar abstinencia entre la aparición del moco filante hasta el cuarto día en el que el moco retorne a su estado anterior (es decir, escaso y no elástico).

3) Método de la cristalización

El moco cervical, al secarse, cristaliza de modo diferente según el tenor de estrógenos circulantes. Esta característica puede ser utilizada para valorar la fertilidad, sabiendo que el moco fértil cristaliza en forma de helecho y el moco no fértil lo hace en forma amorfa (pequeños grumos dispersos).

La cristalización en forma de helecho del moco cervical o de muestras de saliva al secarse, se relacionan con el aumento del cloruro de sodio y son debidos a los cambios orgánicos producidos por los estrógenos.

Colocada una muestra de moco cervical o saliva en un portaobjeto se visualizará, con un débil aumento, la cristalización en forma de helecho que indica que se está en un día fértil. Si la visión es amorfa se trata de un día infértil y no hay posibilidad de embarazo.

Se procederá a la determinación diaria manteniéndose abstinencia desde el primer día de la cristalización en forma de helecho hasta el cuarto día de la cristalización amorfa.

El uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia del flujo vaginal anormal no permite la aplicación del método de Billings.

Se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí, un día no) hasta el inicio de la abstinencia, ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación del moco.

Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal no permite la aplicación del método.

En la tercera fase infértil (luego de que el moco pasa a cristalizar nuevamente en forma amorfa) se pueden tener relaciones cotidianamente.

e) Indicadores sintomatológicos menores de fertilidad

Se recomienda el uso de un doble o triple método, en los cuales se deben observar los indicadores de fertilidad.

Existen otros indicadores sintomatológicos que son específicos solamente para algunas mujeres en particular.

Entre los mismos se encuentran: el dolor de la ovulación, hemorragia en la mitad del ciclo, síntomas en las mamas, aumento del apetito, ganancia transitoria de peso, distensión abdominal, retención de líquidos, el acné, el hormigueo en la piel, la migraña y las náuseas, los cambios de humor, el aumento de la excitabilidad o el sueño, y el rechazo de ciertos olores.

Cuando están presentes algunos de estos indicadores, resultan de mucha ayuda para la confirmación, ayudando en la interpretación de las señales mayores. Además, son muy apreciados por el sentimiento personal de femeneidad que sugieren a la mujer.

Facilitan además una explicación razonable para las molestias que suelen aparecer como resultado de las concentraciones hormonales.

6.2 - METODOS DE INDICE MULTIPLE

Existen diversos métodos de índice múltiple, según la combinación de los indicadores usados.

El método combinado más usado es el **sintotérmico** que agrega a la detección del ascenso de la temperatura basal la percepción de aspectos sintomatológicos como humedad vulvar, tensión mamaria, sangrado periovulatorio, dolor abdominal, etc.

El método del moco nos permite identificar la fase fértil e infértil del ciclo. Por esta causa es útil, tanto como para evitar un embarazo o como método para alcanzar la concepción.

Para detectar el comienzo de la fase fértil:

I- Método Calendario más Método de la Temperatura Basal más Método del Moco Cervical.

Cualquiera de estos indicadores que se produzca primero marca el comienzo de la fase fértil.

Para detectar el final de la fase fértil y comienzo de la fase infértil post-ovulatoria

II- Método de la Temperatura Basal más Método del Moco Cervical.

REQUISITOS DE PRESCRIPCIÓN DE METODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA

- Pareja muy motivada a realizarlos.
- Examen ginecológico normal (consulta previa y controles ulteriores).

- Paciente eumenorreica con bajo riesgo de ETS-HIV.
- Posibilidad de aprendizaje e implementación correcta del método.
- Aceptación de posibles fallas de eficacia.

Comparación de la Eficacia Anticonceptiva de los Diferentes Métodos		
Método	Uso correcto	Uso común
Píldora	99,9%	92-94%
DIU (cobre)	99,4%	99,2%
Preservativo (condón)	97,0%	86,0%.
Calendario Natural	91,0%	80,0%

7 MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN

Por considerarlos métodos definitivos, no son de elección en planificación familiar salvo en situaciones especiales. Dichos métodos de contracepción permanente, requieren intervención quirúrgica en hombres o en mujeres y, por lo tanto, consentimiento informado escrito por parte del usuario con justificación diagnóstica del proveedor. Es necesario también, capacitación especial del proveedor.

Vasectomía

Eficacia: 99,9 %

Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos.

Ventajas:

- Es permanente.
- No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.
- Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.
- Es un procedimiento simple y seguro.
- Totalmente efectivo después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses.
- Requiere consejería y consentimiento informado que sea apropiado.

Desventajas:

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.
- Requiere cirugía por parte de médico capacitado.

- No es efectivo en forma inmediata.
- No protege contra ETS/SIDA

Interrupción Quirúrgica Tubaria

Eficacia: 0,5 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 200 mujeres), en el primer año después del procedimiento.

En los siguientes 10 años después del procedimiento aumenta a 1,8 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 55 mujeres).

La eficacia depende parcialmente de la técnica usada para bloquear las trompas, aunque todas las tasas de embarazo son bajas.

La interrupción quirúrgica tubaria es una de las técnicas de esterilización femenina más efectiva. En el primer año después del procedimiento, 0,05 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 2000 mujeres). En los siguientes 10 años después del procedimiento asciende a 0,75 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 133).

Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos definitivamente. Es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgos.

Ventajas

- No necesita suministros ni controles periódicos.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos sobre la salud conocidos a largo plazo.

Desventajas

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrado o infección interna, riesgos de la anestesia.
- En casos raros, cuando ocurre un embarazo, es mayor la posibilidad de embarazos ectópicos.
- Requiere examen físico y cirugía realizada por médico capacitado.
- No provee protección contra ETS/SIDA.

MÉTODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	RECOMENDACIONES
<p>CONDONES <i>(masculinos de látex).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • El único método que ha demostrado proteger claramente contra la infección por el VIH y muchas otras ETS. También puede usarse durante el coito anal. • Muy apropiado para el uso esporádico o infrecuente (y también para el uso frecuente); puede suministrarlo cualquiera de los dos integrantes de la pareja. • Suele obtenerse de fuentes múltiples de suministro, incluidas las farmacias y los supermercados, y es más accesible que otros métodos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere gran motivación para usarlo constante y correctamente; las tasas de embarazo tienden a ser más altas que con los métodos hormonales (debido en parte a la rotura ocasional de los condones). Muy reducido riesgo de infección por el VIH y otras ETS. • Su uso está directamente relacionado con el coito; puede percibirse como un inconveniente o un impedimento del placer sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir y demostrar el uso correcto de los condones a todos los jóvenes. • Incitar a que se usen otros métodos anticonceptivos a que usen condones para protegerse contra las ETS y el VIH, sobre todo en situación de alto riesgo. De ser posible, distribuir condones gratis junto con todos los otros métodos.
<p>OTROS MÉTODOS DE BARRERA: <i>Espumas espermicidas, tabletas, jaleas.</i></p> <p><i>Diafragma.</i></p> <p><i>Esponja de poliuretano.</i></p> <p><i>Capuchón cervical.</i></p> <p><i>Condón femenino.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confieren al menos alguna protección contra las ETS (algunos más que otros). • Apropiado para el uso esporádico o infrecuente. La mujer iniciará más fácilmente su uso. • Cuando se usan en combinación con el condón masculino, los demás métodos de barrera ayudan a reducir el riesgo de embarazo (con excepción del condón femenino, que no puede usarse con el condón masculino). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere gran motivación para usarlos constantemente y las tasas de embarazo son más altas que con los métodos hormonales. • Su uso está relacionado con el coito. Pueden percibirse como un impedimento del placer sexual. • La colocación puede ser molesta. Los espermicidas pueden producir irritación vaginal. • El ginecólogo determinará el tamaño adecuado del diafragma y del capuchón cervical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar con las usuarias para saber si se sienten cómodas con estos métodos y si los usan constantemente. • Discutir el uso combinado con condones masculinos (excepto con el condón femenino, que no puede usarse con el masculino). • El uso de espermicidas con los condones masculinos probablemente reduzca el riesgo de embarazo y de algunas ETS y el riesgo de transmisión del VIH por inactivar el virus, pero su uso frecuente puede provocar irritación o lesiones y facilitar la transmisión del VIH.

MÉTODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	RECOMENDACIONES
<p>ANTICONCEPTIVOS ORALES DE DOSIS REDUCIDA:</p> <p><i>Anticonceptivos orales combinados de estrógeno y progestágeno.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de la píldora no requiere la cooperación masculina y no está directamente relacionado con el coito. Puede obtenerse a través de fuentes múltiples de suministro. • Produce una menstruación menos dolorosa. • Cuando se usan correctamente, los anticonceptivos orales combinados son sumamente eficaces para prevenir el embarazo. • Cuando se interrumpe el uso, el retorno de la fertilidad es generalmente casi inmediato, aunque a veces puede demorar unos pocos meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los anticonceptivos orales no proporcionan a la usuaria ninguna protección contra las ETS, incluido el VIH. Han demostrado, sin embargo, reducir el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pelviana. • Las jóvenes tienden a recordar menos que las mujeres adultas que deben tomar la píldora diariamente, dejan que se les acaben las píldoras antes de obtener el ciclo siguiente. • Las píldoras con progestágeno solamente tienen tasas más bajas de eficacia anticonceptiva y una alta tasa de hemorragia de interrupción, especialmente cuando no se toman todos los días a la misma hora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan en todas las mujeres, en particular en las adolescentes responsables. • Explicar claramente el uso diario de la píldora y que hacer si se olvida de tomar. • Corregir con información correcta y adecuada las ideas erróneas que puedan tener acerca de la esterilidad, riesgo de cáncer, aumento de peso y otros problemas relacionados con el uso de la píldora. • Las píldoras con progestágenos solamente generalmente no se recomiendan para las adolescentes (con excepción de las mujeres lactantes) debido a las tasas más bajas de eficacia del uso. • Asegurarse de que la pareja entienda que el riesgo de contraer ETS disminuye con el uso del condón y de que tengan acceso a los condones.
<p>ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES:</p> <p><i>Depo-Provera (AMPD), inyectable cada 3 meses.</i></p> <p><i>Mesigyna, inyectables mensuales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy convenientes (sobre todo las formulaciones de acción más prolongada); sólo requieren inyecciones periódicas. • Anticonceptivo sumamente eficaz. • El uso es independiente del coito. • El uso confiere varios beneficios no anticonceptivos para la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • No le confiere a la usuaria ninguna protección significativa contra la ETS, incluido el VIH. Reduce el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pelviana. • El retorno de la fertilidad después de interrumpir el AMPD (en particular) suele demorar varios meses y ocasionalmente hasta un año o más. Después de interrumpir el uso de inyectables mensuales, el retorno de la fertilidad es más inmediato. • EL AMPD suele causar la falta del período o pérdidas irregulares de sangre; se han notificado a veces otros efectos secundarios. (Los inyectables mensuales pueden tener tasas más bajas de trastornos hemorrágicos y otros efectos secundarios). No pueden interrumpirse inmediatamente si aparecen efectos secundarios. • El método depende de un abastecimiento seguro y de personal de salud que aplique oportunamente las inyecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es conveniente que los anticonceptivos inyectables estén al alcance de todas las mujeres, incluidas las que no han tenido hijos, y especialmente de las que han experimentado problemas con otros métodos. La eficacia y los efectos adversos de los anticonceptivos en las adolescentes no ha sido comprobado en series en gran escala. • El AMPD no es apropiado para jóvenes que deseen embarazarse en el curso del año. • Asegurarse de que las mujeres reciban orientación completa acerca de los anticonceptivos inyectables y hayan dado su consentimiento informando antes de la administración de las inyecciones. • Asegurarse de que comprendan el riesgo de contraer ETS, y el uso protector del condón y de que tengan acceso a los condones.

MÉTODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	RECOMENDACIONES
<p>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método anticonceptivo sumamente conveniente para las usuarias. Los DIU de acción prolongada (duran hasta ocho años o más) pueden ser ventajosos para algunas jóvenes. • Método anticonceptivo muy eficaz para las mujeres que han tenido hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No protege contra las ETS, incluido el VIH. Aumenta el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana y de esterilidad entre las mujeres que tienen una ETS no diagnosticada en el momento de la colocación. • Las tasas de expulsión y complicación son más altas en las mujeres jóvenes que no han tenido hijos. Estas complicaciones también son algo mayores en las adolescentes con hijos, en comparación con las mujeres de más edad que han tenido hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los DIU no se recomiendan para las adolescentes que no han tenido hijos ni para las que tienen contactos sexuales múltiples. Asegurarse de que las mujeres reciban orientación completa acerca de los DIU, incluido el riesgo de contraer inflamación pélvica, hayan dado su consentimiento informado antes de la colocación y tengan acceso a servicios de extracción del DIU si desean interrumpir el método. • Asegurarse de que las mujeres entiendan el riesgo de contraer ETS, del uso protector del condón y que tengan acceso a los condones.
<p>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA: Anticonceptivos orales combinados (método de Yuzpe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En las mujeres jóvenes sin protección durante la relación sexual, la anticoncepción postcoital puede prevenir un embarazo no deseado (estupro, violencia). • Las altas dosis de anticonceptivos orales combinados, es el método más común de todos, suele obtenerse fácilmente a través del personal de salud. Parecen exhibir tasas más bajas de embarazo o de efectos secundarios los progestágenos solos, en comparación con los combinados con estrógenos. 	<ul style="list-style-type: none"> • En su mayoría, las mujeres están deficientemente informadas acerca de la disponibilidad de métodos anticonceptivos postcoitales de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se diseminará información de modo que se conozca la anticoncepción de emergencia y donde obtenerla. • Mientras se imparte orientación sobre los métodos anticonceptivos se discutirá la anticoncepción de emergencia como método de respaldo, en el caso del coito sin protección, como ocurriría si se rompe el condón. • Orientar acerca del uso de anticonceptivos en el momento de la anticoncepción de emergencia. • Realizar consejería y captación de la usuaria.

MÉTODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	RECOMENDACIONES
<p>ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA:</p> <p><i>Interrupción quirúrgica tubaría.</i></p> <p><i>Vasectomía.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Método seguro cuando se desea la anticoncepción permanente y el embarazo no es aconsejable por razones de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> El procedimiento tiene actualmente la posibilidad de revertirse. Es mediante otra intervención quirúrgica. No es un método apropiado para la mayoría de los jóvenes pues hay una probabilidad muy grande de que después se arrepientan de haberlo hecho, sobre todo si no tienen hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> No deberá promoverse como método anticonceptivo para los jóvenes. Siempre se dará una completa orientación, y se obtendrá consentimiento plenamente informado de la mujer.
<p>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TRADICIONALES:</p> <p><i>Método de la amenorrea de la lactancia, o del amamantamiento.</i></p> <p><i>Determinación del período fértil o métodos del ritmo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> La amenorrea de la lactancia es un anticonceptivo eficaz para las mujeres durante los seis meses siguientes al parto que aún no están menstruando y alimentan al bebé exclusivamente con su leche. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno de estos métodos protegen contra las ETS, incluido el VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> Se discutirá con las mujeres el método de la lactancia como anticonceptivo y el uso de otro método anticonceptivo si se introduce alimentación de suplemento, si aparece la menstruación o si han transcurrido seis meses desde el parto aunque se mantenga la lactancia. Si desean usar estos métodos deben comprender el riesgo de embarazo a que se exponen. Asegurarse de que los jóvenes entiendan el riesgo de contraer ETS y el uso protector del condón y de que tengan acceso a los condones.

4. CRITERIOS MÉDICOS DE ELECCIÓN PARA INICIAR EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Se basan en la clasificación de las condiciones de salud de las usuarias según categorías. De acuerdo con ello, se distinguen cuatro categorías posibles:

- **CATEGORÍA I.**

No tiene restricciones de método.

- **CATEGORÍA II.**

Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados y pueden utilizarse dentro de determinados parámetros.

- **CATEGORÍA III.**

Condiciones en las cuales no se recomienda utilizar el método, pero pueden existir excepciones en determinados casos.

- **CATEGORÍA IV.**

Uso contraindicado.

