

La planificación familiar como acción preventiva frente al aborto

Family planning as a preventive action against abortion

Ofelia Uzcátegui U¹, Saúl Kízer², Judith Toro Merlo³, Luzardo Canache C⁴

RESUMEN

Objetivo: Describir la utilidad de la planificación familiar en general y de los métodos anticonceptivos en especial, en la disminución del embarazo no deseado/no planificado y por tanto en la disminución de la tasa de abortos. **Método:** Se trata de un estudio documental y descriptivo en el que se hizo una revisión y análisis de la literatura nacional e internacional relacionada con planificación familiar, métodos anticonceptivos, así como anticoncepción inmediata posterior a evento obstétrico. Se seleccionó el período 2010-2019. En el desarrollo del trabajo, se hicieron

consideraciones sobre la planificación familiar y sus objetivos, como estrategia en salud sexual y reproductiva y de los métodos anticonceptivos como principal instrumento lograrlos. Se hace énfasis en los métodos recomendados posterior a cualquier evento obstétrico, especialmente después de un aborto. Se presenta una breve descripción de cada método, el asesoramiento, los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, así como los beneficios y riesgos que implica su uso. **Conclusiones:** Prevenir el embarazo es mejor que abortar. La anticoncepción es la mejor forma de evitar embarazos no deseados/no planificados y con ello la disminución de la tasa de abortos; y de esta manera disminución de la morbi-mortalidad materna.

Palabras clave: Planificación familiar, métodos anticonceptivos, embarazo no deseado, embarazo no planificado.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.1.19>

¹Individuo de Número Academia Nacional de Medicina Sillón 32
Correspondencia: Dra. Ofelia Uzcátegui.

ofeluz135@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3239-400

²Individuo de Número Academia Nacional de Medicina Sillón 11
saulkizer@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-6024-2453

³Jefe del Servicio de Obstetricia Hospital General del Oeste
"Dr. José Gregorio Hernández"
Profesora de Clínica Obstétrica Facultad de Medicina UCV
judith.toromerlo@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4104-8073

⁴Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.
Puesto 40
lcanachec@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9737-3166

Recibido: 08 de agosto 2020

Aceptado: 30 de diciembre 2020

SUMMARY

Objective: To describe the usefulness of family planning in general and contraceptive methods in particular, in reducing unwanted/unplanned pregnancy and therefore in reducing the abortion rate. **Method:** This is a documentary and descriptive study in which a review and analysis of the national and international literature related to family planning, contraceptive methods, as well as immediate contraception after an obstetric event was carried out. The period 2010-2019 was selected. In the development of the work, considerations were made about family planning and its objectives, as a strategy in sexual and reproductive health, and contraceptive methods as the main

instrument to achieve them. Recommended methods are emphasized after any obstetric event, especially after an abortion. A brief description of each method, the advice, the eligibility criteria of the World Health Organization, as well as the benefits and risks involved in its use are presented. Conclusions: Preventing pregnancy is better than aborting. Contraception is the best way to avoid unwanted/unplanned pregnancies and thus the decrease in the abortion rate, and in this way decrease in maternal morbidity and mortality.

Key words: *Family planning, contraceptive methods, unwanted pregnancy, unplanned pregnancy*

INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIDP) de 1994 definió la salud sexual y reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. El embarazo no deseado/no planificado tiene impacto sobre la salud sexual y reproductiva, la familia y la sociedad. Este tipo de embarazos ocurre con mayor frecuencia en mujeres de nivel socio-económico bajo, con menor grado de educación y en las adolescentes. Generalmente, las mujeres con niveles de educación más altos retardan el embarazo hasta terminar sus estudios, lograr los objetivos educacionales propuestos y tener mejores ingresos (1,2). La planificación familiar es una medida para promover bienestar y autonomía en las mujeres, sus familias y las comunidades; las ayuda a evitar el embarazo no deseado/no planificado y forma parte de los derechos sexuales y reproductivos.

