

**DECIMA JORNADA DE BIOETICA:
CUESTIONES BIOETICAS EN TORNO AL AMOR MATRIMONIAL**

**Dr. Eduardo Carlos Castelnovo
COMISION DE BIOETICA PADRE JOSE KENTENICH**

SITUACIONES CLÍNICAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Para comenzar a hablar de situaciones clínicas sobre anticoncepción, tendremos que definir desde el punto de vista médico qué es la fertilidad, y las distintas formas de planificación familiar que los países y organizaciones médicas han adoptado o quieren implementar.

La fertilidad es la capacidad que tienen los seres vivos para la reproducción de su especie, es algo natural y normal de cada ser, en el caso del hombre se agrega a esa capacidad de engendrar, el razonamiento, conocimiento y responsabilidad para planificar la cantidad de hijos que a conciencia pueda tener, sabiendo que cuando hay relaciones sexuales, ningún método es cien por ciento eficaz para evitar el embarazo.

Ante este concepto en donde la fertilidad es algo natural y representa un estado de salud físico, varios autores dividen los métodos de planificación familiar en dos grandes grupos métodos artificiales y métodos naturales, y por qué llamados artificiales, porque de una u otra forma tienen que alterar el normal funcionamiento del organismo en cuanto a la fisiología de la fertilidad, esto no ocurre con los métodos naturales, los cuales se basan en el reconocimiento del ciclo de la mujer, y de esta forma identificar los días fértiles e infértiles, donde la mujer puede naturalmente objetivar signos y síntomas que manifiesta su cuerpo y que hoy en día pueden ser corroborados por estudios médicos como la ecografía, dosajes hormonales, visión microscópica del moco cervical, etc...

Existen varias clasificaciones para los distintos métodos artificiales, tomaré uno de los más difundidos.

- Métodos hormonales
 - orales
 - inyectables
 - implantes
 - anillos vaginales

- Métodos de barrera
 - mecánicos
 - preservativo
 - diafragma
 - químicos
 - óvulos
 - tabletas
 - jalea
 - espumas
 - mixtas
 - esponjas

- Intrauterinos (Diu)
 - inerte
 - con cobre, plata

-con hormonas

- ¿Definitivos?

-ligadura tubaria

-Vasectomía

(Clasificación, referencia: planificación familiar y métodos anticonceptivos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Módulo 1 página 25)

Comenzaremos hablando del mecanismo de acción y de los riesgos de los métodos hormonales, los cuales pueden ingresar al organismo por distintas vías, como hemos visto en la clasificación, pero la forma de actuar son muy similares dependiendo del tipo de preparado hormonal que mas prevalezca en su composición.

Podemos resumir esos mecanismos de acción del modo siguiente:

1. Efecto sobre el ovario e hipotálamo: se inhibe la ovulación (efecto anovulatorio)
2. Cambio en la motilidad de la trompa de Falopio, lo que a su vez modifica el tiempo de llegada del ovulo fecundado al útero, adelantándolo o retrasándolo según los componentes químicos del preparado; en cualquier caso, el efecto es antiimplantatorio, pues el ovulo fecundado o llega antes de lo previsto para el anidamiento o llega tarde y muere. Este mecanismo de acción es, pues abortivo.
3. Efecto sobre la mucosa uterina: ésta queda modificada de tal forma que no permite la anidación del ovulo fecundado, que ya en esa fase se denomina blastocisto (efecto antiimplantatorio, es decir, abortivo)
4. Acción sobre el moco cervical del cuello uterino: aumenta su viscosidad de manera que se forma una especie de tapón que impide la entrada de los espermatozoides en la cavidad uterina (efecto anticonceptivo)

La multiplicidad de los mecanismos de acción es lo que da un alto porcentaje de prevención del embarazo.

Como se ve, pues, a través de esos diversos mecanismos de acción se pueden producir tres efectos principales

1. impedir la ovulación;
2. impedir la fecundación(unión del espermatozoide con el óvulo);
3. impedir la anidación del óvulo fecundado en la cavidad uterina.

Los efectos 1 y 2 son anticonceptivos, el 3 es abortivo.

(Ref. Documento “información terapéutica” del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad español, que explica el mecanismo de acción de los contraceptivos).(Vol. 21 n° 1 1997)

Ahora comentaremos algunas de las contraindicaciones, advertencias, precauciones, interacciones y reacciones adversas que informan los mismos laboratorios en sus prospectos o en monografías de sus productos. Esto se entiende que es avalado por publicaciones mundiales e informado y autorizados por los controles de sanidad de cada país, si bien es cierto que de acuerdo a cada país, podremos ver con mas detalles la información, de mecanismos de acción, reacciones adversas, etc...en sus prospectos, y no sería arriesgado decir que las grandes diferencias se advierten entre países desarrollados y subdesarrollados.

