
UNIDAD 6 - REPRODUCCIÓN PROGRAMADA

*Gladys Ponte, Mónica Ñañez, Susana Risso, Victoria Duwavran,
Juan C. Clavijo*

CONTROL DE LA FERTILIDAD

*PROBLEMÁTICA MÉDICO SOCIAL DEL EMBARAZO NO PROGRAMADO Y DEL
ABORTO PROVOCADO. ROL DEL MÉDICO*

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

SEXUALIDAD

*FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA. ROL DEL
GINECÓLOGO EN LA CONSULTA CENTRADA EN ESTAS DISFUNCIONES*

CONTROL DE LA FERTILIDAD PROBLEMÁTICA MÉDICO SOCIAL DEL EMBARAZO NO PROGRAMADO Y DEL ABORTO PROVOCADO. ROL DEL MÉDICO.

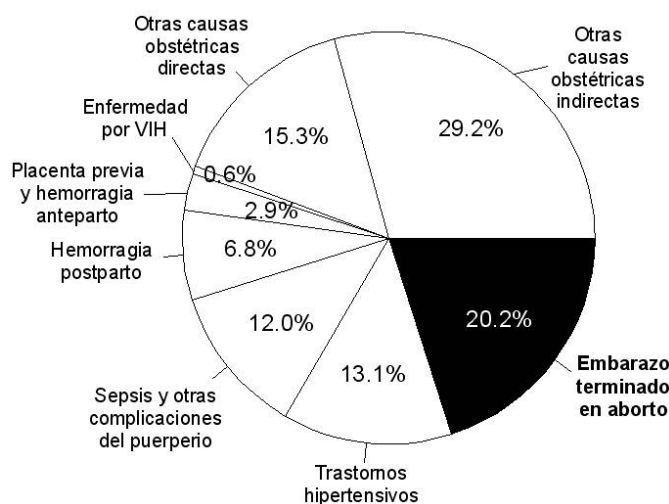
PROBLEMÁTICA MEDICO SOCIAL DEL EMBARAZO NO PROGRAMADO Y DEL ABORTO PROVOCADO

ABORTO INSEGURO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al aborto inseguro como la terminación del embarazo realizado por personal no calificado ni entrenado para realizar el procedimiento de forma segura, o en un lugar que no presenta las condiciones médicas mínimas, o ambas condiciones. Constituye un problema de salud pública porque sus complicaciones representan el 13% del total de muertes maternas, mientras que los abortos seguros representan sólo el 0,6% x 100.000 procedimientos. El riesgo de muerte por aborto inseguro está en relación inversa al nivel de desarrollo de las áreas geográficas.

Las principales complicaciones del aborto inseguro incluyen hemorragia, infecciones del aparato genital, peritonitis y septicemia. Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro, desarrollan una incapacidad temporal o permanente que requiere atención médica. El tratamiento de las complicaciones médicas del aborto inseguro, imponen una significativa carga económica a los sistemas de Salud Pública.

En Argentina se estima que anualmente se producen 460.000 abortos. De estas mujeres, 60.000 deben ser internadas en instituciones de complejidad debido a las complicaciones de los abortos inseguros. La razón de mortalidad materna informada por el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina para el año 2012, fue de 35 por



100.000 nacidos vivos. La mortalidad materna por aborto inseguro representó la principal causa (figura 6.1).

Figura 6.1: causas de mortalidad materna en Argentina – Ministerio de Salud - Argentina, 2012.

La estrategia recomendada para disminuir los impactos del aborto inseguro es la reducción del número de embarazos no deseados por medio de consejería, información y servicios de planificación familiar, y garantizar que los servicios de salud tengan la capacidad de atender las complicaciones de los abortos inseguros.

Los importantes avances en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MACs) han producido una reducción de la cantidad de embarazos no planificados, pero no han eliminado la necesidad de acceder a un aborto inseguro, ya que se estima que 33 millones de usuarias de MACs tendrán un embarazo accidental cada año, que finalizan como abortos provocados. Aproximadamente, 215 millones de mujeres en el mundo en desarrollo tienen necesidades insatisfechas de MACs, lo que significa que desean evitar el embarazo pero están usando métodos de planificación familiar tradicionales de baja eficacia o no están usando método alguno. Por lo tanto, responder a la necesidad insatisfecha de planificación familiar resulta una intervención eficaz para reducir el embarazo no deseado y el aborto provocado. Sin embargo, el uso exclusivo de MACs no logra eliminar la necesidad de las mujeres de acceder a servicios para un aborto sin riesgos. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad y la decisión de una mujer de producirse un aborto, pero mejora significativamente el acceso a un aborto sin riesgos.

En el año 2012 la Organización Mundial de la Salud informó que cada año 208 millones de mujeres quedan embarazadas. Entre ellas, el 59 % tiene un embarazo planificado (o deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41% restante de los embarazos no son planificados.

EL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna (MM) es la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la terminación del mismo, independiente de su duración y localización, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se expresa como *Razón de MM*, que se define como el número de muertes maternas en un período dado, dividido por el número de nacidos vivos en ese mismo período. La MM es un indicador sensible de la calidad y accesibilidad a los servicios de salud, especialmente los de ginecología y obstetricia y de la eficiencia de los programas de salud sexual y reproductiva (SSyR).

En el mundo, la MM es la principal causa de muerte de mujeres y niñas en edad reproductiva, siendo la mayoría de ellas prevenibles, representando su control un desafío para la salud, el desarrollo y los derechos humanos. La OMS estima que más

de 1.500 mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y del parto. Esto requiere de acciones de promoción y protección efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos planificados y no planificados ha disminuido significativamente en los últimos años, al igual que las muertes maternas. Los factores principales que han contribuido a la disminución de la MM en varias regiones del mundo han sido el mejoramiento de los sistemas de salud y el aumento de la escolaridad de las mujeres. No obstante, permanecen marcadas diferencias en la razón de MM entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, siendo en los segundos 15 veces mayor en comparación con los primeros. En Argentina, la MM se ha amesetado, sin registrarse variaciones significativas en los últimos 20 años. El Ministerio de Salud de la Argentina, ha implementado un Plan Nacional para la Salud Reproductiva, con los siguientes objetivos generales:

- La reducción de la mortalidad infantil, en sus componentes neonatal y posneonatal.
- La reducción de la mortalidad materna por todas sus causas, específicamente la producida por el embarazo y el aborto adolescente.
- La disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En los años 1994 y 1995, se realizaron dos eventos mundiales, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y la Conferencia Internacional de la Mujer respectivamente, en las que se definió el concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y se precisaron los Derechos Sexuales y Reproductivos.

La SSyR se definió como “Un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor , sus funciones y sus procesos. Es la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras sin temor de infecciones ni de tener 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”.

Los derechos proclamados, que forman parte de los derechos humanos, son:

- La vida y la libertad individual.
- La libertad de pensamiento, de conciencia y religión.
- Formar una familia y tener hijos o no tenerlos.
- El cuidado de la salud.
- Acceder a la información y a la educación.
- La privacidad y la confidencialidad.
- Acceder a los beneficios del progreso científico.

En el año 2000, las Naciones Unidas convocaron a otra conferencia ecuménica en Nueva York, en la que se definieron los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), para cumplirlos en los primeros 15 años del siglo XXI. Los principales ODM fueron:

- Erradicar la pobreza extrema.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los géneros.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Reducir la mortalidad materna.
- Combatir el VIH SIDA y otras enfermedades infecciosas.
- Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

El 5° ODM establece como meta la disminución de la MM en dos terceras partes (75%), alcanzar el acceso universal a la SSyR y ofrecer servicios de salud de la mayor calidad posible.

Luego de acordados los ODM en el año 2000, la MM disminuyó considerablemente en el año 2010, comparativamente con 1990, aunque algunos países aún están lejos de alcanzar el objetivo. Los datos de Argentina del año 2011 (figura 6.2), no permitirán alcanzar el ODM de reducir de 40 a 13 la razón de MM para el año 2015, no obstante estar entre los países latinoamericanos con mayor prevalencia en el uso de MACs modernos (figura 6.3).

Comparativamente, en Latinoamérica, Argentina tiene una de las tasas de MM más bajas, solo superada por Uruguay y Chile (figura 6.4).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto un Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna para aplicar en los países que no han logrado los resultados esperados. Estas acciones son:

- Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.
- Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de la salud.
- Recursos humanos calificados.