Entre los Objetivos y Desarrollo del Milenio (ODM) en 2001 la meta 5 B logró, para 2015 el acceso a la salud reproductiva en algunos países. En la 70ª Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2015, se acordó seguir trabajando por un mundo más justo y erradicar la pobreza y se aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a lograr en 2030. Entre los 6 principios está: “garantizar una vida sana, el conocimiento y la inclusión de mujeres y niños” (3). Entre los objetivos el 3º es: “garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y a todas las edades”

El objetivo 5 Igualdad de género: “Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas”. Las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y a los derechos reproductivos para 2030 (3). Los estados debían asegurar el acceso oportuno y asequible a servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluida la anticoncepción (1,2), hecho que en Venezuela no se cumplió.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad materna, estableció como prioridad reducir el aborto inseguro y sus consecuencias y creó el Grupo de Trabajo para la Prevención del aborto inseguro y sus complicaciones. Este grupo está integrado por las Sociedades de Obstetricia y Ginecología de los países afiliados y organizaciones no gubernamentales (4). Cada sociedad debía realizar un análisis de la situación en su país y colaborar con este trabajo (3,4).

Desde que se iniciaron los programas de planificación familiar en los años 60, se han evitado en todo el mundo millones de embarazos no planificados y esto ha ayudado a salvar la vida de muchas mujeres expuestas a embarazos de alto riesgo obstétrico o de abortos inseguros y de esta manera ha contribuido a disminuir la mortalidad materna (1,2). A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Las razones para la anticoncepción insatisfecha son: los servicios y los métodos no están disponibles en todos los lugares, o las opciones que se ofrecen son limitadas. Miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja, temor a efectos secundarios y complicaciones relacionadas con la salud, desconocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización (1-3).

Estrategias y beneficios para la salud. Algunos métodos anticonceptivos además de contribuir con la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal, aportan beneficios para la salud como: a) prevención de ciertos tipos de cáncer por algunos métodos hormonales, b) prevención de enfermedad inflamatoria pélvica, c) regularización del ciclo menstrual, d) alivio

de la dismenorrea, e) el aumento de la interciesis que mejora la vida de muchos niños; f) mujeres y hombres pueden cuidar mejor a sus familias, mejorando la calidad de vida, proporcionándoles alimentos, vivienda, ropa y educación (1-5).

Para alcanzar estos beneficios es necesario hacer programas de (1,2,5-7):

1. Educación sexual y reproductiva en los centros educativos. Concientizar especialmente a las adolescentes de la responsabilidad de tener un hijo, cuando las condiciones de madurez biológica, emocional y social no están dadas todavía. Cuando la educación sexual se imparte antes de la primera experiencia sexual es más eficaz para promover la abstinencia, como para promover el uso de anticonceptivos, entre los que inician su vida sexual. La educación sexual debe promover el respeto mutuo y el equilibrio de poder entre los géneros.
2. Crear servicios de planificación familiar para que la población susceptible tenga la posibilidad de decidir consciente y responsablemente sobre el número de hijos a tener y cuando tenerlos. Karolinski y col. (8) señala que al analizar la MM se debe reconceptualizar el modelo de las “tres demoras” y sugiere la incorporación de una cuarta demora que debería ser la primera: la dificultad al acceso a anticonceptivos modernos para la planificación oportuna del embarazo. Cuando las mujeres conocen los métodos anticonceptivos y tienen acceso a ellos el número de embarazos no planificados disminuye.
3. Leyes que aseguren a las mujeres igualdad y equidad, así como el derecho a una vida libre de violencia.
4. Programas sociales que ayuden a las embarazadas y madres de niños pequeños.
5. Mejorar la calidad de los centros de atención de las gestantes, con fácil acceso, excelente calidad del servicio, que incluye buen trato a las usuarias, conocimientos actualizados y habilidades para dispensar los métodos de anticoncepción todo enfocado desde de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
6. Divulgación a través de los medios de comunicación.

En Venezuela, en 2003 el entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social, elaboró la Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, la cual fue actualizada en 2013; en ella se dan los lineamientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva, y se señala la política nacional en esta materia de acuerdo a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (9). Los problemas sociales y de salud sexual y reproductiva en el país incluyen; a) inequidades y fecundidad; b) los adolescentes y sus particularidades en salud sexual y reproductiva (población entre 15-19 años el 15 % de las mujeres), c) embarazos no deseados y acceso a los servicios vinculados a la baja calidad y cobertura de la planificación familiar (9).

El manual de procedimientos para la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva se desarrolla en la parte III de la Norma oficial, señala como objetivo: “Ofrecer criterios para la aplicación de procedimientos que garanticen atención integral a toda la población, el acceso a la información orientación y servicios de alta calidad en todos los componentes de salud sexual y reproductiva con enfoque transdisciplinario, transectorial tomando en consideración: la salud preconcepcional, prenatal, perinatal, posnatal, lactancia materna, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, atención ginecológica, atención a la salud sexual de la mujer climatérica y menopáusica, atención a la salud sexual y reproductiva de los hombres...”. En el componente planificación familiar plantean cubrir un 30 % de las mujeres en edad fértil con riesgo de embarazo, captar el 10 % de la población adolescente menor de 14 años, la población masculina del país y las parejas infértiles e ir aumentando el 10 % anualmente hasta alcanzar un 60 % (9).

