

CAPITULO # 4

ANTICONCEPTIVOS QUIMICOS

Y

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

DR. DENNIS A. CASTRO BOBADILLA
DRA. AREMA DICKERMAN KRAUNICK

COLABORADORES

DRA. VILMA ISABEL CARTAGENA
DRA. MAGDA PATRICIA VIDEA
DRA. SANTOS MARLENE MONTES
DRA. ANA LUISA SALGADO
DR. WESLEY HARRIS
DR. WISLBON SABONGE

INTRODUCCION

El trabajo aquí presentado, lleva por objeto dar a conocer uno de los trascendentales avances en la medicina moderna ya que la historia de la contracepción es muy antigua. Llámese Anticoncepcionales a los medios, prácticos para agentes, que impiden que la mujer quede embarazada. Evitar el embarazo en determinadas circunstancias ha constituido preocupación de todos los tiempos, lo que ha variado ha sido la intensidad de la preocupación y los procedimientos para lograrlo han sido muchos y muy variados los métodos que desde siglos atrás se han utilizado para éste fin, pero tenemos que la historia de los Anovulatorios orales es muy reciente.

Si nos detenemos un momento para reflexionar sobre ellos en seguida nos damos cuenta que no son destinados para curar enfermedades, sino para organismos saludables.

Al realizar este trabajo se pretende dar información con una secuencia que abarca aspectos puramente históricos, médicos y desde el punto de vista legal, para lo cual se uso un estudio realizado a nivel nacio-

nal por el Depto. de Epidemiología y Salud Familiar en 1992.

Además una encuesta mundial de fecundidad realizada en 1974-1984.

OBJETIVOS:

Generales

- Determinar la condición de uso de Anticonceptivos.
- 2) Establecer la relación médico-legal y el uso de anticonceptivos.

Específicos

- 1) Determinar cual es el anticonceptivo más usado entre los orales y el DIU.
- 2) Determinar el grupo de edad que más usa los anticonceptivos y el DIU.
- 3) Establecer el nivel de escolaridad de las mujeres que toman anticonceptivos orales, y usan DIU.
- 4) Determinar la implicación médico legal por prescripción médica de anticonceptivos.

- 5) Determinar el porcentaje de mujeres que tienen conocimiento del uso de anticonceptivos.
- 6) Determinar el porcentaje de mujeres en unión por uso de anticonceptivos por edad.
- 7) Determinar la relación entre área geográfica y conocimiento de anticonceptivos.
- 8) Determinar la fuente de obtención de anticonceptivos orales.

FORMULACION DEL PROBLEMA

- ¿ Entre los anticonceptivos orales y el DIU, cuál de ellos es más usado?
- ¿ Qué grupo de edad usa más los anticonceptivos orales y el DIU?
- ¿ Qué es el nivel de escolaridad que tienen las mujeres que usan anticonceptivos orales y el DIU?
- ¿ Qué porcentaje de mujeres tienen conocimiento del uso de anticonceptivos?
- ¿ Qué porcentaje de mujeres alguna vez han usado algún método de anticonceptivos?
- ¿Cuál es la relación entre área geográfica y conocimiento de anticonceptivos?
- ¿ Cuáles son las fuentes de obtención de anticonceptivos orales?

HIPOTESIS

- 1.- El anticonceptivo oral es el método anticonceptivo más usado.
- 2.- El grupo de edad que tiene mayor uso de anticonceptivos está comprendido entre 20 y 40 años.
- 3.- Las mujeres cuya escolaridad comprende la primaria, completa son las que más usan anticonceptivos orales y DIU.
- 4.- Las mujeres que residen en el área urbana tienen mayor conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos.
- 5.- La fuente de obtención de contraceptivos más frecuente es el CESAMO.
- 6.- El 90% de la población primaria hondureña tienen conocimiento de algún método de anticoncepción.

7.- El 35% de población femenina hondureña entre 15-44 años han usado algún método de anticoncepción.

8.- La prescripción de anticonceptivos no tiene implicación médico legal en Honduras.

ANTICONCEPCION - HISTORIA

Prácticas Antiguas y Escritos Primitivos.

Un texto médico chino, escrito alrededor del año 2700 A. C. contiene lo que es seguramente la prescripción médica de mayor antigüedad registrada para el control de la población, pero era un abortificante.

Las recetas médicas para anticonceptivos que se han encontrado fueron descubiertas en papiros Egipcios y uno de ellos llamado Kahun Papyrus data desde 1850 A. C.

El famoso Eber Papyrus alrededor del año 1550 A. C. describe lo que por el primer tapón médico que consistía en acacia molida una planta que contiene goma arábica y que al fermentar libera una especie de ácido láctico que es espermicida.

En el período clásico de Grecia el control de la natalidad era un tema de activa discusión entre hombres de ciencia como Platón, Aristóteles y seguidores de Hipócrates.

Más tarde los romanos contribuyeron a otros adelantos por medio del empleo de la vejiga de cabra como condón. Los descubrimientos finales fueron el resultado de muchos encuentros entre científicos.

ANOULATORIOS ORALES:

El primer anticonceptivo por vía bucal se introdujo en Estados Unidos de Norteamérica en 1960. Este acontecimiento coincidió y contribuyó a una revolución social sexual que conmovió a esa nación hasta sus fundamentos.

Las feministas acogieron la píldora con vehemencia, el Papa Pablo VI la condenó indirectamente, los científicos y los médicos tuvieron debates acerca de sus méritos y los teólogos, los moralistas y las personas de la calle tuvieron un tema común de conversación. El Doctor Johns A. Rock de la escuela de Medicina de la Universidad de John Hopkins, tomó un tubérculo

silvestre mexicano y lo convirtió en el anticonceptivo milagroso que cambió al mundo. Será por siempre identificado como "Padre de la Píldora".

Podrá decirse que en el camino hacia la píldora empezó en 1672 cuando De Graaf reconoció que las folicúlas ováricas eran exclusivas de las mujeres. Desde entonces, muchos pioneros médicos no han ayudado a comprender la fisiología y la bioquímica del ovario y su relación con el eje hipotálamo-hipofisario.