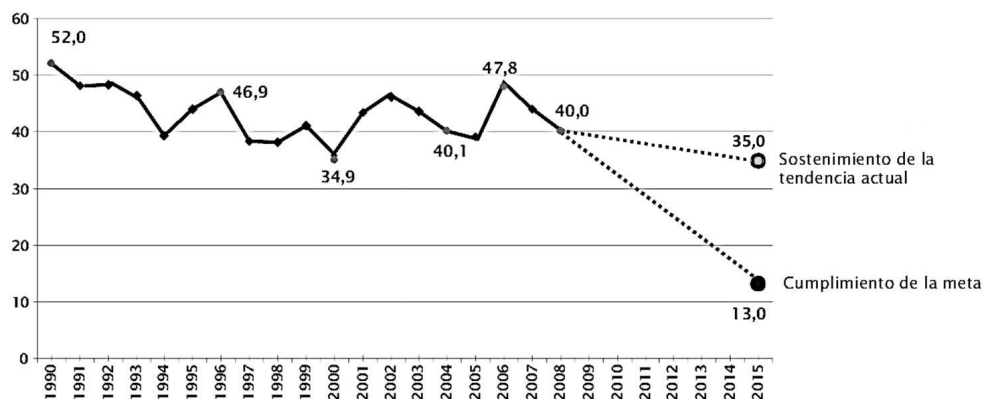


Figura 6.2: evolución de la razón de mortalidad materna. Argentina, 1990-2015.

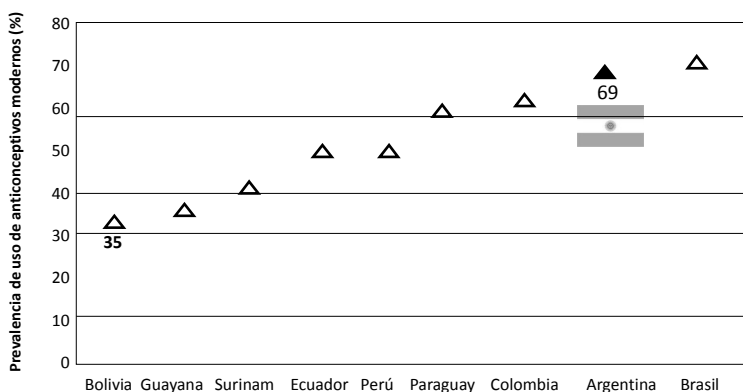


Figura 6.3: prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en países de América del Sur. OMS 2008

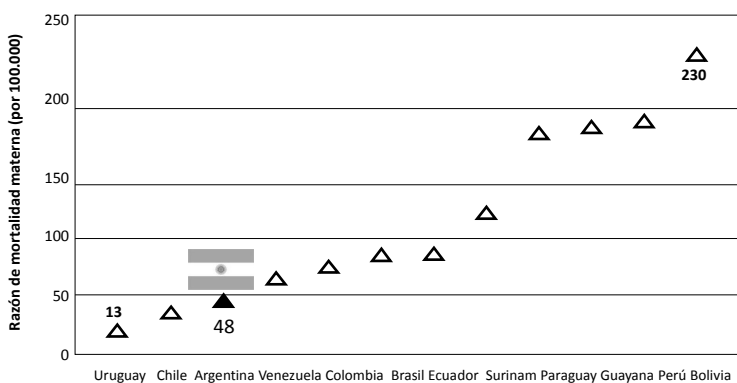


Figura 6.4: razón de mortalidad materna en países de América del Sur. OPS 2007.

En el año 2002, el Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan, expresó: “No se podrán alcanzar los ODM a menos que se aborden decididamente las cuestiones de la salud reproductiva”.

Los principales desafíos en SSyR que deben superar los sistemas de salud de los países son:

- Niveles elevados de mortalidad materna con alto porcentaje de causas evitables.
- Elevada participación de complicaciones de abortos inseguros en la mortalidad materna.
- Fecundidad adolescente persistentemente alta.
- Inequidad en el acceso a métodos anticonceptivos y falta de garantías en la provisión de insumos.
- Falta de información sobre prevalencia e impacto de la infecciones de transmisión sexual en la infertilidad.
- Falta de programas de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad en la salud pública.
- Judicialización de las políticas públicas sobre SSyR.
- Incumplimiento de las normas vigentes sobre aborto no punible.
- Elevada objeción de conciencia en el equipo de salud.
- Brecha entre el conocimiento disponible y el diseño de políticas y prácticas asistenciales.

ROL DEL MÉDICO Y DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ATENCIÓN MÉDICA DEL ABORTO

En el año 2005, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en el marco del *Plan Federal de Salud*, editó la *Guía para el Mejoramiento de la Atención Post-Aborto*, que pretende acercar a los profesionales de la salud, instrumentos que les permitan ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención del aborto y poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas, evitando de ese modo los abortos inseguros.

La guía recomienda que, al momento de recibir a una mujer con una complicación de aborto, el equipo de salud debe iniciar la prestación de servicios con información y orientación. El trato entre la mujer y el personal de salud debe estar estimulado por una comunicación abierta, asegurando confidencialidad y privacidad, manteniendo siempre un trato humanizado y respetuoso hacia la mujer.

El tratamiento de la emergencia hemorrágica y sus eventuales complicaciones deben resolverse mediante las técnicas de aspiración manual endouterina (AMEU) o el raspado uterino instrumental con anestesia local o general. En la Unidad 5 se aborda el manejo médico del aborto espontáneo.

CONSEJERÍA

La Consejería en SS y R es considerada una estrategia central de promoción y prevención, a los efectos de ayudar a las personas a decidir qué es lo mejor para su situación particular, propiciando el desarrollo de la confianza en sí mismos en el marco de su autonomía. Es un espacio y una oportunidad para que los sistemas de salud en sus diferentes niveles, garanticen los derechos sexuales y reproductivos de la población, con el objetivo de reducir la necesidad insatisfecha de MACs, como forma efectiva de prevenir los embarazos no planificados y los abortos inseguros.

ABORTO NO PUNIBLE

El artículo 86 del Código Penal Argentino establece dos excepciones en las que el aborto no es punible:

- Si el aborto se ha hecho con el fin de evitar el peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
- Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

Con frecuencia, los profesionales médicos exigen una autorización judicial para proceder a interrumpir el embarazo, aún cuando está incluido en las situaciones previstas en el Código Penal. En virtud de los obstáculos en el cumplimiento del artículo 86 mencionado, la Corte Suprema de Justicia de la República Argentina dicta una acordada en marzo de 2012, a fin de ofrecer a los profesionales de la salud y a la justicia, la correcta interpretación de ese artículo: *“el aborto practicado por un médico diplomado, con el consentimiento de la mujer embarazada, no es punible si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor provocado en una mujer con discapacidad mental”*.

En su sentencia, la Corte Suprema establece que no puede impedirse a estas víctimas ejercer su derecho a interrumpir el embarazo, conforme lo autoriza el Código Penal en esta clase de casos, y debe brindarse la práctica en forma inmediata y expeditiva, con una asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, síquica, sexual y reproductiva. La Corte Suprema afirmó que no se requiere autorización judicial ni denuncia policial previa para acceder al aborto en estos casos y exhortó al Estado Nacional y a los Estados Provinciales a que sancionen protocolos que regulen el efectivo acceso a los abortos no punibles.

Como consecuencia de este fallo, el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud provinciales señalaron la necesidad de garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los hospitales públicos, dando cumplimiento a lo estipulado en el código penal y se elaboró la Guía de Atención del Aborto no Punible, que está en vigencia desde el año 2010 en el sitio de internet del Ministerio de Salud de la Nación, actualizada con los criterios de la OMS.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Los métodos anticonceptivos (MAC), son aquellos tendientes a evitar la aparición de un embarazo no programado, en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.

Según la OMS, la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre los embarazos. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. Ejercer la planificación familiar conduce a una PROCREACIÓN RESPONSABLE. Los MAC se clasifican en:

- Naturales.
- Químicos.
- De barrera y físicos.
- Quirúrgicos.
- Hormonales.
- Anticoncepción de emergencia.

MÉTODOS NATURALES

Los métodos naturales se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual, en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos. Estos métodos son:

- Abstinencia periódica.
- Billings o del moco cervical.
- Sintotérmico.
- Coito interrumpido.