En el país se han dado algunos pasos, dentro de ello se incluye la realización en octubre de 2018 en Caracas de un taller Formador de formadores en anticoncepción inmediata post evento obstétrico -AIPE- (DIU posparto y posaborto, e implantes subdérmicos) y aspiración manual endouterina (AMEU), auspiciado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Centro Latinoamericano de Perinatología

(CLAP) y el apoyo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV) e IPAS una organización no gubernamental latinoamericana, dedicada a la salud sexual y reproductiva.

En Venezuela la razón de mortalidad materna es elevada dentro de la región de las Américas, por lo cual la OPS apoyó al MPPS en la elaboración de un “Plan de trabajo para contribuir a la disminución de la morbilidad grave y mortalidad materna y perinatal, desde un enfoque de curso de vida y basada en las estrategias de APS”. La AIPE, colocación de DIU e implantes posparto /cesárea y posaborto, entre otros constituye una intervención efectiva para garantizar acceso a la anticoncepción a una gran población y prevenir embarazos no planificados, por lo que el MPPS y la OPS identifican como una acción prioritaria llevar un plan de intervenciones beneficiosas para contribuir a la disminución de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Venezuela, mediante la fortificación de la AIPE y AMEU. Así se hará prevención del embarazo no deseado y evitar espacios intergenésicos cortos. Después del Taller de formador de formadores en anticoncepción inmediata posevento obstétrico se ha ido dotando con métodos anticonceptivos a algunos hospitales del área metropolitana y del interior del país, especialmente en los estados donde la MM es elevada.

Asesoramiento

En un servicio de planificación familiar debe haber una información lo más completa posible, pues ayuda a que las usuarias hagan sus propias elecciones sobre salud sexual reproductiva y planificación familiar. Una buena consejería conduce a usuarias más satisfechas y mayor adherencia al método anticonceptivo seleccionado.

Los consejos recomendados por la OMS (1,2) para tener éxito en el asesoramiento son:

1. Sea respetuoso con cada usuaria y ayúdela a sentirse cómoda.
2. Aliente a la usuaria a explicar sus necesidades, a expresar sus preocupaciones y a realizar preguntas.
3. Deje que los deseos y necesidades de la usuaria

orienten la conversación.

4. Esté alerta a las necesidades relacionadas, tales como protección de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y apoyo para el uso del condón.
5. Escuche atentamente. Escuchar es tan importante como dar la información correcta.
6. Dé la información e instrucciones clave. Use palabras comprensibles.
7. Respete y apoye las decisiones informadas de la usuaria.
8. Refiérase a los efectos secundarios, de haberlos, y tome con seriedad las preocupaciones de la usuaria.
9. Verifique que la usuaria comprenda.
10. Invite a la usuaria a regresar en cualquier momento por cualquier motivo.

El asesoramiento ha tenido éxito cuando:

- La usuaria percibe que ha recibido la ayuda que quería.
- La usuaria sabe qué hacer y se siente confiada de poder hacerlo.
- La usuaria se siente respetada y apreciada y regresa cuando lo necesita.
- Y lo más importante, la usuaria usa sus métodos con eficacia y satisfacción.

La asesoría debe adaptarse a cada mujer en particular y la elección del método debe incluir: la eficacia, las ventajas y desventajas del método anticonceptivo, los efectos secundarios y posibles complicaciones, como usar el método, signos y síntomas que pueden presentarse, cuando debe volver a la consulta. Asimismo, se debe informar sobre el retorno a la fertilidad al dejar de usar el método anticonceptivo.

Evaluación previa al uso de método anticonceptivos

Los exámenes y análisis que se consideran para cada tipo de anticonceptivo se aplican a personas que se consideran sanas. Los exámenes usados

son: exploración mamaria, examen ginecológico, detección del cáncer de cuello uterino, análisis de laboratorio de rutina, análisis de hemoglobina, evaluación de los riesgos de ITS, detección de ITS/VIH y medición de la presión arterial (1,2).

Los exámenes y análisis que deben tenerse en cuenta, se clasifican en tres categorías:

Categoría A. El examen y análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Categoría B. El examen y análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz.

