

LIBRO SOBRE SEXUALIDAD, ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO PARA JÓVENES

Gabriela Rodríguez R., ¿Cómo ves? El aborto, Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM, México, 2004.

CAPÍTULO IV¹ NOVEDADES TECNOLÓGICAS

1. El condón femenino

El condón femenino representa una valiosa herramienta para aquellas mujeres que necesitan protegerse de los riesgos de infecciones sexuales y de embarazos y que han asumido el cuidado efectivo de su cuerpo y su salud sexual. Con la aparición del SIDA y la proliferación de otras infecciones sexuales han tenido que variar las prácticas sexuales y ha habido necesidad de incorporar comportamientos preventivos. Es un sustituto del condón masculino con el cual las mujeres pueden tener más control sobre su cuerpo y su salud.

El condón femenino está hecho de poliuretano (plástico blando y más resistente que el látex), es un método de barrera cuyo diseño combina las características del condón masculino y del diafragma. A diferencia de otros métodos, su colocación no requiere del personal de salud y su uso no produce efectos secundarios.

Es una funda suave y holgada con un anillo flexible de poliuretano en cada extremo. La mujer se lo inserta en la vagina; el anillo interior sirve para fijar el dispositivo. El anillo exterior queda fuera de la vagina, con lo cual protege en cierta medida los labios y la

¹ Algunos contenidos de este capítulo se actualizaron.

base del pene durante el acto sexual. No se requiere que un profesional determine el tamaño adecuado, puesto que el dispositivo no tiene que ajustarse exactamente sobre el cuello uterino. Sólo se fabrica un tamaño. A diferencia de los condones de látex, que se debilitan con el uso de lubricantes a base de aceite, el condón femenino puede usarse con cualquier tipo de lubricante sin poner en peligro su resistencia. Viene prelubricado, pero puede añadirse más lubricante al gusto.

Prevención de embarazo

El condón femenino es un eficaz anticonceptivo si se usa sistemática y correctamente. Solamente 5 por ciento de las mujeres tendrán un embarazo no deseado si utilizan el condón femenino comparado con un 3 por ciento de los casos en que usan condón masculino. Cuando no se usa siempre correcta y sistemáticamente puede fallar en un 21 por ciento.

Prevención de ITS

Los estudios de laboratorio han observado que el dispositivo es impermeable a varias infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA. Dado que el anillo exterior cubre parcialmente los genitales externos, a diferencia del condón masculino, es posible que el condón femenino proteja más contra el herpes y el chancroide, que el condón masculino.

El condón femenino es considerablemente más costoso que el condón masculino, y actualmente está aprobado para usarse sólo una vez. Sin embargo, como está hecho de poliuretano la posibilidad de utilizar el mismo más de una vez puede abaratar significativamente su precio, y aunque el reuso del condón femenino no se recomienda, se ha notificado esta práctica en varios países. En vista de los posibles riesgos del reuso durante el lavado o el uso posterior, la Organización Mundial de la Salud recomienda que se desinfecten todos los condones antes de lavarlos. Los estudios han encontrado que la estructura del condón femenino queda intacta después de lavado con jabón suave

y agua tibia y de usos repetidos. Pero el protocolo de re-uso requiere que se haga desinfección antes de cada lavado, con lo cual puede utilizarse hasta siete veces.

Es posible que las mujeres puedan negociar el uso del condón femenino más fácilmente que el del condón masculino, pero este dispositivo debe ser aceptable por hombres y mujeres a fin de que se use sistemática y correctamente. Los estudios realizados en 40 países encuentran una buena aceptabilidad que varía de 41 a 95 por ciento.