ABSTINENCIA PERIÓDICA

El método de la abstinencia periódica, del ritmo, de Ogino y Knaus o del calendario, como todos los métodos naturales, se basa en que la mujer identifique su

período fértil y se abstenga de tener relaciones sexuales en esos días. Para ello es fundamental que identifique el día que ovula. En este método, el día de la ovulación se calcula mediante una fórmula basada en el comportamiento de las menstruaciones durante varios meses. Si repetitivamente transcurren 28 días entre una y otra menstruación, la paciente ovula el día 14° de su ciclo y debe suponerse que el período de fertilidad se extiende desde 7 días antes de la ovulación hasta 3 días después de la misma. Es decir que, para evitar el embarazo, la mujer no debería tener relaciones desde el 7° hasta el 17° día del ciclo.

Ventajas

- Método aceptado y promulgado por la Iglesia Católica, por lo tanto ideal para todas aquellas parejas que por sus creencias religiosas no deseen realizar otra práctica anticonceptiva.

Desventajas

- El ciclo debe ser perfectamente regular, pero el mismo puede estar modificado por estrés, emociones, incremento o pérdida excesiva de peso.
- Necesita de la participación y comunicación de ambos miembros de la pareja.
- Dado que el espermatozoide puede llegar a vivir hasta 7 días en el tracto genital de la mujer, esto condiciona una alta tasa de fallas.

BILLINGS O DEL MOCO CERVICAL

Se denomina Billings en referencia al apellido del investigador que lo describió. Se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo menstrual, que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos a la ovulación. La mujer debe aprender a reconocer esos cambios en la calidad y cantidad del moco cervical, para lo cual debe ser instruida por el médico o personal paramédico (figura 6.5). La abstinencia tiene que comenzar el primer día en que aparece el moco abundante como “clara de huevo” y continuar hasta el 4° día después de estas características. Su eficacia es mayor cuando se asocia con el método de la abstinencia periódica.



Figura 6.5: orificio cervical externo del cuello del útero que muestra moco cervical de características preovulatorias.

Ventajas

- Son similares a las de la abstinencia periódica.

Desventajas

- La mujer puede confundir los cambios del moco cervical con secreciones inflamatorias.

SINTOTÉRMICO O DE LA TEMPERATURA BASAL

Basado en el ascenso de la temperatura basal después de la ovulación por acción de la progesterona sobre el centro termorregulador ubicado en el sistema nervioso central, durante la fase lútea (figura 6.6). Para mejorar su eficacia, se recomienda asociarlo a los dos anteriores. Las ventajas y las desventajas son similares a la abstinencia periódica y al Billings.

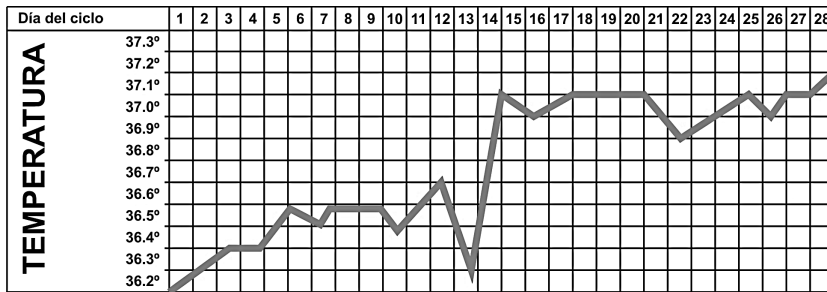


Figura 6.6: curva de temperatura basal bifásica ovulatoria.

COITO INTERRUPTO

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. Un factor de falla del método se debe a que, en el extremo del pene en erección, existe líquido de preeyaculación (rico en espermatozoides) y ante un mínimo movimiento puede depositarse en la vagina y producir un embarazo si la mujer está en época fértil. Necesita de la comunicación y participación de los dos miembros de la pareja.

Desventajas

- Tiene alto porcentaje de falla.
- Puede producir disfuncionales coitales en la pareja.

MÉTODOS QUÍMICOS

Tienen como ingrediente activo sustancias surfactantes como: nonoxinol, octoxinol, mefengol y cloruro de benzalconio. Ejercen su efecto dañando la membrana celular de los espermatozoides lo que disminuye su movilidad, impidiendo el ascenso de los mismos a través del tracto genital femenino y por lo tanto su capacidad de fecundar al óvulo. Están disponibles en óvulos, aerosoles (espumas), cremas, tabletas

vaginales, supositorios, esponjas, o películas vaginales disolubles. Se deben colocar en vagina entre 5 a 30 minutos antes de la relación sexual y se deben prohibir las duchas vaginales hasta 6 horas después del coito.

Ventajas

- Fáciles de usar y de bajo costo.
- No requieren receta médica para su adquisición.
- No requieren adiestramiento para su uso.
- Son apropiados para mujeres que tienen relaciones sexuales ocasionales.
- Asociados a métodos de barrera incrementan su efectividad.

Desventajas

- El uso frecuente puede causar irritación vaginal.
- Cuando se usan solos no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.
- El uso frecuente puede causar cambios en el revestimiento epitelial de la vagina lo que aumenta el riesgo de contraer el VIH-Sida de una pareja infectada.

MÉTODOS DE BARRERA Y FÍSICOS

Estos incluyen:

- Diafragma
- Preservativos
- Dispositivo intrauterino

DIAFRAGMA

El diafragma es una hemiesfera de látex o silicona, que se ajusta dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. Se recomienda usarlo con un espermicida para optimizar su eficacia. El médico debe evaluar previamente el tamaño de la vagina y cuello uterino de la mujer para determinar el diámetro del diafragma y adaptarlo a cada paciente, ya que vienen de diferentes tamaños e instruir a las usuarias para un uso correcto (figuras 6.7 y 6.8). Se deben esperar 6 semanas después del parto para usarlo, ya que es el tiempo que necesitan el cuello y el cuerpo del útero para normalizar su tamaño. El diafragma debe permanecer en su sitio durante 6 horas después de haber tenido relaciones sexuales pero no más de 24 horas.

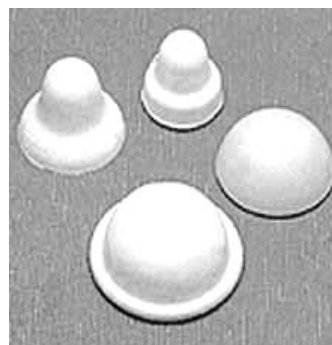


Figura 6.7: variedades de diafragmas.



Figura 6.8: modo de inserción del diafragma.

Ventajas

- Se puede usar durante la lactancia materna a partir de la sexta semana del parto.
- Se puede introducir durante un máximo de 2 horas antes de las relaciones sexuales.

Desventajas

- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- El uso del diafragma con espermicida puede aumentar el riesgo de contraer una infección de las vías urinarias.
- Un posible efecto secundario es la reacción alérgica al látex o al espermicida.

PRESERVATIVO

El preservativo o condón masculino es una capa protectora delgada de látex, que lo usa el hombre sobre el pene erecto (figura 6.9). Existe actualmente una nueva generación de preservativos sin látex, fabricados de poli-isopreno, un novedoso material sintético, que provee mayor naturalidad para ambos integrantes de la pareja.

El preservativo masculino es el método que ofrece la mejor protección contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-sida, por lo que debe ser siempre recomendado como método complementario (doble método) de los otros métodos anticonceptivos, en particular en las parejas de riesgo para estas infecciones, especialmente si son adolescentes.



Figura 6.9: preservativo masculino.

La mayoría de los fracasos ocurren como resultado del mal uso y no por falla del preservativo, por lo que debe instruirse para un uso correcto.

El preservativo femenino es un saco plástico y delgado que cubre la vagina. Se mantiene en su sitio mediante un anillo interno cerrado a la altura del cuello uterino y un anillo externo que se encuentra en la entrada de la vagina (figura 6.10 y 6.11). Se puede introducir hasta 8 horas antes del acto sexual y es poco eficaz en la protección contra las infecciones de transmisión sexual, aunque no ha sido aceptado ni difundido en la población femenina.



Figura 6.10: preservativo femenino.