La existencia de una hormona estrogénica en el folículo ovárico fue demostrada por Edgar Allen y Edward Doisy en 1922. El cuerpo amarillo, descrito por Graaf y nombrado por Marcello Malpighi en el decenio de 1600, siguió siendo estudiado si bien A. W. Makepeace demostró en 1937 que la progesterona inhibía la ovulación, tenía que transcurrir otro cuarto de siglo antes de que esos hallazgos se tradujeran en el primer anticonceptivo por vía bucal.

El paso siguiente en la investigación de anticonceptivos por vía bucal fue dado por el científico Gregory Pincus. Había confirmado que la ovulación se suspendía en conejas y ratas con grandes dosis de progesterona. Rock intentó estimular la reacción de rebote usando progesterona solo en pacientes estériles. Encontró su respuesta el rebote de fertilidad se confirmó y se vio que era segura; la progesterona podía inhibir la ovulación temperamentalmente.

El refinamiento del anticonceptivo por vía bucal continuo, se realizaron pruebas químicas para encontrar la mejor progesterona sintética.

Es probable que los anticonceptivos por vía bucal sean los agentes farmacológicos más ampliamente estudiados en la historia de la medicina. Los informes indican otros beneficios además de la anticoncepción los índices de cáncer mamario, ovárico y endometrial disminuyen cinco años más.

Se dice que la píldora protege contra trastornos tales como: Anemia por deficiencia de hierro, cáncer endometrial enfermedad mamárea benigna, cáncer ovárico, quistes funcionales ováricos, embarazos ectópicos, enfermedad pélvica inflamatoria y artritis reumatoide.

Los beneficios médicos psicológicos, sociales y económicos de la píldora compensan ampliamente sus riesgos.

Ahora que las indicaciones y las contraindicaciones se han definido claramente las complicaciones son raras.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

El uso de dispositivos intrauterinos para influir sobre la fecundidad no es nada nuevo. Durante siglos los camelleros turcos y árabes han practicado la anticoncepción intrauterina en sus animales de silla utilizando una piedrita (pesáreo) colocada en el útero.

En los escritos hipocráticos sobre "enfermedades de las mujeres se mencionan por primera vez en la medicina antigua los pesáreos intrauterinos, la aplicación se hacía por medio de una sonda de plomo hueca que se introducía en el útero. Los dispositivos intrauterinos se han utilizado durante más de dos mil años por toda suerte de razones, incluyendo el control de población y valiéndose de toda clase de materiales tales como: lana, marfil, madera, vidrio, plata y oro, ébano, peltre, platino tachonado de diamantes.

La literatura del siglo XX sobre pesaries es voluminosa. Se utilizaban especialmente para la corrección de desviaciones de la matriz, pero también para la anticoncepción. El recuento de las acaloradas discusiones sobre la seguridad y eficiencia de los DIU sobre sus ventajas o efectos nocivos llenan páginas y páginas de las memorias de las sociedades ginecológicas de USA, Francia, Alemania y Gran Bretaña, los mismos problemas que hoy enfrentamos fueron discutidos entonces; se valoraron los distintos materiales, se subrayó la importancia de escoger el diseño y tamaño apropiado, se definieron las contraindicaciones a su uso siendo la más importante la infección. Se discutió el problema del cáncer.

Las olas de entusiasmo seguida de tempestades de protesta se prolongaron el Siglo XX cuando se dio mayor importancia a uso como anticonceptivos. En 1916 y posteriormente en 1921 Dickinson predijo que con el tiempo se adoptaría un dispositivo totalmente intrauterino, los primeros diseños fueron reemplazados por el anillo intrauterino de Pust y Grafenberg.

En 1959 en Israel se informó acerca de muchos años de experiencia con el anillo Grafenberg modificado. Su estudio comprende 1500 casos que no habían presentado ninguna complicación seria.

Los japoneses fueron los primeros en utilizar DIU hechos de materiales plásticos inertes y baratos.

HONDURAS

La práctica de planificación familiar organizada en nuestro país se inicia en Junio-1963 mediante la creación de la Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA) institución que a nivel médico realiza actividades a través de clínicas, programas de distribución comunitaria de anticonceptivos y programas de esterilización voluntaria en 15 hospitales del país.

En 1965 el Ministerio de Salud Pública y la Agencia Internacional para el Desarrollo Familiar el cual funcionó hasta 1975. A partir de esa fecha las clínicas de planificación continuaron brindando atención a las comunidades incluidas en el programa de atención materno-infantil, en los CESAR, CESAMO y Hospitales regionales.

Según informe de ASHONPLAFA de 1977 - 1983 realizó 26,222 esterilizaciones y en las décadas precedentes atendió 104.830 casos nuevos de individuos que han practicado la planificación utilizando métodos temporales y/o quirúrgicos.

DIU

El dispositivo intrauterino (DIU) es un pequeño aparato, normalmente hecho de plástico largo y delgado. La introducción es hecha por un médico, una enfermera o un asistente entrenado.

El DIU debe ser mantenido en el útero mientras la mujer desea evitar el embarazo o mientras el médico así lo aconseje.

Si la mujer desea quedar embarazada, el DIU puede ser sacado por un médico. Una vez retirado este la mujer puede quedar embarazada en poco tiempo.

Este es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y es usado por millones de mujeres en todo el mundo.

Generalmente, se considera que el DIU es eficaz en un 94 a un 97%.

El DIU es un método especialmente recomendable para mujeres que no deseen tener más hijos o que buscan un método que sea eficaz durante un largo período y que no implique molestias y también es

conveniente para mujeres que tienen dificultad en seguir las instrucciones para tomar la píldora.

VENTAJAS DEL DIU

- 1.- Una vez introducido, el DIU se ocupa de llevar a cabo la anticoncepción. La mujer no tiene que tomar ni recordar nada.
- 2.- Las relaciones sexuales no tienen que ser interrumpidas con el propósito de introducir o aplicar otros métodos anticonceptivos.