Aspectos diferentes atraen a las usuarias y usuarios. Las mujeres y los hombres notifican que, comparado con el condón masculino, el condón femenino tiene menos probabilidades de deslizarse o romperse, es más durable y afecta menos a la espontaneidad sexual y la intimidad. La mujer puede colocárselo mucho antes de que comience el acto sexual, lo cual le da más control personal. Después de la eyaculación, el compañero no tiene que retirarse inmediatamente para evitar que el condón se deslice cuando todavía está dentro de la vagina. Los hombres notifican que el condón femenino es más cómodo que el masculino porque no disminuye la sensación sexual ni aprieta el pene. Pero las mujeres se quejan de que es demasiado largo, puesto que el anillo exterior queda fuera del cuerpo. Algunas notifican que los anillos son incómodos y que el condón es antiestético. Hombres y mujeres se han quejado del ruido que hace durante el uso y de lubricación excesiva. Algunas mujeres reportan dificultad para colocárselo en las primeras ocasiones. En otros estudios las mujeres señalan que el condón femenino les permite comunicarse mejor en cuanto a tener relaciones sexuales con menos riesgo, y aproximadamente a cuatro de cada cinco le gustó y dijo que lo recomendarían.

Al ser un método novedoso, se necesita más investigación relativa a la protección contra las ITS y formas de reducir al mínimo el uso incorrecto del condón femenino.

Guía para el uso del condón femenino

- 1 Frotar el preservativo para distribuir el lubricante
- 2 Sostener el aro y apretarlo
- 3 Introducir lo más posible
- 4 Empujar hacia arriba. El preservativo no debe retorcerse
- 5 Durante el acto sexual guiar el pene dentro del preservativo
- 6 Para retirarlo, apretar y retorcer el aro externo, jalar del mismo y tirarlo.

NOTA: El condón femenino no está hecho para utilizarse junto con el condón masculino, se utiliza uno y otro en cada penetración, pero nunca juntos.

2. Anticoncepción de Emergencia (AE)

Muchas personas desconocen la existencia de anticonceptivos que pueden evitar un embarazo después de un acto sexual. La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere a los métodos que pueden usar las mujeres para impedir el embarazo luego de una relación sexual sin protección (acto sexual en el que no se ha usado un método anticonceptivo o que ocurrió un accidente al usarlo). Existen varios tipos de anticoncepción de emergencia que se usan en todo el mundo, incluyendo píldoras hormonales y también se recurre a la inserción post-coital del DIU. Todos pueden utilizarse dentro de algunos días después de una relación sexual desprotegida para evitar un embarazo.

Desde los años sesentas se han desarrollado una serie de métodos de anticoncepción de emergencia que son seguros y eficaces. Estas opciones son predominantemente variaciones de las fórmulas de los anticonceptivos orales, en algunos países son conocidos como “píldoras de la mañana siguiente” .

La AE Son píldoras anticonceptivas normales, que contienen las hormonas estrógeno y progestina. Aunque este tratamiento se conoce con frecuencia como "la píldora de la mañana siguiente", el término puede ser engañoso toda vez que las pastillas anticonceptivas de emergencia se pueden utilizar inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales sin protección o dentro de un periodo de hasta 72 horas. El esquema de tratamiento es una dosis dentro de las primeras 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección y una segunda dosis, 12 horas después de la primera.

Circunstancias de uso de la AE

La anticoncepción de emergencia se puede utilizar cuando una mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección, pero no desea quedar embarazada, por ejemplo ante las siguientes circunstancias, cuando:

- El condón se rompió o se salió, y el compañero eyaculó dentro de la vagina.
- La mujer se olvidó de tomar las pastillas anticonceptivas.
- La pareja se equivocó al usar el ritmo, al calcular los días "peligrosos" o con riesgo de embarazo
- El compañero no se retiró a tiempo y hubo eyaculación dentro de la vagina.
- Se tuvo una relación sexual y no se utilizó ningún anticonceptivo.
- La mujer comenzó a tomar sus pastillas anticonceptivas más tarde de cuando le tocaba empezar.
- Alguien de la pareja estaba tomada y se olvidaron de los anticonceptivos.
- Por ignorancia alguien necesitaba convencerse de la falta de riesgo.
- Ante un caso de violación o cuando alguien forzó a tener relaciones sexuales.

Mientras los anticonceptivos tengan un índice de falla (por pequeño que sea), mientras haya violaciones y abusos sexuales y ante la imposibilidad de que los seres humanos puedan ejercer un control absoluto sobre el comportamiento sexual, las personas necesitaremos anticoncepción de emergencia.