Questionario para ser utilizado con la finalidad de categorizar a la usuaria:

- 1.- ¿Fuma cigarrillos y tiene mas de 35 años?
- 2.- ¿Sufre de hipertensión arterial?
- 3.- ¿Amamanta a un bebé menor de 6 meses?
- 4.- ¿Ha tenido problemas serios con sus vasos sanguíneos o con su corazón?
- 5.- ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama ?
- 6.- ¿Tiene ictericia, cirrosis hepática, infección (hepatitis) o tumor de hígado?
- 7.- ¿Tiene jaqueca con visión borrosa?
- 8.- ¿Toma medicamentos para convulsiones? ¿Toma Rifampicina o Griseofulvina?
- 9.- ¿Cree estar embarazada? Descarte primero.
- 10.- ¿Tiene una hemorragia vaginal inusual para Ud.?
- 11.- ¿Tiene enfermedad vesicular? ¿Ictericia tomando ACH?
¿Cirugía planeada que la inmovilice más de una semana?
¿Tuvo un bebé en los últimos 21 días?

Nota: El cuestionario debe ser adaptado de acuerdo al lenguaje del interlocutor.

Criterios médicos de elegibilidad para iniciar el uso de anticonceptivos, propuestos por la Organización Mundial de la Salud

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA INICIAR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS PROPUESTOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

SITUACION	ACO ¹	POP ²	DIU ³
EMBARAZO	IV	IV	IV
LACTANCIA			<i>No afecta el método</i>
a) < 6 semanas post parto	IV	III	
b) 6 semanas a 6 meses post parto	III	I	
c) > 6 meses post parto	II	I	
POST PARTO (mujeres no lactando)			
a) < 21 días	III	I	III
b) > 21 días	I	I	III
			I luego de 28 días postparto
POST ABORTO			
a) Primer semestre	I	I	I
b) Segundo semestre	I	I	II
c) Post aborto séptico	I	I	IV
EDAD			
a) Menarca hasta <40 años	I	I	I
si >16		II	
si >20			II
b) ≥ 40 años	II	I	I
FUMADORAS			
a) < 35 años	II	I	I
b) > 35 años / fuma moderadamente	III	I	I
c) > 35 años / + 20 cigarrillos x día	IV	I	I
HIPERTENSIÓN			
a) Historia de hipertensión	III	II	I
b) Hipertensión leve			
• 140 / 90 a 159 / 99	II / III	I	I
• 160 a 179 / 100 a 109	IV	I	I
• 180+ / 110+	IV	II	I
ENFERMEDAD VASCULAR	IV	I / II	I
HISTORIA DE PREECLAMPSIA	I	I	I

¹ ACO, anticonceptivos orales. / ² POP, píldora de progesterona. / ³ DIU, dispositivo intrauterino.

SITUACION	ACO¹	POP²	DIU³
DIABETES			
a) Historia de diabetes gestacional	I	I	I
b) Sin enfermedad vascular, no tratada con insulina o insulino dependiente	II	II	I
c) Con nefropatía, retinopatía o neuropatía	III / IV	II	I
d) Con otra vasculopatía o más de 20 años de duración	III / IV	II	I
TRASTORNOS TROMBOEMBÓLICOS Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR			
a) Historia	IV	I	I
b) Trastorno actual	IV	I	I
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL			
a) Venas varicosas	I	I	I
b) Tromboflebitis superficial	II	I	I
CIRUGÍA PRINCIPAL			
a) Mayor con inmovilización prolongada o cirugía en miembros inferiores	IV	I	I
b) Con poca inmovilización	II	I	I
c) Menor sin inmovilización	I	I	I
HIPERLIPIDEMIAS	II / III		I
HISTORIA Y AFECCIÓN DE PATOLOGÍA CARDÍACA ISQUÉMICA	IV	II	I
ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES	IV	II	I
CEFALEAS			
a) Leves	I	I	I
b) Severas			
• Recurrentes con migraña, sin síntomas neurológicos ni focales	II	I	I
• Con síntomas neurológicos focales	IV	II	I

¹ ACO, anticonceptivos orales. / ² POP, píldora de progesterona. / ³ DIU, dispositivo intrauterino.

SITUACION	ACO ¹	POP ²	DIU ³
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL			
a) Irregular sin sangrado intenso	I	II	I
b) Irregular con sangrado prolongado	I	II	II
• si hay anemia			III
c) Irregular con sangrado intenso o prolongado inexplicable		III	IV
• I (iniciación)	I		
• II (continuación)	II		
ENFERMEDADES DE LA MAMA			
a) Nódulos no diagnosticados	II	II	I
b) Enfermedad benigna de la mama	I	I	I
c) Antecedentes de cáncer de mama familiar	I	I	I
d) Cáncer			
• Actual	IV	III	I
• Pasado sin evidencia de enfermedad en los últimos 5 años	III	III	I
CANCER CERVICAL EN ESPERA DE TRATAMIENTO			
	II	II	IV
LESIONES CERVICALES NO CANCEROSAS			
	II	II	I
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
a) ETS actual o incluso cervicitis purulenta	I	I	IV
b) ETS en los últimos tres meses	I	I	IV
c) Vaginitis sin cervicitis purulenta	I	I	II
d) Aumento del riesgo de contraer ETS	I	I	III
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA			
a) Actual	I	I	IV
b) Pasada:			
• con embarazo posterior	I	I	I
• sin embarazo anterior	I	I	II
VIH-SIDA			
a) VIH positivo	I	I	III
b) Alto riesgo de contraer VIH	I	I	III
c) SIDA	I	I	III

¹ ACO, anticonceptivos orales. / ² POP, píldora de progesterona. / ³ DIU, dispositivo intrauterino.