TIPOS DE DIU

El DIU puede tener diferentes formas y tamaños entre los más comunes están:

- 1.- El Saf. T. Cail
- 2.- El Leppes loop (Espiral)
- 3.- El Copper T
- 4.- El Progestasut

El Leppes loop y el Saf-T-Cail están hechos enteramente de plástico mientras que a los otros se les ha añadido cobre u hormonas, para aumentar su eficacia y reducir sus posibles efectos secundarios. Muchas formas y tamaños han sido puestas a prueba en un esfuerzo por reducir la tasa de embarazos, disminuir los efectos secundarios y evitar el rechazo espontáneo por parte del útero.

Los DIU vienen en diferentes tamaños. El tamaño del DIU a usar depende del tamaño del útero (9)

FUNCION

La mayoría de los expertos piensan que el DIU evita el embarazo por (1) la interferencia con el proceso de implantación del óvulo fertilizado en el útero.

La interferencia puede ser resultado, de la inducción de una respuesta inflamatoria local inespecífica y acción lesosónica sobre el blastocisto (8) puede que produzca una reacción química en el útero de la mujer que debilita o destruye el esperma del hombre o el óvulo de la mujer (8).

Es importante que la introducción y colocación del DIU se hagan concretamente. El aparato debe ser colocado lo más arriba posible dentro del útero, sin perforar las paredes del mismo. Para poder proveer una protección eficaz, el DIU debe ser lo suficiente-

mente grande como para cubrir completamente el área del útero.

Es posible que el DIU sea desplazado espontáneamente por repetidas contracciones del útero, si esto sucede otro DIU quizás de diferente tamaño, puede ser introducido de nuevo.

En algunas ocasiones, el DIU puede ser expulsado sin que la mujer se de cuenta de ello por esta razón, es importante que de vez en cuando, la mujer verifique si el DIU todavía se encuentra en su sitio. Cuando el DIU es introducido los hilos atados al mismo se extienden hasta la vagina. Si la mujer puede percibir los hilos al tocar la entrada del útero con el dedo, el DIU se encuentra en su sitio. En caso de que no pueda percibir los hilos, o sentir la punta, la mujer debe empezar a tomar otro método anticonceptivo inmediatamente hasta que regrese a la Clínica para pedir consejo.

Durante los dos primeros meses después de la introducción del mismo la mujer debe verificar cada semana que no ha sido desplazado (con las manos limpias). Después de los dos primeros meses los hará únicamente después de cada período menstrual.

INDICACIONES DEL DIU

- 1.- Mujeres que desean un método reversible para espaciar los nacimientos o para limitar el número de hijos.
- 2.- Mujeres que ya tienen hijos
- 3.- Mujeres lactantes
- 4.- Mujeres que fuman
- 5.- Mujeres que por cualquier razón no pueden usar otro método anticonceptivo.

La mujer que esté interesada en este método debe:

- 1.- Hacer una cita en una clínica para la introducción del DIU y pedir una tarjeta que indique el tipo que usa.
- 2.- Aprender como percibir el hilo que indica que el DIU se encuentra en su lugar.
- 3.- Regresar a la Clínica una vez al año para examen médico general.
- 4.- Uso de condones o espuma para mayor seguridad (en el momento en que la probabilidad del embarazo es más alta).

- 5.- Regresar a la clínica si experimenta efectos secundarios serios que no desaparecen o si piensa que está embarazada (9).

DIU - RIESGOS Y CONTRA INDICACIONES

Los riesgos asociados al uso del DIU son perforación uterina, infección y embarazo ectópico de inserción, expulsión, hemorragia, embarazo ectópico y aborto espontáneo.

Se ha reportado que la incidencia de perforación puede variar entre 1:200 y 1:2500 inserciones. La mortalidad es de aproximadamente 1.4% (2). Los investigadores han encontrado una tasa más alta de perforación uterina en mujeres que recibieron el DIU en el post-parto que en otras usuarias del DIU. Este riesgo parece estar relacionado con el tiempo de la inserción y si la mujer está o no amamantando a su bebé.

Entre el primer día y las seis semanas post-parto puede incrementar el riesgo de perforación y en la mujeres que amamantan aumenta levemente el riesgo debido a la involución del útero.- A su vez, la perforación uterina por el DIU puede dar complicaciones de Apendicitis, penetración a vejiga, penetración al intestino delgado con obstrucción intestinal mecánica, penetración al intestino grueso y fístula Utero Cutánea (2).

La infección puede ser muy grave y llegar hasta una septicemia. Pero ésta es más probable en una paciente inmunodeprimido y más peligroso en la paciente con enfermedad cardíaca. Salpingitis es la infección más común (1). También algunos investigadores atribuyen al DIU como causante de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) pero las nuevas investigaciones demuestran que las usuarias del DIU que tiene un único compañero sexual fiel no corren más riesgo de contraer EPI que las que utilizan otro tipo de método anticonceptivo (4).

El embarazo ectópico es el que ocurre fuera de la cavidad uterina, generalmente en las Trompas de Falopio. Es un problema poco frecuente, pero constituye una verdadera urgencia médica puesto que puede producir una rotura de la trompa con hemorragia interna (5).

Las contraindicaciones para el uso del DIU son varias: 1) Nuliparidad, 2) Anemia grave, 3) Imposibilidad de determinar la orientación o la profundidad de la cavi-

dad uterina, 4) Dificultades durante la inserción, 5) Embarazo, 6) Fibroides, 7) La de Cervix, cuerpo uterino o anexos, 8) Otros tumores pélvicos, 9) Cervicitis aguda, 10) Enfermedades inflamatorias de la pelvis (6), 11) Mujer que tiene varios compañeros sexuales o que su único compañero sexual tiene varias compañeras sexuales (7).

ANOVULATORIOS ORALES

EL CICLO OVULATORIO-FISIOLOGIA

Se ha medido las concentraciones de gonodotropinas en plasma y los esteroides ováricos a diferentes horas del día durante el ciclo ovulatorio y se ha revelado las interacciones que han venido a enriquecer nuestros conocimientos sobre los cambios hormonales y biológicos de la ovulación, la menstruación y la anticoncepción oral.