Mecanismo de acción de los anticonceptivos de emergencia

Lo que hacen las AE y las minipíldoras de emergencia, principalmente, es modificar el endometrio (la capa de mucosa que recubre el útero), para así inhibir la implantación de un huevo fecundado. Las AE también pueden inhibir o retrasar la ovulación y alterar el movimiento de espermatozoides en las trompas de Falopio, disminuyendo con ello la probabilidad de la fecundación.

Si el embarazo está ya establecido, la anticoncepción de emergencia no puede interrumpirlo. La anticoncepción de emergencia evita el embarazo al retrasar o inhibir la ovulación y, por tanto, impide la fertilización del huevo por el espermatozoide. Puede también actuar sobre los movimientos de los espermatozoides o sobre la mucosa que recubre el interior de la cavidad uterina (el endometrio).

La AE reduce en un 75 por ciento el riesgo del embarazo. Por ejemplo, de cien mujeres, ocho quedan embarazadas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección dentro de la segunda o tercera semana de sus ciclos. Pero sólo dos de 100 quedan embarazadas después de tomar las AE.

Las AE no previenen el embarazo por el resto del ciclo, ni las infecciones por transmisión sexual. Por eso, es necesario utilizar otro método anticonceptivo. Si crees que estuviste expuesta a infecciones por haber tenido relaciones sexuales sin protección, acude a un centro de salud.

Cómo Utilizar las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia

En el régimen combinado conocido como Yuzpe, la dosis total es de 200 microgramos de etnilil-estradiol y 1 miligramo de levonorgestrel. Para las píldoras que sólo contienen progestina, la dosis total es de 1.5 miligramos de levonorgestrel. El régimen de Yuzpe consiste en tomar la primera dosis (si es la AE especialmente empaquetada, Vika) o dos

dosis de 2 pastillas anticonceptivas orales la primera dentro de las 72 horas siguientes (3 días) a una relación sexual desprotegida, y 12 horas después debe tomarse la segunda dosis. En el caso de anticonceptivos orales de baja dosis deben tomarse 4 pastillas dentro de las primeras 72 horas después de la relación sexual y 4 más 12 horas después. En el caso de las pastillas que sólo contienen progestina deben tomarse 25 pastillas en la primera dosis y 25 en la segunda.

En todo caso hay que tomar dos dosis, una dosis cada 12 horas:

PRIMERA DOSIS: La primera dosis se debe tomar dentro de 72 horas – tres días – después de haber tenido relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Se debe utilizar sólo un tipo de píldora para las dos dosis.

SEGUNDA DOSIS: Toma la segunda dosis 12 horas después de haber tomado la primera.

La dosis varía según la fórmula y marca de la píldora que utilices, en la siguiente tabla se precisa con claridad:

Fórmula, marca y dosis de AE*

Fórmula	Marcas	1ª. DOSIS: Número de tabletas que deben tomarse en la primera dosis(dentro de las 72 horas después del acto desprotegido).	2ª. DOSIS: Número de tabletas que deben tomarse en la segunda dosis (12 horas después de la primera dosis)
Levonorgestrel (0.75mg)	<ul style="list-style-type: none"> • Vika • Postinor-2 	1	1
Levonorgestrel (0.25 mg)+ etinil estradiol (50 mcg)	<ul style="list-style-type: none"> • Neogynon • Nordiol • Ovral 	2	2
Norgestrel (0.50)	<ul style="list-style-type: none"> • Eugynon 50 	2	2

Fórmula	Marcas	1ª. DOSIS: Número de tabletas que deben tomarse en la primera dosis(dentro de las 72 horas después del acto desprotegido).	2ª. DOSIS: Número de tabletas que deben tomarse en la segunda dosis (12 horas después de la primera dosis)
mg)+ etinil estradiol (50mcg)			
Levonorgestrel (0.15mg)+ etinil estradiol (30mcg)	<ul style="list-style-type: none"> • Microgynon • Nordet • Lo-Femenal 	4	4
Levonorgestrel (0.30 mg)	<ul style="list-style-type: none"> • Microlut 	25	25

*Fuente: Consorcio para la Anticoncepción de Emergencia.