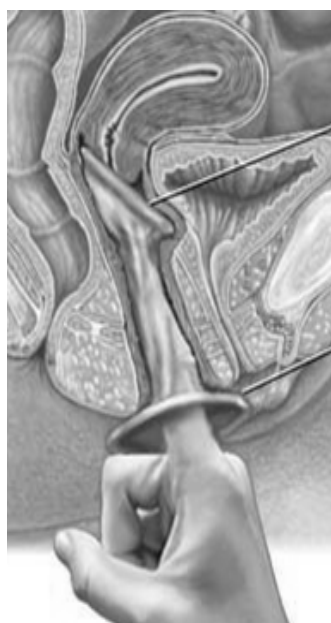


Figura 6.11: aplicación correcta del preservativo femenino.

Ventajas

- Aceptable eficacia anticonceptiva, que se puede incrementar asociando un espermicida y optimizando el uso correcto.
- Protección contra las infecciones de transmisión sexual del preservativo masculino.

Desventajas

- Baja aceptación, especialmente en las parejas jóvenes.
- Las fallas como anticonceptivo se deben a: 1) deficiente colocación, 2) ruptura del preservativo, 3) colocación tardía, con derrame de semen preeyaculación.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

La historia médico científica de los dispositivos intrauterinos (DIU) comienza en 1929 con el anillo de plata de Grafenberg, continúa en 1962 con los DIU de polietileno como el asa de Lippes y culmina en 1969 con los bioactivos con cobre y 1982 con el agregado de hormonas, que son los modelos más utilizados en la actualidad (figura 6.12).

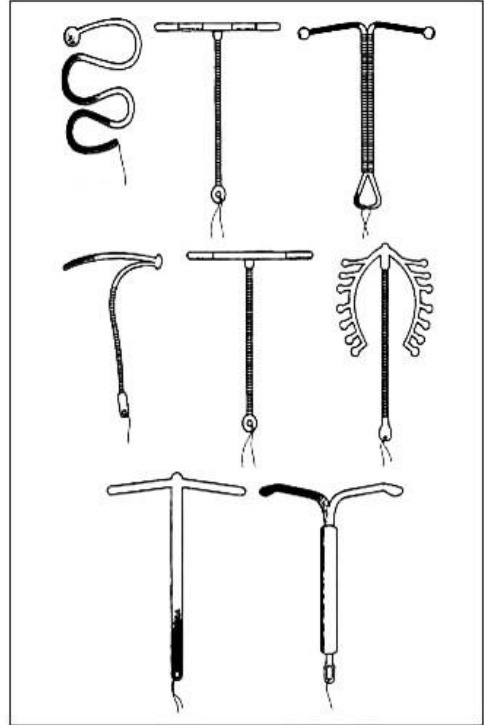


Figura 6.12: diferentes modelos de la evolución histórica de los DIUs.

Los DIUs actualmente en uso son todos bioactivos, compuestos por polietileno con el agregado de cobre o un gestágeno que, para el caso del disponible en Argentina, es el levonorgestrel (figura 6.13 y 6.14).

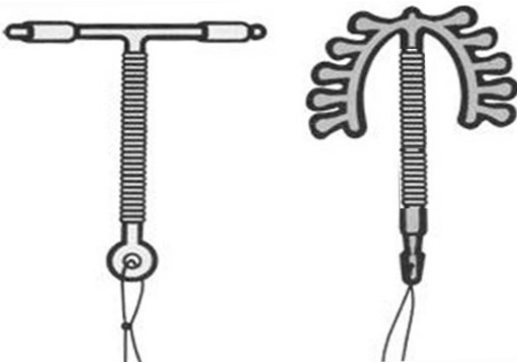


Figura 6.13: modelos de DIU con cobre.

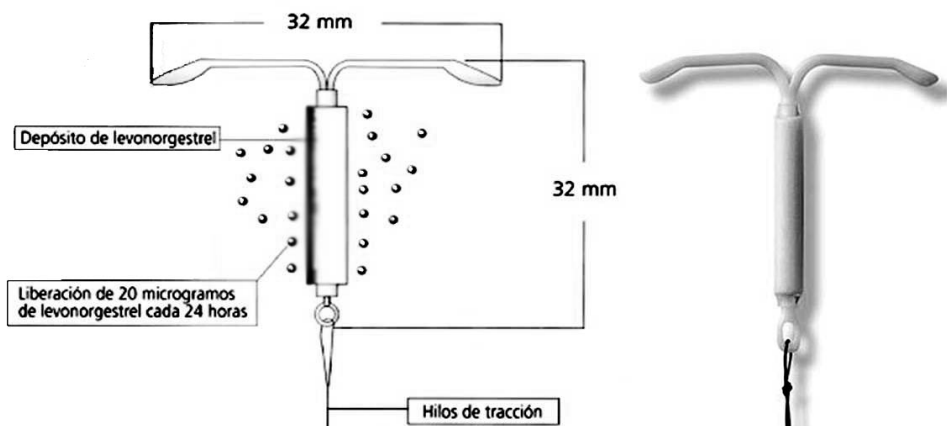


Figura 6.14: dispositivo con levonorgestrel.

La OMS recomienda que la usuaria ideal de DIU debería tener el siguiente perfil:

- Tener un hijo o más.
- Ser monogámica.
- No tener antecedentes de enfermedad inflamatoria pelviana ni de embarazo ectópico.
- Tener menstruaciones indoloras, regulares, sin sangrado abundante.
- Poder realizar controles ginecológicos periódicos.

Mecanismo de acción

Los DIU con cobre o con gestágenos impiden el ascenso de los espermatozoides, inmovilizándolos por una reacción química inducida por el cobre o por hostilidad del moco cervical inducida por el progestágeno. De esta manera, el mecanismo de acción es preconcepcional.

Contraindicaciones absolutas para la colocación de un DIU:

- Sospecha de embarazo.
- Enfermedad inflamatoria pelviana aguda.
- Sangrado vaginal sin diagnóstico etiológico.
- Patología oncológica del cuello o del cuerpo uterino.
- Malformaciones uterinas.
- Miomas que deformen la cavidad uterina.

Ventajas

- Mujeres que deseen anticoncepción prolongada de hasta 5 años.
- Alta eficacia y reversibilidad.

En el DIU con levonorgestrel se agrega:

- Reducción del sangrado y el dolor menstrual.
- Reducción del riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana y de embarazo ectópico comparativamente con los DIUs con cobre.
- Reduce la incidencia de miomas uterinos.

Desventajas

- Requiere intervención médica o del personal sanitario para su inserción y extracción.
- Requiere control médico periódico.
- Puede expulsarse espontáneamente en los primeros días posinserción, especialmente en mujeres multíparas, en el posparto y posaborto inmediato.
- Los DIUs con cobre aumentan el riesgo de infección inflamatoria pelviana y embarazo ectópico y aumentan la cantidad de sangre menstrual y la intensidad del dolor.
- Si se produce un embarazo con el DIU colocado, el mismo deberá ser retirado ya que puede inducir un aborto espontáneo.

QUIRÚRGICOS

Los dos métodos más empleados son la ligadura tubaria en la mujer y la vasectomía o ligadura de los conductos deferentes en el hombre. Ambos deben considerarse irreversibles y si un miembro de la pareja que ha realizado estos procedimientos desea un embarazo, deberá recurrir a tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad.

La ligadura tubaria se puede realizar por laparoscopia, o eventualmente por una laparotomía, durante una cesárea o por una minilaparotomía durante los 3 días posteriores a un parto por vía natural.

HORMONALES

Los métodos hormonales son los más utilizados en el mundo, en paralelo con el preservativo. Los anticonceptivos hormonales (ACH), son uno de los productos farmacológicos más estudiados desde que fueran aprobados en el año 1960, con el objetivo de disminuir sus riesgos y los efectos colaterales. Los ACH se encuentran en continuo progreso, desarrollando nuevas vías de administración, mejor calidad de hormonas, dosis más bajas, mayor seguridad y mejor aceptabilidad.

Mecanismo de acción

Los principales mecanismos de acción de los ACH son:

- Inhibición de la ovulación por ejercer retrocontrol negativo sobre la unidad hipotálamo hipófisis, disminuyendo la secreción de gonadotropinas.
- Modificación del moco cervical por acción directa de las hormonas que contienen, dificultando el ascenso de los espermatozoides hacia el tracto genital superior.