Los dos gonodotropinas claves son la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) ambas son sintetizadas y almacenadas por la hipófisis anterior y son necesarios para el crecimiento del folículo ovárico. Unos quince días antes de la ovulación cuando las concentraciones de estrógenos son bajas el hipotálamo permite que se concrete el factor liberador de la hormona Luteinizante (LRF) la Hipófisis responde liberando cantidades de FSH y LH a la corriente sanguínea. La producción de esteroide en el ovárico comienza cuando la FSH y la LH hacen que los folículos de Graaf empiecen a crecer. Uno de los folículos toma la delantera en cambio que los otros se vuelven atresicos.

Los Cels periféricos del folículo en desarrollo empiezan a secretar estrógeno y una pequeña cantidad de progesterona en la corriente sanguínea.

Primera Etapa de la Fase Lútea.

Los cambios cíclicos de la fase Lútea dependen del folículo de Graaf ya quebrantado. Inmediatamente antes de la ovulación la hipófisis libera cantidades de LH en la corriente sanguínea. Después de la ovulación la LH induce Luteinización proceso de hipertrofia por el cual el folículo quebrado se convierte en cuerpo lúteo.

El cuerpo lúteo secreta estrógeno y cantidades crecientes de progesterona a medida que avanza la fase lútea.

Segunda etapa de la fase lútea- fecundación si el óvulo ha sido fecundado, el blastocisto recién formado produce una enzima que disuelve una porción del revestimiento endometrial para permitir la nidación.

En el término de 10 días el tejido trofoblástico produce gonodotropina coriónica humana GCH, humana semejante a la LH.

La HCG hace que el cuerpo lúteo continúe secretando progesterona durante 6-8 semanas más. Entonces la placenta asume el papel del cuerpo lúteo y produce los estrógenos y progesterones necesarios para mantener el endometrio durante la gestación.

Segunda etapa de la fase lútea-sin fecundación. Si el óvulo no ha sido fecundado la fase lútea sigue una pauta diferente. Desprovisto de LH y HCG el cuerpo Lúteo involuciona se convierte al corpus albicones y deja de producir progesterona y estrógeno.

Entonces se producen 2 cambios que conducen a un nuevo comienzo del ciclo ovulatorio.

Uno de ellos tienen que ver con el ovario - se estimula la secreción de FSH y LH de la hipófisis los que estimulan la maduración de varios folículos primordiales.

El otro cambio se manifiesta en el endometrio. Los niveles descendentes de estrógenos y progesterona conducen también a la resorción del edema endometrial unos 15 días después de la ovulación comienza la menstruación.

ESTROGENO Y PROGESTINAS

Estrógenos: química: de los tres estrógenos principales de la especie humana, el estrodial-17 beta es el producto más potente de la secreción orárica, se oxida para formar la estrona y esta a la vez por adición de agua se convierten en esterial, éstas transformaciones ocurren en el hígado. Durante el embarazo, los estrógenos se originan en la placenta la orina abunda en estrógenos naturales.

FUNCIONES NORMALES

Los estrógenos son los principales agentes de los cambios que ocurren en la pubertad de las niñas y de ese intangible atributo llamado feminidad. Mediante una acción directa causan crecimiento y desarrollo de la vagina, el útero y las trompas producen aumento de

tamaño de la mamas al promover el crecimiento de los conductos, el desarrollo del estroma y el depósito de grasa, efectos en los que también intervienen las hormonas hipofisarias; otros efectos normales de los estrógenos son el crecimiento del vello axilar y púbico y la pigmentación regional de la piel de los pezones y las areolas de la región genital.

Superpuesto a las influencias feminizantes de los estrógenos se encuentra el componente cíclico de la intensidad de su acción, el cual es la causa de muchos rasgos del ciclo menstrual normal.

Durante la fase Folicular del ciclo, proliferan la mucosa vaginal y la uterina, aumenta la secreción de las glándulas del cuello uterino, quizás se produce aumento de volumen o llenura de las mamas y aumentan la sensación de bienestar y el vigor. La disminución de la actividad estrogénica al final del ciclo trae como consecuencia, la menstruación.

La Progesterona, modifica aún más el conducto genital y las glándulas mamarias como preparación para el embarazo y es la suspensión de la secreción de progesterona el determinante más poderoso de la menstruación; sin embargo, durante la pubertad, en el primer par de años de la menstruación y al aproximarse la menopausia, los estrógenos dominan el ciclo.

Las alteraciones que siguen a la lenta declinación de la secreción de estrógenos en la menopausia y algunos años después ilustran nuevamente las numerosas acciones de la hormona en el organismo y señalan algunos de los sutiles efectos que comienzan a ser apreciados.

Además de producir los patentes cambios atróficos en el aparato genital y las mamas la falta de estrógeno puede contribuir a los procesos de envejecimiento, como la pérdida de la turgencia de la piel, el adelgazamiento de los huesos.

ANOVULATORIOS DE INGESTION

La mayoría de las combinaciones contienen 0.05 a 01 mg. de etinilestrodial o Mestronal y una progestina en dosis apropiada a su potencia. Las tabletas secuenciales proporcionan el estrógeno para 2 ó 21 días y adicionan la progestina para los últimos cinco días.

En uno y otro caso, el curso siguiente comienza siete días después de la última dosis o 5 días después del comienzo de la hemorragia menstrual.

algunos resultados de laboratorio pueden ser alterados por el uso de anticonceptivos orales, tales como pruebas de función hepática (aumenta la protrombina y los factores VII, VIII, IX, X) los de la función tiroideas (aumenta del yodo ligado a proteínas) determinación de pregnodial.

MECANISMO DE ACCION

La administración de estrógeno y una progestina puede interferir en la fertilidad de varios modos, pero es claro que la mezcla inhibe la ovulación.

Al principio explicamos brevemente los efectos de las hormonas ováricas en la función gonodotrópica de la hipófisis; el efecto predominante del estrógeno es inhibir la secreción de HGF mientras que la acción continúa de la progesterona inhibe la liberación de LH.

Está claro que la ovulación podría prevenirse inhibiendo un estímulo ovulatorio o impidiendo el crecimiento de los folículos éste efecto se atribuye al estrógeno que contiene mezclas.