NOTA: Si se toman las pastillas de un paquete de 28, hay que asegurarse de usar las que contienen hormonas, pues 7 de estas pastillas son de azúcar o hierro y vienen marcadas con un color distinto; las restantes contienen hormonas y son las que deben consumirse.

Recientes investigaciones muestran que puede emplearse no sólo 72 horas, sino hasta 120 horas (cinco días) después de la relación sexual no protegida. En este caso la recomendación es que las dos dosis se tomen juntas, no espaciadas por 12 horas, con el fin de provocar los cambios en el endometrio y en las trompas de Falopio en un periodo más corto. Sin embargo, le efectividad del medicamento en las primeras 24 horas postcoitales es más alta en el primer día que en el promedio de las 72 horas o después de tres días.

La regla puede llegar unos días antes o después de lo normal. El sangrado puede ser mayor o menor, y más irregular que lo normal. Si se acude a otra clínica antes de que llegue la regla, no hay que olvidar informarles que se han tomado las pastillas anticonceptivas de emergencia. Es necesario consultar el centro de salud si la regla no llega dentro de tres semanas o si se tienen síntomas de embarazo. Si se tienen relaciones

sexuales antes de que llegue la regla, hay que utilizar otro método anticonceptivo, uno de barrera como el condón.

Efectos Secundarios

Cuando se usan las píldoras combinadas, la náusea es un posible efecto secundario. Para prevenir los vómitos, se recomienda comer galletas saladas o tomar un vaso de leche 30 minutos antes de cada dosis. El médico también podría recetar un medicamento para controlar las náuseas o sugerir otro que no requiere receta médica como Dramamine. (ver instrucciones en el paquete). Si hay vómito después de la primera dosis, hay que tomar el medicamento para controlar la náusea 30 minutos antes de la segunda. También se puede tomar la segunda dosis en forma de supositorio vaginal. Se colocan las píldoras dentro de la vagina hasta el último punto que se alcance. (El medicamento se absorbe por el tejido de la vagina.) Pero una vez que se ha vomitado la segunda dosis, no se deben tomar más pastillas, y lo más probable es que estas pastillas no resulten efectivas para evitar el riesgo de embarazo. Además es posible que causen más náuseas.

Normalmente los efectos secundarios asociados con el uso de las AE desaparecen unos días después de tomar la segunda dosis. El 50 por ciento de las mujeres que usan las AE sufren náuseas. El 30 por ciento de las mujeres tienen vómitos. También podrías tener sensibilidad en los senos, sangrado irregular, retención de fluido, y dolor de cabeza. El uso frecuente de las AE podría resultar en reglas irregulares e inconstantes y no es recomendable.

Según la información disponible, las AE no tendrán ningún efecto sobre un embarazo en curso. Sin embargo, no es recomendable el uso de las AE si ya hay embarazo. Diversos estudios muestran que no existe un mayor riesgo de defectos congénitos y otro tipo de problemas se toman las píldoras anticonceptivas durante el embarazo y éste llega a su término. Por lo tanto, no existe razón para sospechar que si se toma una sola vez la AE vaya a causar defectos congénitos.

La Inserción de Emergencia de un DIU

Otro medio para evitar un embarazo es que el médico puede colocar un Dispositivo intrauterino (DIU) hasta cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. El DIU, o T de cobre, T 380 se puede usar como método de anticoncepción de emergencia. Se dejan colocado hasta por 10 años. O, si se prefiere, se remueven después de la próxima regla, cuando hay seguridad de que no hay embarazo.

La inserción del DIU reduce en un 99.9 por ciento el riesgo del embarazo. Sólo una de 1,000 mujeres queda embarazada después de la inserción del DIU. No se recomienda para aquéllas que corren el riesgo de infecciones por transmisión sexual: mujeres con más de una pareja sexual, o cuyas parejas tienen otras parejas sexuales mujeres con nuevas parejas sexuales o mujeres que han sido violadas.