SITUACION	ACO ¹	POP ²	DIU ³
ENFERMEDAD BILIAR O DEL TRACTO VESICULAR			
a) Sintomática			
• Trat Colectomía	II	I	I
• Trat Médico	III	I	I
• Enfermedad actual	III	I	I
b) Asintomática	II	I	I
HISTORIA DE COLESTASIS			
a) Relacionada con el embarazo	II	I	I
b) Relacionada con el uso previo de ACO	III	II	I
HEPATITIS VIRAL			
a) Activa	IV	III	I
b) Portador	I	I	I
CIRROSIS HEPÁTICA			
a) Leve / compensada	III	II	I
b) Severa / descompensada	IV	III	I
TUMORES HEPÁTICOS			
a) Benignos / adenoma	IV	III	I
b) Malignos / hepatocarcinoma	IV	III	I
FIBROMAS UTERINOS	I	I	II
ANTECEDENTES DE EMBARZO ECTÓPICO	I	II	I
OBESIDAD	I	I	I
TALASEMIA	II	I	II
TIROIDES			
a) Bocio simple	I	I	I
b) Hipertiroidismo	I	I	I
c) Hipotiroidismo	I	I	I
TROFOBLASTOMAS			
a) Benigna	I	I	III
b) Maligna	I	I	IV
DREPANOCITOSIS	II	I	II

¹ ACO, anticonceptivos orales. / ² POP, píldora de progesterona. / ³ DIU, dispositivo intrauterino.

SITUACION	ACO ¹	POP ²	DIU ³
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	I	I	II
EPILEPSIA	I	I	I
ESQUISTOSOMIASIS			
a) Sin complicaciones	I	I	I
b) Con fibrosis hepática	I	I	I
c) Con fibrosis hepática grave	IV	III	I
PALUDISMO (MALARIA)	I	I	I
INTERACCIONES CON MEDICAMENTOS			
a) Drogas que afectan las enzimas hepáticas			
• Antibióticos: rifampicina, griseofulbina	III	III	I
• Anticonvulsivantes:			
Fenitoína, Carbamazepina,	III	III	I
barbitúricos, Primidona.	I	I	I
b) Otros antibióticos			
PARIDAD	I	I	II
a) Nulípara	I	I	I
b) Primípara - múltipara			
TUBERCULOSIS	I	I	I
a) No pélvica	I	I	IV
b) Pélvica	I	I	II
ENDOMETRIOSIS	I	I	I
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS	I	I	IV

CÁNCER DE OVARIO O ENDOMETRIO

¹ ACO, anticonceptivos orales. / ² POP, píldora de progesterona. / ³ DIU, dispositivo intrauterino.

5.- LA ANTICONCEPCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

5.1 COLOCACIÓN INMEDIATA DE DIU EN EL POSTPARTO Y EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Se puede colocar inmediatamente después del parto, preferentemente dentro de los 10 minutos de la expulsión placentaria, o durante las 6 semanas del puerperio inmediato. También es posible colocarlo inmediatamente, al evacuarse los restos de un aborto, si no se sospecha infección.

Inserción postparto (vaginal o cesárea) inmediata

Si el trabajo de parto y parto fueron normales, el útero está contraído y la pérdida ha disminuido, el tipo DIU T de Cu 380 A, puede ser insertado inmediatamente postparto por tener menor tasa de expulsión, y no acarrear mayor riesgo de infección, perforación o sangrado.

La inserción del DIU inmediatamente post alumbramiento placentario, y la inserción durante la primera semana después del parto son seguras y convenientes para el control de la natalidad.

Ventajas:

- Asegura en forma inmediata un método anticonceptivo (oportunidad ganada).
- No hay contraindicación por sospecha de embarazo.
- Menor dolor y sangrado.
- Igual o menor riesgo de perforación.
- Menor costo.
- Mayor facilidad para la técnica de inserción.

Desventajas:

- Tasas de expulsión más altas.
- Menor tasa de visualización de los hilos del dispositivo.
- Necesidad de enfatizar en la Consejería sobre la mayor probabilidad de expulsión.

La posibilidad de expulsión del DIU cuando se lo coloca post alumbramiento, puede minimizarse administrando previamente ocitócicos y usando la técnica de la colocación adecuada.

La colocación del DIU postparto tiene una mayor tasa de expulsión espontánea. Según el tipo de dispositivo utilizado y las distintas experiencias, esta tasa de expulsión oscila entre el 9% y el 40%. Cuando se utiliza la T de Cobre 380 A y se aplica la técnica correcta, las tasas de expulsión son las más bajas.

5.2. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA. PILDORAS POSTCOITALES

Eficacia: Previene aproximadamente tres cuartas partes de los embarazos que, de otra manera, habrían ocurrido. En promedio, el riesgo de embarazo después de un coito sin protección en la segunda o tercera semana del ciclo menstrual es de 8%; cuando se usa contracepción oral de emergencia, el porcentaje es de 2%. Cuanto más pronto se utiliza contracepción oral de emergencia, mejores son los resultados en cuanto a prevención de embarazos.

Son preparados que contienen altas dosis de estrógenos y que debe administrarse dentro de las 48 a 72 horas de la relación potencialmente fecundante.

Su uso esta reservado para situaciones de emergencia como cuando:

- Una mujer ha tenido un coito contra su voluntad o ha sido violada.

- El condón se ha roto.
- El DIU se ha salido de lugar.
- La mujer se ha quedado sin anticonceptivos orales, ha olvidado tomar 2 o más anticonceptivos orales sólo de progestágeno, o se ha retrasado más de algunas semanas en recibir su inyección anticonceptiva mensual y además ha tenido un coito sin usar ningún otro método de planificación familiar.

La contracepción de emergencia no debe usarse en lugar de los métodos de planificación familiar.

Dosis: de acuerdo al tipo de ACO utilizado se siguen las indicaciones según el siguiente cuadro:

Una vez completada la dosis, si no se presenta el sangrado dentro de las dos semanas posteriores, hay que realizar pruebas de embarazo.