Y la progestina sirve para el importante efecto de asegurar que la hemorragia por supresión ocurrirá rápidamente será de duración breve y de índole fisiológica aún cuando al ovulación no resulte impedida en fácil imaginar que los anticonceptivos pueden interferir en la fecundación por acción directa en el conducto genital. Por experimentos en animales se sabe que el endometrio debe estar en la etapa apropiada del desarrollo bajo la acción de los estrógenos y la progesterona para que ocurra la nidación, es poco probable que se produzca la implantación en el desordenado endometrio que se forma bajo la influencia de la mayoría de los represores, también se ha dicho que el moco espeso y pegajoso secretado bajo la influencia de la progesterona es un medio hostil para la célula espermática probablemente exista una alteración por las hormonas.

ASPECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES

- 1.- Cuando se toma la píldora por primera vez algunas mujeres experimentan algunas molestias similares a las que ocurren en las primeras semanas de embarazo como ser: Malestar estomacal, mareos, cefalea, sensibilización y agrandamiento de los senos, cansancio e irritabilidad (estos signos son

temporales e inofensivos) generalmente como un proceso de adaptación del organismo.

- 2.- Hipertensión Arterial.
- 3.- Trombo-Embolias en miembros inferiores, pulmonar cerebral.
- 4.- Cálculos biliares en mujeres jóvenes, dicho riesgo disminuye en mujeres mayores.
- 5.- Cáncer de mama después de los 45 años antes de los 25 años no es afectada. (5)
- 6.- Enfermedad pélvica inflamatoria su relación específica no se ha podido determinar.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON EL USO DE ANOVULATORIOS ORALES

MEDICAMENTOS

- 1.- *AGENTES ANALGESICOS
AMINAPIRINA Y ANTIINFLAMATORIOS
OXIFENBUTAZONA*
- 2.- *VASO DILATADORES METILDOPA
RESERPINA*
- 8.- *ANTI-INFECCIOSAS AMPICILINA
CLORANFENICOL NEOMICINA PENICILINA V.*
- 9.- *BARBITURICOS- FENOBARBITAL*
- 10.- *CORTICOESTEROIDES*
- 11.- *SEDANTES GASTROINTESTINALES*
- 12.- *AGENTES HEMOSTATICOS*
- 13.- *HIPNOTICOS*
- 14.- *HIPOGLUCEMIANTES-INSULINA*
- 15.- *RELAJANTES MUSCULARES*
- 16.- *SEDANTES Y TRANQUILIZANTES*

CONTRAINDICACIONES

- 1.- Tromboembolia presente o anterior
- 2.- ACV. presente o anterior
- 3.- Enfermedad de las arterias coronarias
- 4.- Alteración de la función hepática
- 5.- Adenoma hepático presente o anterior

- 6.- Cáncer de Mama
- 7.- Hipertensión y Diabetes
- 8.- Enfermedad de la vesícula biliar
- 9.- Ictencia colestásica durante el embarazo
- 10.- Edad superior a los 40 años
- 11.- Fumadoras
- 12.- Energía en plazo de 4 semanas.

ASPECTOS MEDICO-LEGALES

METODO DE CONTRACEPCION NO QUIRURGICA.

Se citan en orden de eficiencia: Preservativos, jalea, cremas, espuma de aerosol, tabletas vaginales; esponjas y espuma, diafragma, método del vimo y coito interrumpido. En el último decenio aparecieron los anovulatorios en píldoras o inyecciones y los DIU.

La administración de alimentos y medicamentos (FDA) de los EE. UU continúa aprobando los dispositivos.

Las que contra la seguridad de los dispositivos intrauterinos retirados del mercado norteamericano han sido rechazados repetidamente por los juzgados. Aún así los costos legales incurridos para defender los DIU, disminuyeron enormemente las ganancias de los fabricantes.

Después de gastar un millón y medio de dólares dependiendo con éxito los litigios contra la seguridad del DIU de cobre.

Los observadores internacionales deben apreciar que las decisiones del mercado norteamericano en el campo de la planificación familiar están controlados muy a menudo por consideraciones que no son clínicas en absoluto.

En el caso del DIU en los EE. UU el alto costo para defender acciones legales injustificadas ha forzado a los fabricantes a retirar sus productos del mercado.

Los programas de planificación familiar no deben dejar que esta situación tan particular interfiera en el uso continuo del DIU en otros países donde para muchas mujeres, ésta sigue siendo uno de los anticonceptivos más seguros y eficaces.

JUVENTUD, FECUNDIDAD Y LEY

Al afirmar que la ley ejerce influencia sobre los hábitos reproductivos de los adolescentes puede aparecer una exageración. Juventud continuará dando rienda suelta a su sexualidad, como parte de su experiencia humana, con o sin una adecuada protección legal. Mucho es sin embargo, lo que la ley puede hacer de cara a las opciones abiertas a los jóvenes en materia de salubridad.

Por supuesto, no todos los adolescentes son sexualmente activos. Ni todas las que lo son están casadas. La legislación procura tener en cuenta estos factores. Pero sus contradicciones suelen ser cómicas y, a veces, patéticas. En la Gran Bretaña, por ejemplo, la publicidad cinematográfica de un método para que la mujer constate por sí misma si se encuentra o no embarazada, está catalogada como "no apta para menores". En consecuencia, puede ser vista solamente por las personas mayores de 18 años. Y, sin embargo, la edad legal para mantener relaciones sexuales es de 16 años. En New York, en cambio, donde dicha edad es de 17, es posible adquirir anticonceptivos a los 16 años o a veces antes.

En Irlanda, la ley establece que la anticoncepción está limitada a las personas casadas, a pesar del elevado índice de sexualidad, entre la adolescencia. Y en Indonesia donde es un delito proporcionar anticonceptivos a cualquier persona menor de 17 años, la edad legal para contraer matrimonio es de 16 años.