Categoría C. El examen y análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Criterios médicos de elegibilidad

Cuando una mujer ha elegido un método anticonceptivo es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad (CME) de OMS (10), para saber si no existe una condición médica que impida el uso del método. Los CME son parte del proceso para mejorar la atención en planificación familiar; la OMS hace las recomendaciones acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones y características médicas relevantes.

Los métodos de planificación familiar incluidos son: anticonceptivos orales combinados (AOC) de dosis bajas ($\leq 35 \mu\text{g}$ de etinilestradiol), parche combinado (PAC), anillo vaginal combinado (AVC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), enantato de noretisterona (EN-NET), implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu), DIU liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG), DIU con cobre para anticoncepción de emergencia (DIU-E), anillo vaginal liberador de progesterona (AVP), métodos de barrera (BARR), métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), método de amenorrea de lactancia (MELA), coito interrumpido (CI), y esterilización femenina y masculina.

A cada condición médica relevante y a cada método anticonceptivo se le asigna una de las cuatro categorías numéricas. Entre estas condiciones se toman en cuenta; edad, semanas y meses posparto, estado de la lactancia, trombo-embolismo venoso, trastornos venosos superficiales, dislipidemias, sepsis puerperal, antecedentes de embarazo ectópico, de enfermedad cardiovascular grave, migrañas, enfermedad hepática, uso repetido de anticonceptivos de emergencia (PAE), ITS/VIH, uso de terapia retroviral (Cuadro 1).

Cuadro 1

Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Categoría I	Situación en la que no existen restricciones para el uso de anticonceptivos
Categoría II	Situación en que las ventajas superan a los riesgos teóricos o demostrados
Categoría III	Situación en que los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas
Categoría IV	Situación en que el uso del método anticonceptivo constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Las razones por las cuales las mujeres no utilizan un método anticonceptivo durante el período postevento obstétrico, pueden ser de tipo socio-cultural, edad, el tiempo de vuelta a la actividad sexual, las prácticas de lactancia materna, carencia de acceso a los servicios de planificación familiar (1). En Cuba utilizan el aborto como método anticonceptivo por falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos, por la edad de las pacientes-adolescentes-, y situación económica (11).

Anticoncepción posaborto

Después del aborto espontáneo o inducido las mujeres deben esperar por lo menos seis meses antes de tener un nuevo embarazo, con el fin de reducir algunas complicaciones, como la anemia materna, rotura prematura de membranas (RPM), bajo peso al nacer, parto pretérmino en

el próximo embarazo (12,13). En la atención posaborto se debe realizar: 1. Tratamiento de emergencia de las complicaciones originadas por el aborto inducido o espontáneo. 2.- Asesoría y prestación de servicios de planificación familiar y de ser posible evaluación de las infecciones de transmisión sexual y consejería sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y solicitarles las pruebas de VIH. 3. Empoderamiento de las comunidades a través de actividades de concientización e insistir que es mejor prevenir el embarazo que abortar (5,7,11,13).

El número de abortos es elevado, sobre todo en los países en desarrollo y esto se debe a ciertas razones: 1. Desconocimiento de la mujer de la fisiología reproductiva, 2. Edad de las pacientes, son más frecuentes los embarazos en las adolescentes, 3. No acceso a planificación familiar, 4. Falta de métodos anticonceptivos, 5. Períodos intergenésicos muy cortos, 6. Situación económica, 7. Falta de autonomía de las mujeres para decidir sobre su sexualidad y reproducción, 8. Violencia sexual (1-5).

A la mujer se le debe informar que la fertilidad se restablece dentro de las 2 primeras semanas posteriores a un aborto del primer trimestre y 4 semanas posteriores a un aborto del segundo trimestre. Se le indica no tener sexo hasta que cese el sangrado, que generalmente es entre 5 y 7 días, para evitar infecciones y si ha tenido infección hasta que esté sana. Si desea nuevo embarazo se le debe informar que debe esperar por lo menos 6 meses (13).

Anticonceptivos recomendados posaborto

La variedad de métodos anticonceptivos que puede elegir es amplia. Van desde los métodos basados en los conocimientos de la fertilidad, llamados también anticoncepción natural, planificación natural, como el método del ritmo, de los días fijos, aceptados por la Iglesia Católica, hasta los métodos de barrera, hormonales e intrauterinos. Cada uno de ellos tiene ventajas y desventajas. Actualmente la balanza se inclina hacia aquellos métodos de larga duración (LARC), en los que se elimina el factor humano (1,2).