Mecanismo de acción:

Según en qué momento del ciclo menstrual se tome, la anticoncepción de emergencia puede prevenir o retrasar la ovulación o prevenir la fertilización.

Los anticonceptivos de emergencia no interrumpen un embarazo, esto es, cuando ya ha tenido lugar la implantación del óvulo fecundado.

Efectos colaterales:

No se han registrado complicaciones a largo plazo por el uso de anticonceptivos de emergencia, si bien pueden presentarse náuseas y vómitos. Si se producen vómitos dentro de las dos primeras horas de ingesta de la medicación, se debe repetir la dosis por vía vaginal, o por vía oral con antieméticos o alimentos.

En todos los casos, la primera dosis debe tomarse antes de las 72 horas posteriores al contacto sexual no protegido y la segunda dosis, doce horas después.

6 -LA ANTICONCEPCION EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA REPRODUCTIVA

6.1.- ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA

Si elegir y aconsejar un método anticonceptivo es difícil para una mujer adulta, mucho más lo es si se trata de una adolescente.

Ante una adolescente sexualmente activa que no desea embarazarse la anticoncepción debería ser teóricamente una respuesta adecuada y simple. Sin embargo, la realidad es más compleja. La adolescente es una paciente particularmente "crítica", con dificultades para asumir responsabilidades, portadora la mayoría de las veces de información errónea y "mitos" sexuales.

Los requisitos para el uso de anticonceptivos en la adolescente son la aceptabilidad, practicabilidad, disponibilidad y privacidad.

Los **métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer** no son adecuados para los adolescentes en general porque su eficacia depende de comportamientos que no son habituales a esta edad (conducta impulsiva); exigen también alta motivación de la pareja, relaciones estables y programadas, y requiere para su utilización ciclos regulares que no se dan con frecuencia a esta edad.

En general, sólo son indicados a pedido expreso de la pareja, informándoles de su mediana eficacia y ante la seguridad de la aceptación del embarazo si el método fracasa.

Los métodos de barrera, químicos o espermicidas, debido a su alta tasa de falla (21% de posibilidad de embarazo en el primer año de uso) sólo se recomiendan en adolescentes si están asociados a otro método de barrera, como el preservativo o el diafragma. Pueden tener efectos colaterales, relacionados con la reacción alérgica a alguno de sus componentes.

Los adolescentes no siempre conocen la técnica de utilización correcta del preservativo, por lo cual es necesario instruir al respecto tanto a varones como a mujeres.

El preservativo o condón ha sido revalorizado en los últimos años por la aparición de ETS de alto riesgo. Debe enfatizarse su uso como único preventivo de estas afecciones. Es un método seguro, efectivo y reversible. Si se lo utiliza correctamente y asociado con una sustancia espermicida, su eficacia es alta. Por eso es útil, en todo sentido, incorporar al varón en la consulta, para enseñar y estimular su uso.

cual debemos instruir al usuario en:

Los adolescentes no siempre conocen la técnica de utilización, por lo

- Usar un condón en cada coito.
- Colocarlo cuando ocurre la erección, antes de la primera penetración.
- Dejar un espacio en el extremo superior del condón para contener el semen eyaculado (no estirar con fuerza el extremo del condón sobre la punta del pene).
- Después de la eyaculación, retirar el pene inmediatamente de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para que éste no se salga (el condón queda "grande" cuando el pene se va desentumeciendo) tratando de no derramar esperma al hacer esta maniobra.
- No reutilizar nunca el condón y tirarlo envuelto en un trozo de papel.
- Si necesita lubricante, usar uno a base de agua (la misma jalea espermicida sirve) ,ya que los de base oleosa deterioran el látex
- Debe usarse en TODAS LAS RELACIONES SEXUALES independientemente del día del ciclo en que se encuentre (explicar a ambos).

En cuanto al **diafragma vaginal**, es un buen método para aquella adolescente que acepta y está acostumbrada a

manipular sus propios genitales. El diafragma se usa siempre asociado a crema o jalea espermicida porque su ajuste no siempre es exacto. Como debe ser insertado en la vagina antes del coito, es necesario asegurarse de que la adolescente cuente con un lugar suficiente-mente cómodo, privado e higiénico para su lavado y colocación. En algunas adolescentes con relaciones sexuales muy programadas, puede aconsejarse colocarlo en su casa, antes del encuentro, debiendo en el momento del coito sólo certificar su correcta posición y colocar una dosis de refuerzo del espermicida.

El Agente de Salud debe enseñar su correcta colocación, y el reconocimiento del cérvix bien ocluido.

El **dispositivo intrauterino** es un método de excepción en adolescentes nulíparas, debiéndose siempre requerir el formulario de consentimiento informado.

Sin embargo, es un método a tener en cuenta en aquellas adolescentes altamente expuestas a un embarazo no deseado, en aquellos casos en que no hay adaptación o existen contraindicaciones a todos los otros métodos anticonceptivos, antecedentes de embarazos previos (abortos provocados o partos), y en discapacitadas mentales. En estas últimas es imprescindible la autorización de los padres, tutores o juez.

El dispositivo intrauterino es un método de excepción en adolescentes nulíparas. Sin embargo, es un método a tener en cuenta en aquellas adolescentes altamente expuestas a un embarazo no deseado.

La **anticoncepción hormonal** en el balance riesgo-beneficio es el método que ofrece mayor seguridad anticonceptiva y menos efectos secundarios a corto y mediano plazo, pero que no excluye la posibilidad de ETS, por lo que se recomienda asociarlo al uso de preservativos.

La indicación de la anticoncepción hormonal deberá efectuarse sólo una vez transcurrido un año de la menarca, en adolescentes con ciclos regulares.