En muchos países la ley ha sido enmendada para proteger a los adolescentes. Algunas de estas reformas han tenido como base razones de índole médica; otras, prácticas. En Hungría, la píldora y los DIU no están a disposición de las menores de 16 y 18 años, respectivamente; pero las restricciones pueden ser obviadas bajo circunstancias especiales". Y en otras partes se ha procedido a adoptar disposiciones tendientes a que los menores obtengan la asistencia médica que pudieran necesitar, sin necesidad de interiorizar a sus padres.

PATRONES DEFINIDOS

La fecundidad en la adolescencia presenta tres patrones claramente definidos. El primero se caracteriza por una elevada cantidad de embarazos imprevistos. En los EE. UU por ejemplo, donde la fecundidad en la adolescencia se manifiesta particularmente entre las solteras, casi una quinta parte de los partos y un tercio de los abortos, se registran en el grupo de las menores de 20 años.

El segundo patrón corresponde a aquéllos países donde la norma es el matrimonio temprano. La actividad sexual premarital está estrictamente prohibida y, por lo mismo, el embarazo entre las solteras es prácticamente nulo. Pero la proporción de madres adolescentes es muy elevada.

El tercer patrón corresponde a las sociedades en transición, donde la economía y las oportunidades de empleo particularmente para la mujer - van en aumento. La edad del matrimonio se va haciendo cada vez más elevada pero, correspondientemente, la proporción de embarazos entre las solteras va en ascenso.

En todos y cada uno de los casos, la educación sexual es motivo de controversia. Sus partidarios han sido acusados de "tratar de someter a los adolescentes a un lavado de cerebro para que den comienzo a su actividad sexual" y de "sovacar la autoridad paterna". Frente a estos ataques se defienden diciendo que el propósito de dicha educación es "ayudar a los jóvenes a llevar una vida sexual saludable y satisfactoria". El debate está cargado de argumentos morales.

Muchos gobiernos han tomado la iniciativa, incorporando la educación sexual al programa escolar. El de Suecia fue el primero en hacerlo, en 1956. Desde entonces ha formado parte integral y obligatoria de la educación de todos los niños y jóvenes, de los 7 a los 20 años.

Algunos se han sentido preocupado por este elemento de la obligatoriedad. En Dinamarca, donde la ley data de 1970, se registró un sonado caso judicial (Kjeldsen, Busk Madsen y Pedersen), que en 1976 llegó al

Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el cual dictaminó que la educación sexual obligatoria no violaba ningún principio fundamental de tales derechos. Al sustanciar su fallo, el Tribunal expresó que el objetivo del programa danés era el de garantizar que la información sobre la sexualidad humana fuera presentada a los estudiantes y en forma "correcta, precisa, objetiva y científica", de una manera como no sería posible de lograr fuera de las aulas.

En Francia se ha adoptado una solución intermedia: la instrucción sobre anticonceptivos y cuestiones de índole ética relacionadas con la sexualidad, es proporcionada fuera de las horas de clase, en reuniones de grupos especiales convocadas a solicitud de los estudiantes y con permiso de los padres, los cuales de esta manera, vienen a tener voz en la materia.

El Luxemburgo, la ley establece que la educación sexual, proporcionada a todos los niveles de la enseñanza, "debe ser complementaria de la que se imparte en el seno de la familia.

En los países predominantemente musulmanes del Cercano y Lejano Oriente, subsiste un fuerte sentimiento en contra de la educación sexual. Sólo algunos pocos, entre ellos Egipto y Túnez, han comenzado a incorporarla gradualmente a los programas docentes.

En Indonesia, por su parte, se ha procurado eliminar el antagonismo que provoca el rótulo de "educación para la vida familiar. Una característica saliente del mismo es el esfuerzo que se realiza para que los jóvenes adquieran conciencia de los peligros que encierra el aumento incontrolado de la población.

En algunos países predominantemente católicos tanto la educación sexual como la anticoncepción "artificial" provocan objeciones; en otros, curiosamente, tan solo la primera hace fruncir el ceño. En Costa Rica, la educación en "paternidad responsable" forma parte del programa de estudios de secundaria, pero no se hace mención explícita de la anticoncepción. En México, la educación sexual está sumamente difundida, al menos en teoría; en la práctica, sin embargo la misma provoca cierta resistencia.

Desde luego, son muchos los jóvenes que no reciben educación sexual en absoluto. La famosa ley contraída a la anticoncepción, promulgada en Francia en 1920 (y derogada en 1967) continúa, sin embargo, ejerciendo

influencia sobre la mayoría de sus antiguas posesiones africanas.

En la Argentina, un decreto similar prohíbe la "divulgación de información" sobre control de la natalidad. Sin embargo, en la mayoría de los países se considera que la regulación de la fecundidad contribuye a aliviar uno de los mayores problemas que aquejan a la juventud. Y en consecuencia, procura difundir información al respecto.

Se ha estimado que hacia 1990, habrá en el mundo más de mil millones de jóvenes entre las edades de 15 y 29 años.

Las alternativas que se les ofrezcan en material de fecundidad, facilitarán las decisiones que les toque tomar en su hora.

SERVICIOS

Pero el conocimiento de la sexualidad humana carece de mayores consecuencias a menos que vaya acompañado de los correspondientes servicios. Pocos son los que se oponen a que los jóvenes casados tengan acceso a los servicios anticonceptivos; la discusión empieza cuando se procura extender dichos servicios a los solteros.

Por lo general, las leyes hacen hincapié en la cuestión del consentimiento. Resuelto este problema, los menores pueden tener acceso a la información y los servicios en pie de igualdad con los adultos. Normalmente, el poder de otorgar el consentimiento radica en los padres. Y la teoría expresa que ello va en el "interés" de los menores. Pero ¿va realmente en su interés?. Seguramente serán muchos los que preferirán no interiorizar a sus padres de problemas tan personales. Y es ahí donde surge realmente el problema.

El consentimiento paterno no debe ser el rescate que el adolescente tenga que pagar por la anticoncepción, de la misma manera que el embarazo no tiene por qué ser necesariamente el precio que una joven deba pagar por haber mantenido relaciones sexuales.