Los calambres del útero podrían molestar al colocar el DIU y algunas mujeres sienten mareos. En casos muy raros, se desmayan. Se recomienda ir acompañada a una cita en que se coloca un DIU. También hay que esperar y descansar hasta que la persona se sienta mejor.

Los efectos secundarios, ventajas y desventajas en el uso del DIU como anticoncepción de emergencia son los mismos que los asociados con el uso del DIU como método anticonceptivo.

3. La píldora RU-486 o Mifepristona

Una clase nueva y prometedora de medicamentos para la salud reproductiva de la mujer lo representan las antiprogestinas, mejor conocida como la píldora RU-486 especialmente para la interrupción temprana de embarazos. La RU-486 (mifepristone)

ha demostrado ser una opción segura, efectiva, aceptable para las mujeres que desean un aborto durante las primeras semanas de su embarazo, y se ha recurrido en este país en el 20 por ciento de los casos.

La mifepristona hace que el útero se contraiga y se vacíe del preembrión o el embrión y otro tejido que desarrolla durante el embarazo por la vagina. Después de catorce días, tiene que volver a la clínica para examen posterior. El régimen de mifepristona/prostaglandina se usa en abortos médicos de hasta 49 días desde el último período menstrual en Francia, y hasta 63 días del último período menstrual en el Reino Unido y en Suecia. Una mayoría de mujeres experimenta flujo de sangre y la evacuación del embarazo a las cuatro horas de recibir la prostaglandina. Si se administra al final de la sexta semana de embarazo (49 días desde la última menstruación.) Se puede deducir que cuando la mifepristona se halle disponible ampliamente, la opción del aborto prematuro por aspiración será escogida con menor frecuencia entre las mujeres que califiquen para ella.

La mifepristona puede ofrecer a las mujeres mayor confidencialidad en la decisión de tener un aborto, así como un mayor control sobre el proceso de la terminación del embarazo. No existe evidencia de que la disponibilidad de mifepristona para abortos médicos aumentará la tasa de abortos, en Francia, donde la mifepristona ha estado disponible en los centros de salud desde 1989, la tasa de abortos ha declinado. Pese a su demostrada efectividad, seguridad, y aceptabilidad, la mifepristona siempre fue el blanco de activistas que se oponen a la libre opción, causando numerosos y prolongados retrasos en los esfuerzos que se hacen para legalizar esa droga y hacerla disponible a muchas americanas que se podrían beneficiar con ella.

El uso de la mifepristona/RU-486 fue aprobado inicialmente en Francia en septiembre de 1988, donde fue desarrollada por la firma farmacéutica de Roussel-Uclaf. En octubre de 1988, Roussel-Uclaf, fabricante exclusivo del medicamento, y poseedor de las

patentes, tomó el paso sin precedente de suspender su distribución. Ofreció como explicación las protestas de grupos antiabortistas en los EEUU, Francia y Alemania Occidental. Dos días más tarde, el Ministro de Salud de Francia ordenó que la compañía resumiera su distribución en pro del interés de la salud pública. En 1991, la mifepristona fue aprobada por Gran Bretaña y en 1992 Suecia aprobó su uso. El Population Council realizó un conjunto de pruebas clínicas en los EEUU demostrando que la mifepristona es altamente efectiva, saludable y aceptable para el aborto prematuro.

La mifepristona ha recibido posteriormente la aprobación en el Reino Unido, en los Estados Unidos y en Canadá para que se le use como un medicamento que provoca abortos seguros a pesar de los esfuerzos de grupos de intereses especiales para combatir la libertad de selección. Mifeprex TM es la marca registrada en los EEUU de mifepristona que es fabricada por Danco Laboratories. Se calcula que más que 600,000 mujeres en Europa han tenido abortos médicos, usando un régimen de mifepristona. En algunos países no industrializados como Cuba, India, República Popular China, Singapur y Zambia se están llevando a cabo pruebas clínicas del tratamiento en secuencia con RU-486 y prostaglandinas.