Anticonceptivos hormonales

- Anticonceptivos orales combinados (AOC), parche, anillo vaginal, anticonceptivos combinados inyectables (AIC).
- Anticonceptivos con progestágeno solo. Se incluyen los anticonceptivos orales (AOPS) y los inyectables (AIPS).
- Dispositivos intrauterinos: dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) y dispositivo con levonorgestrel (DIU-LNG).

Anticoncepción de emergencia

Se usan cuatro métodos: a) dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu), b) píldoras con acetato de ulipristal (PAE-AUP), c) píldoras con levonorgestrel (PAE-LNG), d) píldoras combinadas progestágeno y estradiol (método Yuzpe).

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: a) método del calendario (ritmo), b) método de secreción cervical y c) temperatura basal, después de la primera menstruación pos-aborto.

Esterilización femenina

Anticonceptivos hormonales combinados: anticonceptivos orales, parche, anillo vaginal. Se pueden usar inmediatamente después del aborto en casi todas las mujeres, se debe consultar los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

Los anticonceptivos orales contienen dos hormonas: un estrógeno $\leq 0,35 \mu\text{g}$ y un progestágeno (dosis bajas). Se les conoce como píldoras, pastillas anticonceptivas. Se toman en consideración dos productos. Uno contiene 25 mg de acetato de medroxi progesterona más 5 mg de estradiol y otro contiene 50 mg de enantato de noretisterona más 5 mg de estradiol. Se pueden administrar inmediatamente después del aborto, las siguientes dosis, deben administrarse cada 4 semanas. Los efectos secundarios de los AHC son: cefalea, náuseas, mareos, sensibilidad mamaria, que van disminuyendo con el tiempo. Tienen la ventaja de no intervenir con la relación, disminuir la dismenorrea, disminuyen el sangrado

menstrual y protegen contra las infecciones pelvianas.

Anticonceptivos de progestágeno solo (APS), incluyen: a) los implantes subdérmicos b) los inyectables con progestágenos solo (AIPS) y c) los anticonceptivos orales (AOPS). Los implantes con progestágeno solo, son anticonceptivos de acción prolongada y seguros, ya que su eficacia no depende de la usuaria, es sencillo de colocar y son reversibles. Actualmente los hay de dos varillas con 75 mg de LNG ambos. La duración de su acción es entre 4-5 años y está relacionado con el peso de la usuaria, si pesan menos de 80 kg, la acción puede prolongarse más. Su inserción es subdérmica y pueden ser utilizados por las adolescentes tanto posparto como posaborto. Los que contienen etonogestrel (ETG) tienen una sola varilla que contiene 65 mg de la hormona, su duración es entre 3-4 años. Se colocan en la parte superior del brazo no dominante de la usuaria. Las mujeres lo prefieren por: ser seguros y de larga duración, no interfieren con el sexo, y los efectos secundarios como el sangrado, cefalea, dolor abdominal, acné, sensibilidad en las mamas y cambio de peso van disminuyendo con el tiempo de uso, generalmente entre seis meses y un año.

Los inyectables con progestágenos solo (AIPS) son: acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y el enantato de noretisterona (EN-NET). El AMPD incluye el intramuscular (AMPD-IM) y el subcutáneo (AMPD-SC). El AMPD-IM tiene 150 mg de AMP, se administra por vía intramuscular (IM) y el AMPD-SC tiene 104 mg y se administra por vía subcutánea. Se repite la inyección cada 3 meses, se puede retrasar hasta 2 semanas. El EN-NET contiene 200 mg y se usa por vía IM en brazos o muslos. El intervalo para las inyecciones es de 2 meses.

Anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS). Contienen solo progesterona, se administran inmediatamente después del aborto y se les indica regresar a la consulta a los tres meses.

Anticonceptivos de emergencia. Es el uso de fórmulas hormonales o dispositivos intrauterinos, por cualquier mujer en edad reproductiva que haya tenido una relación sexual sin protección y que no desee el embarazo. Los métodos más usados son: a) acetato de ulipristal (PAE-AUP), comprimidos de 30 mg; b) progestina sola (PAE-

LNG) dosis única 150 mg o dividida en 75 mg de LNG, se toman el mismo día del coito o hasta 5 días después de la relación, puede tomarse una sola pastilla de 1,5 mg, o ingerir 0,75 mg y a las 12 horas la otra pastilla; c) combinación de estrógenos y progestágeno, dosis dividida de 100 mg de etinil estradiol más 0,50 mg de LNG, 12 horas después, se le conocía como método de Yuzpe, d) DIU liberador de cobre.

Mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales

Se evaluaron los efectos en los procesos previos a la fecundación: ovulación y migración espermática o si hay interferencia con los posteriores a la fecundación como cambios en la calidad del endometrio (14,15). Los mecanismos son: a) impiden o retrasan el proceso de ovulación, b) cambios en el moco cervical, c) alteran el transporte y vitalidad de los espermatozoides, d) no interrumpen el embarazo establecido.

Impiden o retardan la ovulación. El LNG solo o combinado con estrógeno, si se administra antes de la ovulación (fase folicular), interfieren con el proceso ovulatorio, inhibiendo el pico pre-ovulatorio de la hormona luteinizante (LH), impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y o la liberación del óvulo (14,15).

Cambios en el moco cervical. Pueden interferir con la motilidad espermática, porque el moco cervical se hace más espeso, grueso y hostil con moléculas entrecruzadas, lo que impide el proceso de migración de los espermatozoides, que es lo contrario de lo que sucede en la ovulación, donde el moco es transparente, elástico, abundante y las moléculas se disponen en paralelo, formando como túneles, lo que facilita la migración de los espermatozoides al óvulo.

Alteran el transporte y motilidad de los espermatozoides.

Cuando ocurre el coito, los espermatozoides migran del cuello uterino en dos fases: una rápida y breve y llegan a las trompas y una sostenida, por la cual los espermatozoides almacenados en las criptas de las glándulas endocervicales, en donde pasan por el proceso de capacitación, que se complementa en el resto del tracto genital reproductivo. Esto los capacita para fecundar

al óvulo y puede durar pocas horas o días. Este proceso puede ser alterado por el LNG.

El LNG aumenta la producción de glicodelina-A, sustancia que se segrega en el endometrio y que dificulta la unión del espermatozoide con la zona pelúcida del ovocito. También produce aumento del pH del fluido uterino, lo que inmoviliza a los espermatozoides (15-17).

Durand y col. (16) descartaron las alteraciones en varias moléculas que intervienen en el proceso de implantación, tales como las integrinas $\alpha 1$, $\alpha 4$, $\beta 1$, $\beta 3$, $\alpha \beta 3$ mucina y factores de crecimiento epidermal. La subunidad $\beta 3$ de la integrina, es una de las moléculas más importantes producidas por el endometrio para que se produzca el proceso de nidación del ovulo fecundado. No interrumpen un embarazo en evolución.

La AE no tiene efecto sobre el endometrio para producir cambios histológicos, lo cual ratifica lo dicho anteriormente que no impiden la implantación del huevo fecundado en el endometrio.

Por tanto, si la mujer tomó AE en un momento de su ciclo menstrual en que pueda interferir con la ovulación y el transporte de espermatozoides, impide la fecundación; mientras más cerca de la ovulación los AE tienen menos posibilidad de detenerla y por consiguiente hay falla del método (14-17).

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Son métodos de acción prolongada y reversible. Se están usando los DIU de cobre (DIU-Cu) y los DIU con levonorgestrel (DIU-LNG). La mayoría de las mujeres pueden usar los DIU, incluyendo las adolescentes y nulíparas, salvo que tengan una infección, es necesario consultar los criterios médicos de elegibilidad para el uso de los anticonceptivos. Recordarles a las usuarias que no protegen contra las ITS (1,18).

Los DIU-Cu y los DIU-LNG se pueden insertar inmediatamente después de un aborto del primero o segundo trimestre; no después de un aborto séptico. Los DIU-Cu protegen hasta 12 años. La tasa de expulsión es de 8 % si se colocan dentro de los 10 minutos posexpulsión de la placenta. Antes de insertarlo hacer un examen

ginecológico, de hemoglobina, tensión arterial y evaluar los riesgos de ITS.

Mecanismo de acción. Afectan la motilidad y la supervivencia de los espermatozoides y de esta manera previene la fertilización; sobre el endometrio producen una reacción inflamatoria, que estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas, que actúan simultáneamente en el cuello uterino, endometrio y trompas e impiden que el espermatozoide fertilice al óvulo. De otra parte, en aquellos que contienen cobre este último tiene efectos espermicidas; y los que contienen LNG producen además cambios en el moco cervical (14).