En la Gran Bretaña, por ejemplo - y a pesar de que la edad mínima para hacer uso de los servicios de anticoncepción y aborto es de 16 años - en ciertos casos excepcionales se opta obviar ese límite ya que, según se expresa en el informe de una comisión designada para estudiar el problema (la Comisión

lane), el hacerlo "constituye un mal menor que permitir que la joven corra el riesgo siendo actualmente objeto de reconsideración.

En los EE. UU, son muchos los estados que permiten el uso de servicios anticonceptivos (e incluso aborto), a los que se cataloga como "menores maduros", es decir: aquellos que lo son en grado suficiente como para entender la naturaleza y las consecuencias del tratamiento. Sin embargo, la Corte Suprema desestimó hace poco el temor de que una más amplia disponibilidad de la anticoncepción resultaría en aumento de la sexualidad premarital, expresando que no existían pruebas en tal sentido. Más aún: la cláusula según la cual toda menor debía recabar el consentimiento paterno antes de hacerse practicar un aborto ha sido derogado, por entenderse que los padres no deben poder de veto en cuestiones que atañen al bienestar de sus hijas.

La situación es diferente en otros países. Por principio, los programas de planificación familiar de Indonesia, Malasia, Filipinas, La República Popular China y Formosa, distribuyen anticonceptivos solamente a las parejas casadas.

Este temperamento se asienta en valores culturales profundamente arraigados. Por ejemplo, se ha dicho que, en China, la actividad sexual premarital prácticamente no existe. No obstante, si contrariamente a las creencias, dicha actividad fuera intensa entre los adolescentes (como es el caso de las Filipinas), esa política dejaría virtualmente desprotegidas a innumerables jóvenes y cuestiones morales aparte contribuirá a complicar las cuestiones relacionadas con su edad.

Existen poderosas razones para crear que la mayor parte de las adolescentes que quedan embarazadas, casadas y solteras por igual, optan por tener el hijo. Como regla general, todas las naciones estimulan la maternidad y procuran proteger la salud de la mujer en cinta.

La disponibilidad de servicios de aborto es una parte fundamental de todo programa de salubridad. No obstante y a pesar de que existe una tendencia inflexible hacia la liberación en la materia, falta mucho para la legalización que sea universal.

Alrededor de dos tercios de la población mundial viven en países donde se ha legalizado ya el aborto contra demanda (al menos durante las primeras etapas

del embarazo) o por una amplia gama de razones socioeconómicas o médicas. Pero la legalización de jure no significa necesariamente legalización de facto.

La cuestión relacionada con la asistencia médica de la adolescente embarazada debe colocarse en perspectiva. Según cálculo de la OMS, un 70 por ciento de los partos se llevan a cabo sin atención profesional, lo cual contribuye a poner en peligro la salud de numerosas mujeres.

EDAD MATRIMONIAL

Históricamente, se ha establecido un nexo entre los matrimonios llevados a cabo a una edad temprana y la elevada fecundidad. Conforme a ello, últimamente se ha procurado estimular los casamientos tardíos a fin de acortar el período durante el cual la mujer tiene posibilidades de quedar embarazadas y aumentar los intervalos entre generaciones. En casi todos los países se han promulgado leyes estableciendo edades matrimoniales mínimas. Pero hasta que punto ello se cumple y ha contribuido a modificar las tasas de natalidad, pertenece al dominio de la conjetura.

En Europa prevalecen las edades mínimas altas (legales y reales) y las tasas más bajas de fecundidad. Es, además la región donde la edad matrimonial es la misma para ambos sexos. En Asia, las edades legales tienden a ser bajas pero los patrones de fecundidad varían. En Bangladesh y parte de la India, se practica el matrimonio en la niñez y la fecundidad es alta. En China, Japón, Corea del Sur y Sri Lanka, la edad matrimonial real es alta (en la segunda mitad de la veintena) y la fecundidad baja. Las razones para ello sucede sin embargo, varían de un país a otro.

En el Cercano Oriente y el Africa del Norte, algunos países donde no se ha establecido una edad legal mínima adhieren a la ley musulmana que permite el casamiento de la mujer al llegar a la pubertad (12 o 13 años). Otros han fijado edades moderadamente altas. La edad real también ha aumentado y la fecundidad ha decrecido un tanto.

En el Africa negra el límite es frecuentemente alto, lo cual refleja la tendencia a adoptar las normas legales europeas. En la práctica, sin embargo, la edad es baja, la fecundidad alta y las contradicciones evidentes. Los países donde la edad matrimonial mínima es levemente más alta, tiene tasas de fecundidad también más eleva-

das que cuando se practicaba la costumbre del matrimonio temprano.

La edad matrimonial, al igual que otros determinantes de la fecundidad, está relacionada con otros factores socioeconómicos y la modificación de la ley, por sí sola no puede alterar el comportamiento humano.

Las reformas legales que no vayan acompañadas por otros cambios, de índole económica y social, no surtirán el menor efecto.

En algunos casos, la edad mínima matrimonial ya iba naturalmente en ascenso mucho antes de que se reformara la legislación correspondiente. El legislador, muchas veces, no hace otra cosa que seguir las tendencias en lugar de provocar cambios de naturaleza dinámica. En Túnez, por ejemplo, la edad matrimonial promedio de la mujer ya de 19 años y medio en 1956...lo cual no impidió que en 1964, se aprobara una ley fijándola en 17. Hacia 1975, dicha edad se había elevado naturalmente a 23.3.

La legislación y las normas ayudan a determinar si los jóvenes han de tener acceso a la información y la educación concerniente a la sexualidad y a los correspondientes servicios. Sin este tipo de "Protección", los problemas a que deben hacer frente no harían otra cosa que multiplicarse. Lo malo es que, al momento, existe una profunda brecha entre lo que la juventud realmente necesita y lo que la legislación permite que se le proporcione.

PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

Distribución de mujeres en unión por conocimiento y uso de métodos Anticonceptivos según estrato.

Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar Hondureña, 1992.