Los ACH contienen, en sus variadas formas de administración, un estrógeno combinado con un gestágeno o un gestágeno sólo, todos de origen sintético o semisintético. Los estrógenos que se usan en anticoncepción son el etinilestradiol, el valerato de estradiol, el enantato de estradiol y el estradiol. La variedad de gestágenos usados en anticoncepción hormonal es amplia, siendo los principales: levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, ciproterona, drospirenona, dienogest, nomegestrol, norelgestromin, etonorgestrel, noretisterona, dihidroxiprogesterona.

Los métodos anticonceptivos hormonales en sus diferentes vías de administración, son las más usados en el mundo y representan la principal intervención farmacológica que se emplea en personas sanas (después de las vacunas), razón por la cual se les exige un amplio margen de seguridad. La amplia variedad de moléculas hormonales que contienen, especialmente de gestágenos, obliga al médico que los indica a conocer las características básicas de ellas.

Vías de administración

Las vías de administración pueden ser (figura 6.15):

- Oral en comprimidos.
- Intramuscular.
- Transdérmica con parches o implantes.
- Intrauterina con dispositivo intrauterino.
- Vaginal con un anillo de inserción vaginal.

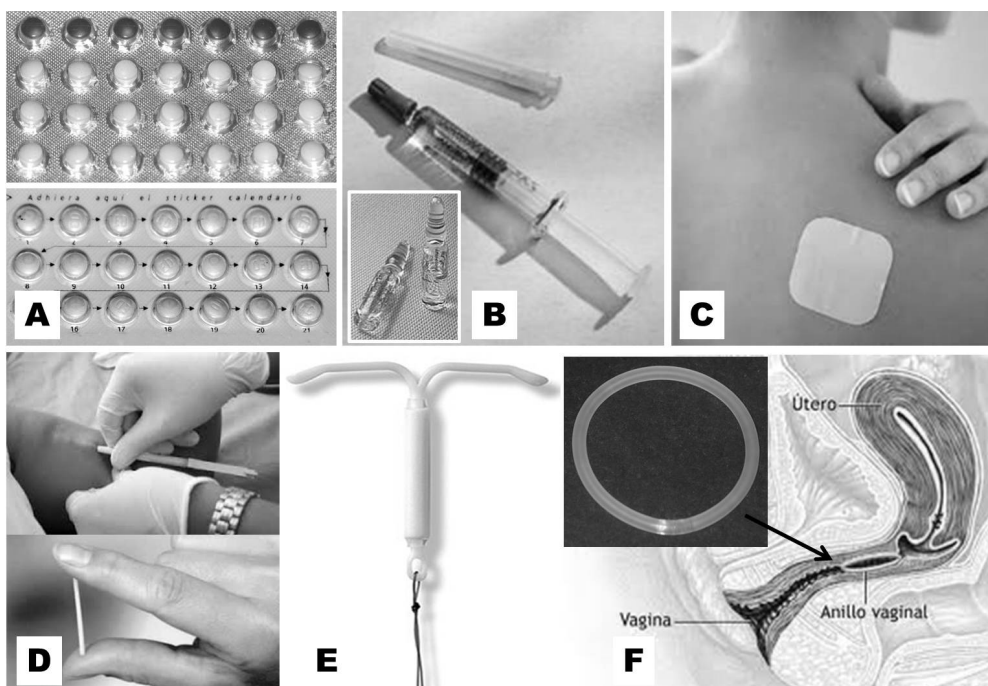


Figura 6.15: vías de administración de los métodos anticonceptivos hormonales. A: vía oral. B: vía intramuscular. C: transdérmica con parche. D: transdérmica con implante. E: intrauterina. F: vaginal con anillo.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES

Pueden ser combinados, compuestos por estrógeno y progestágeno, o minipíldora, compuestos sólo por progestágeno. Los combinados pueden ser monofásicos, con una dosis constante de las dos hormonas, o bifásicos, donde las dosis de las hormonas remedan los niveles hormonales durante el ciclo menstrual. Se presentan comercialmente en cajas con 21 o 28 comprimidos. Los de 21 comprimidos se toman durante 3 semanas con descanso durante 7 días, momento en el que la mujer tiene un sangrado por privación hormonal. Los de 28 comprimidos tienen 4 o 7 comprimidos de placebo. Este último diseño intenta evitar los olvidos en la toma, factor importante en las fallas del método. También existen presentaciones en las que el anticonceptivo se toma durante 84 días continuos con una suspensión de 7 días, en los que se produce el sangrado. Esta presentación es poco usada y está indicada en mujeres en las que se desea disminuir la frecuencia del sangrado para prevenir la endometriosis.

Los anticonceptivos combinados orales de elección son los monofásicos con dosis de estrógeno menor a 30 microgramos, con el objetivo de disminuir los efectos secundarios y prevenir el tromboembolismo.

La minipíldora, con gestágeno solo, es de administración continua y se indica

durante la lactancia y en las mujeres que necesitan prevenir la recurrencia de endometriosis.

El estetrol es un esteroide estrogénico sintetizado por el hígado fetal, que ha sido investigado y sintetizado en los últimos años con el objetivo de incorporarlo en anticoncepción oral. Tiene buena biodisponibilidad, vida media prolongada y es menos activo que el etinilestradiol, por lo que produciría menos efectos colaterales manteniendo eficacia anticonceptiva. Su evaluación aún está en etapa preclínica.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES

Son combinados con estrógeno y gestágeno, de aplicación intramuscular mensual. Tienen la ventaja de disminuir las fallas por olvido de la toma de los comprimidos. Otro preparado tiene un progestágeno solo de depósito, que se inyecta cada tres meses.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES TRANSDÉRMICOS

El parche es un anticonceptivo combinado con estrógeno y gestágeno, que se cambia cada 7 días, con un descanso semanal cada tres semanas.

El implante es un dispositivo de material sintético que contiene un gestágeno que se libera a la sangre, en dosis estables diarias durante 3 años. Es un cilindro de 4 cm de largo por 2 mm de diámetro, que se coloca debajo de la piel en el antebrazo, con un intervencionismo mínimo con anestesia local, que se repite para su extracción al cumplirse 3 años de insertado.

ANTICONCEPTIVO HORMONAL INTRAUTERINO

Las características de este dispositivo intrauterino que libera el gestágeno levonorgestrel se han descripto previamente.

ANTICONCEPTIVO HORMONAL VAGINAL

El anillo vaginal combina un estrógeno con un gestágeno. Lo coloca la mujer en el primer día de la menstruación y se retira tres semanas después. Durante la semana de descanso, se produce la menstruación y se repite la colocación de otro anillo. El anillo libera las hormonas a la circulación sistémica a través de los vasos de la pared vaginal y lo hace con niveles estables, sin fluctuaciones.

Ventajas de los anticonceptivos hormonales

- Eficacia anticonceptiva.
- Reducen el sangrado menstrual.
- Mejoran el dolor menstrual y el síndrome premenstrual.
- Reducen la incidencia de quistes ováricos funcionales.
- Disminuyen la recurrencia de endometriosis.
- Reducen la incidencia de cáncer de ovario y de endometrio.

- Mantienen la densidad mineral ósea.
- Mejoran el acné y el hirsutismo.

Contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales

- Tumores gónimamarios malignos.
- Antecedentes de tromboembolismo.
- Accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria.
- Antecedente de colestasis en el embarazo.
- Migraña con aura.
- Lupus eritematoso sistémico y porfiria.
- Síndrome de Rotor y de Dubin Johnson.
- Hemorragia genital sin diagnóstico.
- Hipertensión arterial severa o no controlada.
- Enfermedad cardiovascular valvular complicada.
- Migraña sin aura en mujer mayor de 35 años.
- Tumor hepático y/o hepatitis activa.
- Mujeres mayores de 35 años fumadoras.
- Diabetes con angiopatía severa.
- Trombofilias o mutación del Factor V de Leiden.
- Déficit de antitrombina III.
- Obesidad con índice de masa corporal mayor de 35.

Las principales contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales en sus diferentes variedades, están relacionadas con el efecto protrombótico y el impacto hepático de los estrógenos y gestágenos. Las vías de administración parenterales disminuyen las acciones sobre el hígado.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) consiste en métodos que pueden ser utilizados por una mujer después de una relación sexual no protegida, para prevenir un embarazo no deseado. Se administran en los cinco días siguientes a una relación sexual de riesgo. Sólo debe usarse como método de emergencia y no como anticoncepción habitual.