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Requieren la cooperación de la pareja, la cual debe comprometerse a la abstinencia o a usar otro método durante los días fértiles. Conocimiento de la fertilidad significa que la mujer debe darse cuenta cuando empieza y termina el período fértil de un ciclo menstrual. Los días fértiles del ciclo menstrual en la mujer son el día de la ovulación y los cinco que la preceden y los espermatozoides depositados en el tracto genital femenino pueden fecundar hasta cinco días después del coito (1,2,17). Pueden ser usados por todas las mujeres y no tienen ningún efecto secundario. Se le conoce también como abstinencia periódica o planificación familiar natural. La mujer puede usar varias maneras, solas o combinadas para saber cuándo comienza y termina el período fértil. Por:

- Cálculo del calendario, se relaciona con la duración de los ciclos menstruales.
- Secreciones cervicales, cuando ve o siente secreciones cervicales o siente humedad, puede estar en el período fértil.
- Temperatura corporal basal. Aumenta ligeramente cerca del momento de la ovulación.
- Características del cuello uterino. La apertura del cuello se siente, más blanda, húmeda y abierta.

Mecanismo de acción. La pareja evita el embarazo, cambiando sus hábitos sexuales

durante los días fértiles de las siguientes maneras:

- a) Abstenerse de tener relaciones sexuales durante los días fértiles (abstinencia). Para utilizar este método, la mujer debe anotar la duración de sus ciclos menstruales por lo menos 6 meses antes del inicio.
- b) Observar la calidad y la cantidad de las secreciones cervicales. En tal sentido, se debe evitar el coito cuando sienta humedad en la abertura de la vagina, en su ropa interior u observa en el papel higiénico un moco filante. Cuando no tenga secreción vaginal, puede tener relación sexual. Su utilidad es limitada en mujeres con leucorrea.
- c) Medida de la temperatura basal. Se basa en el ascenso de 0,2 - 0,5 °C que muestra la temperatura basal días previos a la ovulación. Para ello la mujer debe tomar su temperatura basal todos los días a la misma hora en las mañanas antes de levantarse. Después de este evento, puede tener relaciones sexuales por los siguientes 10-12 días hasta que comience la menstruación.
- d) Método del calendario (ritmo). La mujer resta 18 al número de días de duración más corto del ciclo menstrual y este el primer día del período fértil y restarle 11 al ciclo más largo, este es el último día fértil. Durante este período la pareja evita el sexo (1,2).
- e) Método de los días fijos (MDF). Si la mayoría de los ciclos menstruales tienen entre 26 y 32 días de duración, la mujer puede utilizar el MDF. La mujer lleva la cuenta de los días fijos, contando el primer día de la menstruación como el día primero. Evitar tener relaciones sexuales los días 8 al 19, puede tener sexo los días 1-7 y a partir del 20 hasta comenzar la próxima menstruación. Se le considera una variación del método del ritmo.

Eficacia de los métodos

En principio se seleccionan los métodos por la eficacia del método para prevenir el embarazo no planificado ni deseado, pero también la facilidad de cómo se use el método anticonceptivo.

El porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso de la anticoncepción se observa en el Cuadro 2.

Cuadro 2

Porcentaje de embarazos durante el primer año de uso de los métodos anticonceptivos

Método	Uso correcto	Continuidad del método al año (%)
Sin método	85,0	-
Anticonceptivo oral combinado y progesterona sola	0,3	67
Implantes	0,05	84
DIU-Cu	0,6	78
DIU-LNG	0,2	80
Basado en el conocimiento de la fertilidad	24,0	47
M. días fijos	5,0	-
M. dos días	4,0	-
M. ovulación	3,0	-
M. sintotérmico	0,4	-

M: método

Los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) (20) incluye la T de cobre 380 A, la hormonal (DIU-LNG), el implante subdérmico; se considera que estos métodos son más eficaces que las píldoras anticonceptivas pues se elimina el factor que implica la falla de la usuaria, son independientes del coito, no requieren visitas frecuentes al médico, tienen pocas contraindicaciones, cuando cesa su uso se recupera rápidamente la ovulación y los pueden utilizar las adolescentes. El parche transdérmico y el anillo vaginal gozan de algunas de estas ventajas, sin embargo, son de administración cíclica.

Durante el ejercicio profesional pueden presentarse situaciones en que se recomiende la interrupción del embarazo, en los cuales no solo el médico sino otros integrantes del equipo de salud, como la enfermera no estén de acuerdo en realizar dicho procedimiento. En estos casos los profesionales pueden hacer uso del llamado objeción de conciencia, lo cual es la oposición al cumplimiento de un acto médico, por razones éticas morales y/o religiosas (20,21). La objeción de conciencia es un derecho humano, establecido

desde 1948 en la Declaración Universal de Derechos Humanos (22).