CONDICION DE USO	ORALES	DIU
Sin conocimiento	1.6	14.4
Nunca Uso	57.4	74.2
Usuario anterior	27.5	7.1
Usuario Actual	13.5	4.3

La mayoría de las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen conocimiento de los mismos, y la mayoría de ellas nunca habían usado Anticonceptivos y las mujeres que habían usado Anticonceptivos el porcentaje es de 27.5.

Sólo en 14.4 de las personas que usan DIU no tenían conocimiento de su uso y el 74.2% nunca ha usado orales este método. Las que habían usado anteriormente era el 7.1%

Distribución de mujeres en unión por uso de anticonceptivos por edad.

Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras, 1987.

EDAD	USUARIOS	ORALES	DIU
15-19	20.6 %	10.3%	2.2%
20-24	34.1 %	17.6%	4.1%
25-29	43 %	17.5%	6.3%
30-34	46 %	13.6%	5.2%
35-39	47.6 %	9.5 %	3.9%
40-44	43.6 %	6.1%	2.9%

En los grupos de edad de 20 a 40 años es donde hay un mayor uso de anticonceptivos.

El uso más frecuente de Anticonceptivos orales es en los grupos de edad de 20 - 29 años.

El uso más frecuente de DIU es en el grupo de edad de 25 - 34 años.

Distribución de mujeres en unión por uso de Anticonceptivos por nivel de escolaridad.

Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras 1992.

Nivel de Escolaridad	Usuarios orales	DIU
Sin Educación	23.7	0.8
Primaria 1-3	30.5	2.9
Primaria 4-6	45.8	4.5
27 años	65.8	10.3

Las mujeres tienen una escolaridad más de 7 años hacen el mayor uso de Anticonceptivos.

Las mujeres que más usan anticonceptivos orales son las que tienen una escolaridad mayor de 7 años.

El porcentaje más alto de mujeres que usan DIU son las mujeres con escolaridad mayor de 7 años.

Conocimiento de métodos Anticonceptivos entre

mujeres en unión actual de 15-44 años, encuesta de prevalencia del uso de Anticonceptivos y Encuesta Mundial de Fecundidad 1984-1992.

% de mujeres que conocen Honduras-1992.

ALGUN METODO	94%
SOLO METODOS TRADICIONALES	0
ALGUN METODO MODERNO	93
ANTICONCEPTIVOS ORALES	91
DIU	69

Distribución de todas las mujeres por uso de métodos Anticonceptivos según residencia en las Encuestas de Epidemiología de los años 1989 y 1992.

El método anticonceptivo más usado son los anovulatorios orales. Según la incidencia de encontró mayor incidencia en Tegucigalpa/San Pedro Sula y otros urbanos.

Fuente de Obtención de Anticonceptivos Orales entre mujeres en unión.

FUENTE	No. de Mujeres
Ministerio de Salud	12
Cesamo	78
Cesar	74
Partera	1

I. H. S. S.	9
Médico Hospital Privado	20
Farmacia	292
Puesto	9
Pulpería	8
ASHONPLAFA Clínica	15
ASHONPLAFA DCA	311
Otro	23
Desconocido	33
TOTAL	785

* Inconsistencia en la marca, costo o fuente o falta de información en el Ministerio de Salud Pública y todas sus dependencias hacen un total de 165 mujeres, siendo la fuente de más obtención el CESAMO.

En el medio privado se encontró un total de 329 mujeres que obtuvieron sus anticonceptivos orales, siendo la Farmacia el lugar más visitado.

CONCLUSIONES

- 1) La condición de uso de anticonceptivos orales los que no tienen conocimiento en 1.6% y los que no tienen conocimiento del uso del DIU es de 14.4%.
- 2) Los anticonceptivos orales son los más usados por la población femenina hondureña.
- 3) El grupo de edad que tiene mayor demanda de anticonceptivos es de 20-49 años.
- 4) Las mujeres que usan anticonceptivos tienen una escolaridad mayor de 7 años.
- 5) El 94% de la población femenina de Honduras tiene conocimiento de algún método anticonceptivo.
- 6) Las mujeres que más usan anticonceptivos viven en el área de Tegucigalpa, San Pedro Sula.
- 7) La fuente de obtención de anticonceptivos orales en las Mujeres en unión es en ASHONPLAFA DCH.
- 8) Según estudios nacionales en Honduras no se ha encontrado implicación Médico Legal con la prescripción de anticonceptivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anal, Et Al. American Journal of Obstetrics and Gynecology "Contraceptive use pelvic Disease and Fertility problems among American Women 1989 - 1992, July, Vol. 157, # 1 pp 59 - 64
- 2.- Family Health International, Network en España, "Métodos Anticonceptivos para las mujeres lactantes", 1990 Vol. 3 p4
- 3.- Ibid, el DIU y la Enfermedad Pelviana Inflamatoria" comprendiendo la situación norteamericana P.2.
- 4.- Family Health International "El DIU: lo que deben saber los planificadores de familia P.1.
- 5.- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia "Reproducción Humana y Planificación Familiar" Vol. 3 New York Inc. 1990 P.229.
- 6.- Gobierno de Honduras, Ministerio de Salud Pública manual de Anticonceptivos P.40.
- 7.- Ibid pp. 36-37
- 8.- González Villela Mario R. Revisión Bibliográfica de Anovulatorios orales 1990 Teg. UNAH.
- 9.- Manual sobre Métodos de Planificación Familiar CIU 1990 p. 31-37
- 10.- Miller et al. Obstetrics and Gynecology "Breast Cancer Risk in relación to Early oral Contraceptive Use" 1990 Dic. Vol. 68, # 6 p-863.
- 11.- Pueblos vd. 7 No. 3 1990.
- 12.- Serogg, British Medical Journal "Oral Contraceptives Pregnancy, Androgenous estrogen in gall stone disease a case control Study" 1986 June vol 288 p. 1795.
- 13.- Sierra, I, British Journal of Surgery "Appendicitis caused by an intruterine devic" 1990 Nov. Vol 73, # 11 pp 927-928.
- 14.- Willians Obstetricia "Planificación Familiar Barcelona 3ra ed, 1991 pp 793-796 y 788.
- 15.- Population Reports Serie M # 8 Nov. 1990.