Las situaciones en las que está indicada son:

- Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo.
- Uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo.
- En caso de violación, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.

El método más usado es la administración del gestágeno levonorgestrel en dos dosis de 0.75 mg con un intervalo de 12 horas o una sola dosis de 1,5 mg, dentro de las 72 hs. posteriores al coito de riesgo. Si bien se avala su uso hasta el 5° día de la relación de riesgo, su eficacia decrece después de las 72 hs. Debe transcurrir el menor tiempo posible entre la relación sexual no protegida y su toma, pues la efectividad disminuye a medida que el tiempo transcurre: menos de 24 hs el 95%, entre 25 hs y 48 hs el 85% y entre 49 hs y 72 hs el 58%.

Es fuertemente discutido el mecanismo de acción de la AHE, pero la principal evidencia científica sostiene que este consiste en, dependiendo del momento en que se administra:

- Inhibición de la ovulación.
- Modificación de la motilidad espermática.

Este mecanismo es prefertilización, sin haberse demostrado científicamente una acción del levonorgestrel sobre el endometrio y por lo tanto un mecanismo abortivo.

En la República Argentina, la Ley Nacional 25673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, considera a la AHE como un método anti-conceptivo más, por lo que obliga al Estado Nacional a proveerlo gratuitamente a través de su sistema de salud.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método	IP	Recomendación
Implante transdérmico	0,3 – 0,8	muy seguro
DIU liberador de gestágeno	0,16	
Esterilización quirúrgica femenina	0,2 – 0,8	
Esterilización quirúrgica masculina	0,1 – 0,3	
Hormonal combinado vía oral	0,1 - 0,9	
Hormonal inyectable	0,3 – 0,8	
Anillo vaginal	0,4 – 0,6	
Parche transdérmico	0,7 – 0,9	
Sintotérmico+Billings+ coito interrumpido	0,3	
Minipíldora de gestágeno	0,5 – 3	seguro
DIU liberador de cobre	0,9 – 3	
Preservativo masculino	2 – 12	
Preservativo femenino	5 – 21	
Diafragma	1 – 20	
Espermicidas	3 – 21	no recomendable
Temperatura basal	0,8 – 3	
Billings	5	
Abstinencia periódica	9	
Coito interrumpido	4 – 18	

TABLA 6.1:
Índice de Pearl (IP) de los anticonceptivos, ordenados por eficacia de mayor a menor.

La eficacia de los anticonceptivos se evalúa con el Índice de Pearl (IP), que es un sistema estadístico que analiza la eficacia de los métodos en función de los embarazos que se producen, por lo que expresa las fallas del método. Mide el número de embarazos que sucederían en un grupo de 100 mujeres utilizando el método durante un año. Cuanto más bajo es el índice, más seguro es el método anticonceptivo.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

En el año 1996, la OMS convocó a expertos médicos de las diferentes áreas de la salud y a expertos en anticoncepción, con el objetivo de elaborar los Criterios de Elegibilidad para todos los métodos anticonceptivos. Este instrumento resume los criterios médicos que hay que tener en cuenta a la hora de elegir un método anticonceptivo en relación a factores tales como la edad, patologías actuales o pasadas, con el objetivo que la anticoncepción mantenga estándares adecuados de seguridad y eficacia. La publicación inicial de los Criterios en 1996, es periódicamente revisada y actualizada por expertos, incorporando los avances científicos en medicina y las innovaciones en tecnología anticonceptiva. La última actualización se realizó en el año 2009.

Los diferentes métodos anticonceptivos son categorizados en 4 grupos según el impacto que puedan tener ante una patología específica u otra circunstancia. Los 4 grupos son:

- Categoría 1: Se puede utilizar. Ninguna restricción.
- Categoría 2: Se puede utilizar. Las ventajas exceden los riesgos.
- Categoría 3: Los riesgos probados o teóricos exceden las ventajas. No debe utilizarse el método.
- Categoría 4: No debe utilizarse el método bajo ninguna circunstancia. Riesgo inaceptable para la paciente.

Tabla 6.2: Ejemplo: Criterios de elegibilidad de OMS para anticonceptivos hormonales y cáncer de mama.

	AOC	AIC	Parche C	PPS	Implante	DAMP	DIU-LNG
Actual							Categoría 4
Pasado con más de 5 años							Categoría 3
Tumor sin diagnóstico							Categoría 2
Antecedentes familiares							Categoría 1
Enfermedad benigna							

Referencias: AOC: anticonceptivos orales combinados; AIC: anticonceptivos inyectables combinados; Parche C: parche combinado; PPS: píldora de progestágeno solo; DAMP: acetato de medroxiprogesterona; DIU-LNG: dispositivo intrauterino de levonogestrel.

La extensión de los Criterios de Elegibilidad, impiden su incorporación en este libro, pero es necesario conocer su existencia porque es el mejor respaldo científico y médico legal, en relación a los beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos.

La consulta por anticoncepción no debe minimizarse por tratarse de una consulta sin patología. El médico debe ser consciente de su responsabilidad, porque en ella puede jugarse un proyecto de vida. Siempre es necesario hacer una historia clínica minuciosa, el examen genitomamario, control de la tensión arterial y del peso corporal. También es necesario pesquisar el grado de motivación, los hábitos de vida, la conducta sexual, el nivel de instrucción, las pautas culturales y religiosas de la consultante, en especial si es adolescente. Siempre utilizar esta consulta como la mejor oportunidad para informar sobre la prevención de la infecciones de transmisión sexual, recomendando el doble método.

SEXUALIDAD HUMANA

FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA. ROL DEL GINECÓLOGO EN LA CONSULTA CENTRADA EN ESTAS DISFUNCIONES

La sexualidad humana es el conjunto de condiciones estructurales fisiológicas, comportamentales y socioculturales, que permiten el ejercicio de la función social humana. Esta función social es consciente y condicionada por la cultura, que se ha derivado filogenéticamente de la función reproductiva, pero que es ejercida en primer lugar de modo placentero o lúdico y secundariamente de modo reproductor, mediante el uso de zonas corporales u órganos de especial sensibilidad. La sexualidad declina con la edad por modificaciones fisiológicas, psicológicas, socioculturales y religiosas, aunque en una pareja que proyecte su sexualidad durante toda la vida, no tiene por qué declinar.

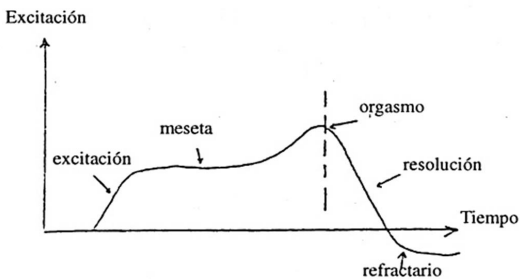
La OMS define a la sexualidad como el conjunto de funciones del sexo, que se manifiestan individualmente, producto del ser sexuado que lo determina por su historia psicológica y las normas ético-sociales, que lo regulan durante toda su existencia desde el nacimiento hasta la vejez.

Las principales investigaciones médicas sobre la sexualidad humana fueron

desarrolladas por Alfred Kinsey en 1937 y el matrimonio del ginecólogo William Master con la psicóloga Virginia Johnson, en Estados Unidos, durante la primera mitad del siglo XX. Freud, en su libro *Introducción al Sicoanálisis*, acuñó dos frases que quedaron en los anales sobre sexualidad humana: “*el ser humano es sexuado desde que nace hasta que muere*” y “*no hay deterioro del ser humano por practicar el sexo y si por la abstinencia*”.

FISIOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Desde Master y Johnson, se describen cuatro fases en la respuesta sexual de la mujer y el hombre: excitación, meseta, orgasmo y resolución (figura 6.16). Durante



estas fases, se activan centros nerviosos cerebrales, conectados entre sí por neurotransmisores, que se acompañan de cambios genitales y extragenitales, que preparan a la pareja sexualmente excitada para realizar el coito.

Figura 6.16: fases de la respuesta sexual.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FASES DE LA REPUESTA SEXUAL FEMENINA

Se caracteriza por la sensación erótica con manifestaciones extragenitales y genitales. Las reacciones fisiológicas a la estimulación sexual son la vasocongestión superficial y profunda generalizada y la contracción muscular específica. La congestión vascular se observa en todas las etapas del ciclo, mientras que la tensión muscular se manifiesta claramente en la etapa de meseta.