En conclusión, prevenir el embarazo es mejor que recurrir a un aborto. La anticoncepción es la mejor forma de evitar embarazos no deseados/ no planificados y con ello la disminución de la tasa de aborto, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal. El aborto, así sea realizado en centros hospitalarios, con normas de asepsia y seguridad, tiene riesgos y complicaciones que pueden dejar en la mujer, secuelas durante toda la vida, además de ser un procedimiento que genera conflictos éticos, morales, sociales y religiosos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins Centro para Programas de Comunicación Proyecto de Conocimientos sobre la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Oficina para la Salud Mundial Oficina de Población y Salud Reproductiva. Planificación Familiar Un manual mundial para proveedores 2011. Consultado el 3 de septiembre de 2019. Disponible en www.fphandbook.org.
2. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva. Recomendaciones sobre prácticas relacionadas con el uso de anticonceptivos. 3ª edición 2018. Consultado el 3 de septiembre de 2019. Disponible en [file:///C:/Users/Judith%20Toro%20Merlo/Downloads/9789243565408-spa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Judith%20Toro%20Merlo/Downloads/9789243565408-spa%20(1).pdf).
3. Castro SR. Iniciativa FIGO de prevención del aborto inseguro: visión desde el ministerio de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009;74(2):73-76.
4. Faúndes A, Zaidi S. Prevention of unsafe abortion: analysis of the current situation and the task ahead. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110:S38-S42.
5. Family Planning High Impact Practice. Planificación familiar pos-aborto: Fortaleciendo el componente de planificación familiar de la atención pos-aborto. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificacion-familiar-post-aborto/>.
6. Díaz S. Anticoncepción pos-parto. Federación Internacional de Planificación Familiar (ICMER) 2017. Consultado el 1 de septiembre de 2019. Disponible en https://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/ANTICONCEPCION_POSPARTO_2017.pdf.
7. Gómez SI, Urquijo LE, Villareal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011;62:24-35.
8. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Rev Panam Salud Pública.* 2015;37(4/5):351-359.
9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Norma Oficial para la atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 2ª edición. Caracas: Impresos Nuevo Mundo CA; 2013. Consultado el 1 de septiembre de 2019. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf.
10. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Ginebra 2015. Consultado el 1 de septiembre de 2019. Disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/#..
11. Benites ME. La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. *Novedades en Población. CEDEM.* 2014:87-104.
12. World Health Organization. Report of WHO. Technical consultation on birth spacing. Geneva 2007. Consultado el 10 de agosto de 2019. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing05/en/.
13. Rustein SO. Effects of preceding birth interval on neonatal infant and nutritional status in developing countries. Evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89(Suppl 1):S7-S24.
14. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Posicionamiento sobre los Mecanismos de Acción de los Anticonceptivos de Emergencia octubre 2010, El Salvador. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010;70:286-292.
15. Toro Merlo J, González F, Mendoza A, Pérez MM, Pérez D'Gregorio R, Rosales P, et al. Situaciones especiales en obstetricia y ginecología. En: Bajares de Lillue M, Pizzi R, editores. Consenso de Anticoncepción hormonal 2013. Caracas: Editorial Ateproca; 2013.p.41-52.
16. Durand M, Cravioto MC, Rodríguez C, Larrea F. Expulsión endometrial de genes y proteínas reguladas por la progesterona posterior a la administración aguda de levonorgestrel. *Rev Invest Clin.* 2004;56:550-555.
17. Wilcox AJ, Weimber CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby. *N Engl J Med.* 1995;333:1117-1124.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR FRENTE AL ABORTO

18. Makins A, Arulkumarans S. Institutionalization of postpartum intrauterine devices, Editorial. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(Suppl 1):1-3.
19. The American College Obstetricians and Gynecologist (ACOG) Patient Education. Los anticonceptivos reversibles de larga duración. SP 184. Consultado 15 de septiembre de 2019. Disponible en:[http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Los anticonceptivos reversibles de larga duración](http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Los%20anticonceptivos%20reversibles%20de%20larga%20duraci3n).
20. Pérez D' Gregorio R. Objeción de Conciencia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012;72:73-76.
21. Uzcátegui O. Derechos del no nacido. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2013;73:77-79.
22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas 1948. Consultado el 4 de diciembre de 2019. Disponible en:<http://www.un.org/es/documents/udhr/>.