Recordar:
El Diafragma debe ser utilizado en todas las relaciones sexuales, independientemente del día del ciclo en que se encuentre. Sólo puede ser retirado entre 6-8 hs. (como mínimo) después de ocurrido el coito. Si ocurre una segunda relación antes de ese lapso, se debe insertar una dosis de refuerzo de espermicida y contar 6-8 hs. desde este último coito.

6.2.- LA ANTICONCEPCION EN EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

Si se desea postergar un embarazo, deben tomarse medidas anticonceptivas a partir de la 4ª a 5ª semana postparto, o posteriormente si se mantiene la lactancia exclusiva (ver MELA).

Los anovulatorios están contraindicados por su pasaje a la leche materna, y porque pueden inhibir la lactancia.

Si una mujer que está dando de lactar necesita o desea protección adicional respecto del embarazo, debería considerar primero los métodos sin hormonas (DIU, condones, o métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, aunque estos últimos sean difíciles de utilizar en esta etapa).

Pueden comenzar con los métodos sólo de progestágeno inyectable de acción prolongada, tan pronto como a las 6 semanas después del parto (ver Anticoncepción hormonal sólo de progesterona).

El dispositivo intrauterino puede insertarse en el puerperio inmediato (ver Dispositivo intraparto y post aborto).

Las modificaciones de la estática pelviana pueden obligar a la postergación del uso del diafragma. Es aconsejable, luego de un parto normal, tomar nuevamente la medida vaginal.

El estrógeno, hormona de los anticonceptivos orales combinados, puede reducir la cantidad y calidad de la leche materna. La OMS recomienda que las mujeres en la etapa de lactancia esperen hasta por lo menos 6 meses después del parto para comenzar a usarlos.

7.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

American College of Obstetricians and Gynecologists. Ethical dimensions of informed consent. ACOG Committee Opinion 108. Washington DC, ACOG, 1992.

Chi I-c, Farr G. Postpartum IUD contraception -a review of an international experience. *Adv Contracep* 1989;5(3):127-46.

Cole LD, Edelman DA, Potts DM, Wheeler RG, Laufe LE. Postpartum insertion of modified intrauterine devices. *J Repro Med* 1984; 29(9): 677-82.

Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, Peralta O, Croxatto HB. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin only pills, Norplant implants, and Cooper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* 1997;56(4):223-32.

Drife JO. The benefits and risks of oral contraceptives today. 2ª edición. The Parthenon Publishing Group Ltd. 1996 UK.

Düsterberg B et al. En: P Lopes, S Killick (editores). The new low dose contraception. Proceedings of the 15º World Congress on Fertility and Sterility, Montpellier, France, 1995. Parthenon Publishing, Carnforth, UK

Elstein M. Un progestágeno específico para la contracepción oral a dosis bajas. Actas XII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, Río de Janeiro, Brasil. Octubre 1988. The Parthenon Publishing Group. Carnforth. 1989.

Endrikat J, Jaques MA, Mayerhofer M, Pelissier C, Muller U, Dusterberg B. A twelve-month comparative clinical investigation of two low-dose oral contraceptives containing 20 micrograms ethinylestradiol/75 micrograms gestodene and 20 micrograms ethinylestradiol/150 micrograms desogestrel, with respect to efficacy, cycle control and tolerance. *Contraception* 1995;52(4):229-35.

Fitzgerald C, Feichtinger W, Spona J, Elstein M, Ludicke F, Muller U, Williams C. A comparison of the effects of two monophasic low dose oral contraceptives on the inhibition of ovulation. *Advances in contraception* 1994;10(1):5-18.

Guillebaud J. Combined hormonal contraception. En: Loudon N, Glaiser A, Gebbie A (editores). *Handbook of Family Planning and Reproductive Health Care*. 3ª edición. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1995. páginas 37-89.

Guillebaud J. The Pill. 3ª edición. Oxford; Oxford University Press: 1989. páginas 221-3.

Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J., Shelton JD. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico. Programa de Información sobre Población de la Universidad Johns Hopkins. Population Reports. 1999. (<http://www.jhuccp.org/ect/spanect.stm>).

Hatcher R, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar MS. Contraceptive technology. 16ª edición. New York: Irvington Publishers, Inc.; 1994.

Intrauterine devices –Un update. Population Reports 1995; Serie B : Número 6 (<http://www.jhuccp.org/pr/b6edsum.stm>).

Kaunitz A.M. Reappearance of the intrauterine device: a "user friendly" contraceptive. *Int J Fertil Womens Med* 1997; 42(2):120-7.

Kesserü E, Burlando S, Albornoz H. Actividad coriónica temprana en portadoras de DIU con cobre comparada con mujeres sin anticoncepción. *Ginecol Reprod* 1995;4(8):315-8.

Kirkman, R. Los contraceptivos orales y las mujeres de más de 35 años. *Adv Contracept* 1993; 9(Suplemento 1):59-64.

London RS. The new era in oral contraception: pills containing gestodene, norgestimate and desogestrel. *Obstet Gynecol Surv* 1992; 47(11):777-82.

Mehta S, Diaz S. Beneficios para la salud del uso de anticoncepción oral. *Adv Contracept* 1993; 9 (Suplemento 1):13-8.

Moggia AV, Harris GS, Dunson TR, Diaz R, Moggia MS, Ferrer MA, McMullen SL. A comparative study of progestine-only oral contraception versus non hormonal methods in lactating women in Buenos aires, Argentina. *Contraception* 1991;44(1):31-43.

Nilsson C. Mecanismo de acción del sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel. *Medical Forum International* 1999;2(1):9-11.