Las manifestaciones extragenitales son:

- Rubor sexual: debido a la congestión vascular, que llega a su máxima expresión al final de la etapa de meseta, terminando en el orgasmo.
- Miotonía: el aumento de la tensión muscular es secundaria a la vasodilatación fisiológica, con la participación voluntaria e involuntaria de numerosos músculos esqueléticos, produciendo un aumento progresivo de la tensión muscular.
- Hiperventilación: aparece de modo constante al final de la etapa de meseta, se mantiene durante el orgasmo y termina en la etapa de resolución.
- Taquicardia: se registra un aumento de la frecuencia cardíaca entre 110 a 180 pulsaciones por minuto.
- Reacción perspiratoria: durante la etapa de resolución se presenta

una reacción sudoral que estaría en relación con el gasto energético de la actividad física.

- Mamas: la erección del pezón evidencia un aumento de la tensión sexual y es resultante de la contracción involuntaria de las fibras musculares de la areola más ingurgitación de la glándula mamaria.
- Puede haber una distensión mínima del meato uretral.

Las manifestaciones genitales son:

- Reacción perspiratoria: la expansión y lubricación vaginal constituyen el primer signo de respuesta ante cualquier estímulo sexual. El material lubricante es el resultado de un proceso de trasudación de las paredes vaginales, lo que facilita la mecánica del coito.
- El clítoris durante la etapa de excitación aumenta de tamaño como resultado de la vasodilatación.
- A medida que crece la etapa de excitación, se produce el alargamiento de los dos tercios internos de la vagina y su distensión, llamada plataforma orgásmica. Simultáneamente, el útero se eleva. En la etapa de meseta hay una intensa reacción vasomotora, por la cual el tercio externo de la vagina y la zona vestibular se distienden.
- Durante la etapa orgásmica, la plataforma orgásmica vaginal se contrae regularmente con intervalos de 0,8 segundos, con un promedio de 3 a 15 contracciones con cada experiencia orgásmica.
- Durante la etapa de resolución, la vasodilatación de la plataforma orgásmica desaparece rápidamente. Al disminuir la vasodilatación, la luz central del 1/3 inferior vaginal reduce su diámetro y lentamente llega al estado de reposo, los fondos de saco vaginales se contraen y reaparecen los pliegues vaginales.
- La intensidad de los fenómenos de lubricación, elongación y la reacción vasomotora de la plataforma orgásmica, están relacionados al grado de tensión sexual.

En la figura 6.17 se grafican las características de las fases de la respuesta sexual femenina.



Figura 6.17: fases de la respuesta sexual femenina.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

En el hombre, la respuesta sexual tiene las mismas fases descritas en la mujer, con manifestaciones extragenitales y genitales. Como en la mujer, la respuesta fisiológica al estímulo sexual produce, en primer lugar vasodilatación superficial y profunda, y posteriormente contracción muscular generalizada y específica.

Las manifestaciones extragenitales son:

- Erección y tumefacción del pezón en la etapa de excitación.
- Taquicardia: aumenta en relación directa con el grado de tensión sexual, alcanzando durante el orgasmo cifras de 110 - 180 latidos por minuto.
- Tensión arterial: se eleva tanto la sistólica como la diastólica.
- Reacción perspiratoria: muchos hombres presentan esta reacción luego de la eyaculación, en pies, manos o en el resto del cuerpo.

Las manifestaciones genitales son:

- Erección del pene: la vasodilatación y la erección del pene responden a la estimulación de los nervios espláncnicos. El centro nervio-

so de la erección se halla ubicado en la médula espinal a nivel de la región sacra. De esta región parten los mensajes centrífugos parasimpáticos que producen la vasodilatación del pene, la cual lleva a la erección. Los centros que actúan en la eyaculación se ubicarían en la médula cervical y lumbar, y son de naturaleza simpática.

- La contracción muscular se observa al final de la fase de excitación, en la de meseta y de orgasmo. El esfínter externo del recto se contrae irregularmente y las contracciones orgásmicas aparecen con intervalos de 0,8 segundos, siendo simultáneas con las contracciones expulsivas de la musculatura periuretral.
- La eyaculación es la expresión fisiológica del orgasmo masculino, en el que se produce la expulsión del semen de los órganos secundarios de la reproducción (próstata y vesículas seminales) a la uretra prostática y su progresión a presión a lo largo de la uretra hasta alcanzar el meato uretral.

En la figura 6.18 se grafican las características de las fases de la respuesta masculina.

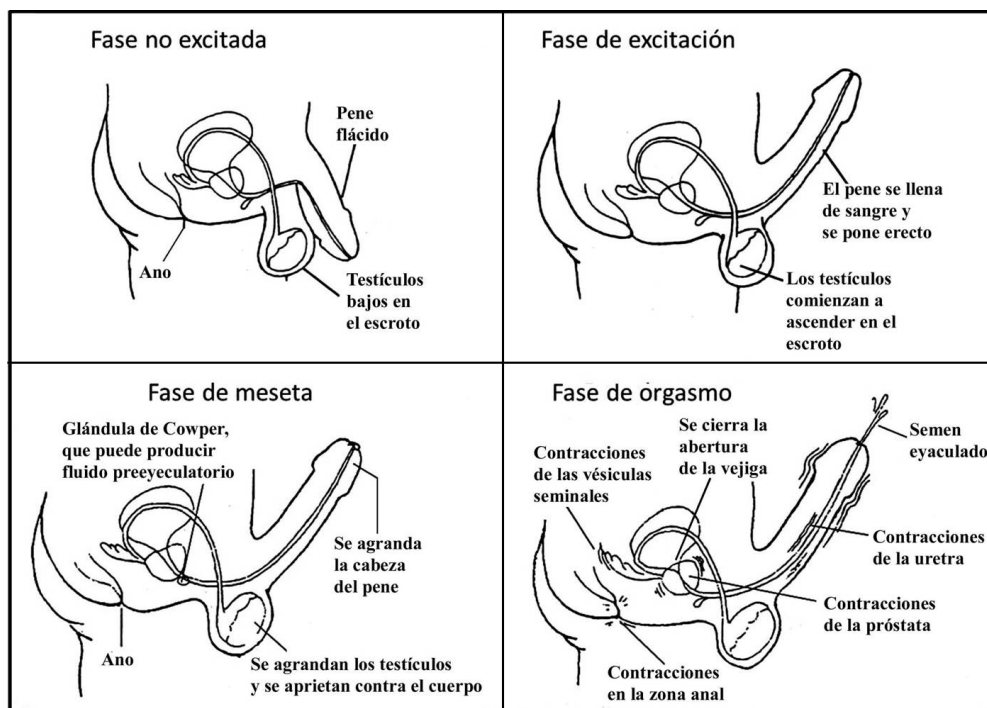


Figura 6.18: fases de la respuesta sexual masculina.

En la tabla 6.3 se muestran las similitudes y diferencias de cada fase entre la respuesta masculina y femenina.

Tabla 6. 3: diferencias de la respuesta sexual entre la mujer y el hombre.

Fase	Órganos genitales		Reacciones extragenitales (ambos sexos)
	Varón	Mujer	
EXCITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Erección del pene - Aumento de tamaño y elevación de los testículos - Gran tumescencia del glande, de coloración púrpura - Secreción mucóide (glándulas uretrales) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumescencia del clítoris y de los labios menores - Lubricación vaginal - Alargamiento de los dos tercios internos de la vagina y elevación del útero (<i>tenting</i>) - Estrechamiento del tercio externo de la vagina («plataforma orgásmica») - Elevación del clítoris 	<ul style="list-style-type: none"> - Erección de los pezones - Aumento de la frecuencia cardíaca - Aumento de la presión arterial - Aumento de la ventilación - «Rubor sexual» (eritema en cara, tronco y nalgas) inconstante - Aumento del tamaño de las areolas mamarias - Aumento del tono muscular
ORGASMO	<ul style="list-style-type: none"> - Contracción de las vesículas seminales, la próstata y el conducto deferente (emisión seminal) - Contracción de los músculos bulbo e isquiocavernosos con salida del líquido seminal (expulsión) - Contracciones del esfínter anal 	<ul style="list-style-type: none"> - Contracciones uterinas (variable) - Contracciones de la «plataforma orgásmica» vaginal - Contracciones del esfínter anal 	<ul style="list-style-type: none"> - Espasmos musculares (cuello, abdomen, etc.) - Aumento de la taquicardia - Aumento de la presión arterial - Alteración del estado de consciencia - Secreción de oxitocina
RESOLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Involución rápida de la erección del pene - «Período refractario» 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución lenta de la congestión pélvica - Pérdida de la tumescencia del clítoris y de los labios menores - Posible retorno a la fase orgásmica (frecuente) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sudoración - Descenso de la presión arterial - Descenso de la frecuencia cardíaca - Secreción de prolactina

PATOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD. ROL DEL GINECOLOGO EN LA CONSULTA CENTRADA EN ESTAS DISFUNCIONES.