El aborto por medio de la mifepristona no ofrece el peligro de una perforación uterina, ni las complicaciones que causaría una anestesia, porque es un procedimiento que no invade el organismo y no necesita de anestesia. Ninguna muerte ha resultado por el uso de mifepristona. En Francia en 1991, una mujer falleció de un ataque cardiaco debido al uso de la droga sulprostona, una prostaglandina en forma de inyección intramuscular que ya no es usada en Francia.

Estudios epidemiológicos han considerado que la extensión de la RU 468 con prostaglandina si se introduce en servicios complementarios adecuados podría reducir la tasa de muerte materna en los países pobres al aumentar la disponibilidad de la interrupción del embarazo de forma segura y efectiva, y al ayudar a las mujeres a evitar

nacimientos no deseados. Alrededor del 99 por ciento de las 500 000 muertes maternas estimadas por año ocurren en éstos países, la tercera parte de esas muertes está relacionada con abortos inseguros. Sin embargo el método exige una utilización técnicamente correcta y con personal debidamente capacitado. Las decisiones para introducir este medicamento tendría que estarse considerando seriamente, podría utilizarse para la evacuación del útero con propósitos terapéuticos, también podría ser posible su uso en países donde se considera médicamente el inicio del embarazo una vez que el embrión se implanta en la pared uterina, lo cual ocurre entre los 28 y 31 días después del primer día del último periodo menstrual.

En el futuro, ampliarán los usos médicos de RU-486 o mifepristona. Los investigadores han identificado muchos usos potenciales que van más allá de la terminación de un embarazo como el tratamiento del cáncer de los senos, el síndrome de Cushing, el glaucoma, la endometriosis, la meningioma, el cáncer de la próstata, la fibromioma uterino, y el parto inducido.

4. Microbicidas

Actualmente se están investigando más de 50 sustancias experimentales como microbicidas vaginales para proteger contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA. Se trata de una alternativa en poblaciones cuya cultura dificulta enormemente la exigencia del uso del condón, entre mujeres que renuncian a exigir su uso y sobretodo entre mujeres que quieren protegerse de las infecciones sexuales cuando deciden embarazarse.

El microbicida puede ser un método de protección para esas parejas que no usan los condones, los cuales representan la protección más eficaz contra las ITS. El microbicida es una sustancia que reduce el contagio de una (ITS) cuando se aplica en la vagina o el recto. Se fabrica en varias presentaciones, como gel, crema, supositorio, lubricante o en

forma de esponja o anillo vaginal que libera lentamente el ingrediente activo en un periodo de tiempo.

Los microbicidas obran de cuatro maneras. Pueden matar o inmovilizar a los agentes patógenos, crear una barrera entre el microbio y los tejidos, estimular el propio sistema defensivo de la vagina o evitar que se establezca una infección después de haber entrado en el cuerpo al impedir la replicación viral. Algunos microbicidas podrían potencialmente combinar mecanismos para lograr una mayor eficacia.

Pero los investigadores no esperan que los primeros microbicidas protejan completamente contra las ITS. Un microbicida que tuviera una eficacia de 30 a 40 por ciento sería útil desde el punto de vista de la salud pública, por su potencial para frenar la epidemia del VIH/SIDA, pero quien lo utilice debe conocer el margen de falla.

Los espermicidas disponibles en el comercio protegen contra las ITS y pueden considerarse microbicidas vaginales. El nonoxinol-9, el cloruro de benzalkonio y el octaxinol-9 se están sometiendo a pruebas. El nonoxinol 9 tiene potencial de ser un microbicida eficaz porque destruye las membranas externas de las bacterias y los virus. Sin embargo, el uso frecuente de esta sustancia puede irritar el recubrimiento vaginal y posiblemente facilitar a los agentes patógenos entrar en la corriente sanguínea de la mujer. Otros estudios reportan un efecto protector contra la gonorrea y la clamidia, pero otros estudios muestran que no agrega mayor protección que la que ofrece el uso del condón sólo.

Actualmente está en proceso de fabricación cerca de 60 productos o componentes microbicidas. La inversión de las grandes compañías farmacéuticas en los microbicidas ha sido mínima por considerar que este tipo de iniciativas no generan grandes ganancias.