O'Hanley K, Huber DH. Postpartum IUDs: keys for success, *Contraception* 1992; 45(4): 351-61.

Organización Mundial de la Salud Unidad de Planificación Familiar y Población. Anticoncepción de emergencia: guía para la prestación de servicios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999. Documento N° WHO/FRH/FPP/98.19

Organización Mundial de la Salud. Mejorías en el acceso a la atención de buena calidad: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.

Population Information Program. The Johns Hopkins University: La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar. *Population Reports Serie J* N° 24, Octubre 1982.

Runenbaum B, Elstein M. Evaluación general de los anticonceptivos orales. *Adv Contracept* 1993;9(Suplemento 1):65-70.

Skouby SO, Jespersen J, Petersen KP. Efectos metabólicos de los anticonceptivos orales. *Adv Contracept* 1993; 9(Suplemento 1):49-58.

Thomas DB. Contraceptivos orales y cáncer. *Adv contracept* 1993; 9 (Suplemento 1): 31-48.

Thorogood M. Anticonceptivos orales y enfermedad cardiovascular. *Adv Contracept* 1993; 9 (suplemento 1):19-29.

Treiman K, Liskin L. IUDs --a new look. *Population Reports* 1988; Serie B, N° 5.

Urdinola J, Gutiérrez A, Londono D. Anticonceptivos orales en América Latina. *Adv Contracept* 1993;9 (Suplemento 1): 3-12.

World Health Organization: Progesterone only contraception during lactation. *Contraception* 50:35 -68,1994.

Zhou SW, Chi I-c. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital --a two year follow-up. *Inter J Gynaecol Obstet* 1991;35(2):157-64.

CUADRO DE REFERENCIA PARA LOS CRITERIOS para iniciar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC),

		AOC / INY	DMPA	DIU de cobre
Edad	Desde la menarca hasta los 39 años de edad	■	□	□
	De 40 años de edad o más	■	□	□
	Desde la menarca hasta los 17 años de edad	□	■	□
	De 18 años hasta los 45 años	□	■	□
	Más de 45 años	□	■	□
	Menos de 20 años	□	□	■
	20 años o más	□	□	■
Nulíparas		■	■	■
Lactancia materna	Menos de 6 semanas de postparto	■	■	□
	de 6 semanas a 6 meses de postparto	■	■	■
	de 6 meses de postparto o más	■	■	■
Tabaquismo	Edad <35 años	■	■	■
	Edad ≥35 años, <15 cigarrillos/día	■	■	■
	Edad ≥35 años, ≥15 cigarrillos/día	■	■	■
Hipertensión	Antecedentes de hipertensión cuando NO SE PUEDE evaluar la presión arterial	■	■	■
	Hipertensión controlada y que PUEDE evaluarse	■	■	■
	Sistólica 140 a 159 o diastólica 90 a 99	■	■	■
	Sistólica ≥160 o diastólica ≥100	■	■	■
Cefaleas	Sin migraña. Leves o severas	■	■	■
	Migraña sin síntomas neurológicos focales	□	□	□
	Edad <35 años	■	■	■
	Edad ≥35 años	■	■	■
	Migrañas con síntomas neurológicos focales	■	■	■
Antecedentes de trombosis venosa profunda		■	■	■
Tromboflebitis superficial		■	■	■
Enfermedades complicadas de las válvulas cardíacas		■	■	■
Cardiopatía isquémica/Accidente cerebrovascular		■	■	■
Diabetes	Sin enfermedad vascular	■	■	■
	Enfermedad vascular o diabetes de >20 años	■	■	■

■ **Categoría 1:** *No hay restricciones* para el uso.

■ **Categoría 2:** Generalmente se usa.

□ El uso del DIU por mujeres que amamantan y no amamantan en el postparto es de Categoría 2 hasta las 48 horas de postparto, de Categoría 3 desde las 48 horas hasta la cuarta semana, y Categoría 1 desde la cuarta semana y después.

IOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

Depoprovera (DMPA) o dispositivos intrauterinos de cobre (DIU).

		AOC / INY	DMPA	DIU de cobre
Hiperlipidemia diagnosticada				
Cánceres	Cervicouterino			
	Endometrial			
	Ovárico			
Enfermedad mamaria	Masa no diagnosticada			
	Antecedentes familiares de cáncer			
	Cáncer actual			
Fibromas uterinos				
Endometriosis				
Enfermedad trofoblástica				
Patrones de sangrado vaginal	Irregular sin sangrado abundante			
	Abundante o prolongado, regular e irregular			
	Sangrado inexplicado			
Cirrosis	Leve			
	Grave			
Enfermedad sintomática actual de la vesícula biliar				
Colestasis	Relacionada con el embarazo			
	Relacionada con los AO			
Hepatitis	Activa			
	Portadora			
Tumores del hígado				
ITS/EPI*	Actual o durante los últimos 3 meses			
	Riesgo aumentado de contraer ITS			
VIH/SIDA				
Anemia por deficiencia de hierro				
Malaria				
Tuberculosis no pélvica				
Enfermedad de la tiroides				
Uso de:	Rifampicina, griseofulvina y ciertos anticonvulsivantes			
	Otros antibióticos			

Categoría 3: Usualmente *no se recomienda* para su uso, se requieren juicio clínico y acceso a los servicios clínicos.

Categoría 4: *No se debe usar* el método.

* ITS: Infecciones de Transmisión Sexual / EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

Fuente: Adaptado de "Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar: Criterios de elegibilidad médica para el uso de los anticonceptivos".

Organización Mundial de la Salud. Segunda edición (publicada en inglés), 2000. © Family Health International, enero de 2002.