Las patologías que son de mayor interés para los médicos generalistas y ginecólogos, son:

- Los trastornos de la identidad sexual.
- Las parafilias.
- Las disfunciones sexuales.

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

El principal trastorno de la identidad sexual es el transexualismo, que se caracteriza porque la persona tiene sentimientos de malestar o inadecuación sobre su sexo biológico. Se puede presentar en ambos géneros, aunque es más frecuente en el varón. El hombre rechaza la masculinidad, al extremo que puede llegar a la autocastración. En la actualidad se recurre a la cirugía de reasignación de sexo, donde la mayoría son varones que desean ser mujeres. Los motivos de consulta médica son buscar su reafirmación y convicción de que hubo un error en su asignación de sexo y sobre las características de la cirugía de reasignación.

En el travestismo no existe el deseo de liberarse de sus propios órganos genitales. La conducta habitual en estas situaciones es el cambio de vestimenta con el propósito de obtener excitación sexual con el uso de la ropa del sexo opuesto.

Los trastornos de la identidad sexual pueden ocasionar conflictos en las actividades sociales y laborales, debido a las dificultades que se presentan al intentar vivir en el rol sexual deseado.

PARAFILIAS

Son trastornos en los cuales la imaginación y los actos inusuales son necesarios para la excitación sexual. Estas imágenes o actos son, habitualmente, insistentes y repetitivos, con las siguientes características:

- Preferencia por el uso de objetos no humanos para la excitación sexual.
- Actividad sexual repetitiva con humanos en las que hay sufrimiento o humillación real o simulada.
- Actividad sexual repetida con parejas que no consienten.

Las parafilias más comunes son el fetichismo, la zoofilia, la pedofilia, el voyerismo, el masoquismo y el sadismo sexual.

DISFUNCIONES SEXUALES

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una falla o alteración en la respuesta sexual frente a un estímulo erótico normal y adecuado. Es necesario definir si este trastorno es de origen orgánico o psicológico. La OMS ha informado que en los Estados Unidos, en 40 millones de mujeres y hombres de 18 a 49 años encuestados, el 43% de las mujeres y el 31% de los hombres informaron tener alguna disfunción sexual. En el año 2003, las disfunciones sexuales se han clasificado en:

- Trastornos del deseo sexual.
- Trastornos de la excitación sexual femenina.
- Trastornos del orgasmo.
- Trastornos del dolor sexual.

A continuación, se desarrollan conceptos generales sobre las tres primeras disfunciones y se tratan con más detalle los trastornos por dolor, que son competencia del ginecólogo.

En los trastornos del deseo sexual, las variantes más frecuentes son el deseo hipoactivo, el déficit de fantasías sexuales y la aversión sexual fóbica.

Los trastornos de la excitación consisten en la incapacidad de lograr excitación, lubricación y congestión genital.

Los trastornos del orgasmo pueden ser el retraso y la ausencia, generalmente

debido a una excitación sexual insuficiente.

En la génesis de estos trastornos influyen mecanismos complejos (figura 6.19) y numerosos factores biológicos y psicológicos, que pueden hacer compleja su resolución médica.

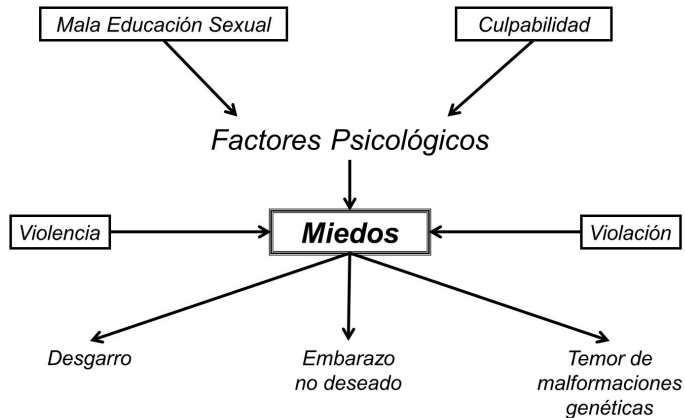


Figura 6.19: génesis de los trastornos sexuales.

Los factores biológicos que pueden estar presentes en la génesis de las disfunciones sexuales y deben ser pesquisados por el médico son la patología vascular, la hipertensión arterial, las dislipemias, la diabetes, los traumatismos genitales, las lesiones de la médula espinal, enfermedades del sistema nervioso central y periférico y la falla ovárica prematura.

Los factores psicológicos son: baja autoestima, mala autopercepción de la imagen corporal, relación de pareja inestable, depresión, trastornos obsesivos compulsivos, ansiedad, efectos de sicofármacos.

Los trastornos del dolor sexual son:

Dispareunia

La dispareunia es el dolor vaginal persistente o recurrente en una mujer antes, durante o después del coito. Hay diversos grados de dispareunia desde el ardor, la irritación y el prurito hasta el dolor paralizante y agudo. La etiología más frecuente es orgánica y para detectarla es indispensable el examen ginecológico y urológico. La metodología diagnóstica mínima debe incluir:

- Anamnesis.
- Especuloscopia.
- Exudado vaginal.
- Examen ginecológico.
- Tacto vaginal.
- Ecografía transvaginal.

Las principales etiologías estructurales de la dispareunia son:

- La rigidez himeneal condiciona el dolor y la no penetración. Su tratamiento es quirúrgico.
- Inflamaciones de la vulva y vagina o vulvovaginitis.

- Las lesiones cicatrizales por traumatismo accidental u obstétrico, que se resuelven con cirugía plástica.
- Sequedad de la piel y mucosa vulvovaginal por el hipostrogenismo del climaterio. La estrogenoterapia por vía local a través de óvulos y/o cremas vaginales es un excelente recurso que el ginecólogo debe emplear para su solución. Complementario a esto, el uso de lubricantes vaginales ayudan a la prevención de la dispareunia.
- La endometriosis, en particular la del tabique rectovaginal, puede producir dispareunia que se trata con las pautas terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas de esta enfermedad.
- La parametritis, la salpingoovaritis crónica y las secuelas de la enfermedad inflamatoria pélvica, son también causas frecuentes de dispareunia.
- La vaginitis actínica, en pacientes irradiadas por cáncer pelviano, puede producir dispareunia intensa. Se la trata con lubricantes locales o, eventualmente, con estrógenos locales si la neoplasia original lo permite.

Vaginismo

Es la contracción persistente y recurrente de tipo espasmódica e involuntaria, de la musculatura del tercio inferior de la vagina que impide la penetración del pene. Generalmente se instala luego de la primera relación sexual, que no puede realizarse. Es causa frecuente de matrimonios no consumados, a veces de largos años de evolución.

Las causas que la originan se dividen en dos grupos:

- Miedos por factores morales, temor al embarazo, inadecuada educación sexual.
- Aversión al sexo masculino por inmadurez emocional, antecedente de violación o abuso sexual, iniciación sexual desafortunada, complejo de fijación con la figura paterna, homosexualidad latente.

La sicopatología del vaginismo es muy variada, desde cuadros leves a neurosis severa. Cuando el cuadro fóbico es muy intenso, debe prepararse psicológicamente a la paciente, antes de intentar el examen ginecológico o el tratamiento de desensibilización. En ocasiones, se forman parejas patológicas que refuerzan mutuamente su patología, prolongando por años la no consumación, mantenida en secreto y con engaños a sus allegados sobre los motivos de su infertilidad. Es frecuente la asociación de una disfunción erectiva primaria o eyaculación precoz con el vaginismo. El rol del ginecólogo será indicar tranquilizantes y miorrelajantes, y promover la oportuna derivación a profesionales de la salud mental.