Contraindicaciones:

- Presencia o antecedentes de trombosis venosa severa.
- Presencia o antecedentes de tromboembolia
- Enfermedades coronarias o cerebrovasculares
- Valvulopatías trombógenicas
- Trastornos trombocinéticos
- Diabetes severa con compromiso vascular
- Hipertensión no controlada
- Carcinoma de mama no diagnosticado o sospechado o neoplasia estrogenodependiente diagnosticada o sospechada
- Carcinoma o adenoma hepático o enfermedades hepáticas activas, hasta tanto no se haya normalizado la función hepática.
- Hemorragias genitales de origen incierto.
- Falta de antitrombina III, anemia en las células falciformes.
- Hiperlipoproteinemia.
- Ictericia o prurito en un embarazo anterior, síndrome de Dubin-Johnson, síndrome de Roter.
- Presencia de herpes gestacional en la historia clínica, otosclerosis agravada en un embarazo anterior.
- Embarazo conocido o sospechado.

Advertencias :

- Riesgo de tromboembolias venosas
- Obesidad
- Cirugías o traumatismos asociados con mayor riesgo de trombosis.
- Inmovilidad prolongada
- Mayor edad
- Riesgo de tromboembolias arteriales
- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Carcinoma de órganos reproductores
- Lesiones oculares
- Cefaleas
- Otosclerosis

Precauciones:

- Examen físico y seguimiento
- Efectos sobre el metabolismo de carbohidratos y lípidos
- Función hepática
- Depresión
- Niveles de folatos
- Irregularidades en el sangrado

Interacciones:

- Ciertos antibióticos (ampicilinas, tetraciclinas, y otros)
- Barbitúricos
- Medicamentos que aceleren el tránsito intestinal
- Otros, que en los prospectos se informan

Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer

Nota:

“Transcripción de parte de un estudio patrocinado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) publicado en 2003”

Introducción

Esta información trata solamente de lo que se sabe acerca del uso de los anticonceptivos y el riesgo de desarrollar cáncer. No trata del papel que tiene el uso de hormonas en la menopausia o del efecto secundario más serio del uso de los anticonceptivos; es decir, del riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares en ciertos grupos de mujeres.

Anticonceptivos orales

En la actualidad, en Estados Unidos hay disponibles dos tipos de anticonceptivos orales. Los que se recetan con más frecuencia contienen dos versiones sintéticas de las hormonas femeninas naturales (estrógeno y progesterona) que son semejantes a las hormonas producidas normalmente por los ovarios. El estrógeno estimula el crecimiento y desarrollo del útero en la pubertad, hace que el endometrio (el revestimiento interno del útero) se haga más grueso durante la primera mitad del ciclo menstrual y tiene influjo sobre los tejidos del seno durante toda la vida, pero especialmente de la pubertad a la menopausia.

La progesterona, la cual se produce durante la segunda mitad del ciclo menstrual, prepara el endometrio para recibir el óvulo. Si el óvulo es fertilizado, la secreción de progesterona continúa, impidiendo la salida de más óvulos de los ovarios. Por esta razón, la progesterona se conoce como “la hormona que apoya el embarazo” y los científicos piensan que tiene efectos anticonceptivos valiosos. La progesterona sintética que se utiliza en los anticonceptivos orales se llama progestágeno o progestina.

El otro tipo de anticonceptivo oral disponible en Estados Unidos se conoce como la minipíldora. Contiene solamente un progestágeno. La minipíldora es menos efectiva que la píldora combinada para impedir el embarazo, por esta razón se receta con menos frecuencia.

Los científicos han estado investigando una posible conexión entre el uso de los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer, debido a que las investigaciones médicas sugieren que el cáncer de los órganos reproductores femeninos depende de las hormonas sexuales naturales para su desarrollo y crecimiento. Durante los últimos 40 años los investigadores han puesto mucha atención en las mujeres que usan la píldora. Este escrutinio ha producido una gran cantidad de datos acerca del uso de los anticonceptivos orales y el desarrollo de ciertos cánceres, aun cuando los resultados de estos estudios no siempre han sido consistentes.

Cáncer de seno

El riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de seno depende de varios factores, algunos de los cuales están relacionados con sus hormonas naturales. Los factores hormonales que aumentan el riesgo de cáncer de seno son aquellos estados que pueden permitir la persistencia de niveles elevados de estrógeno durante largos períodos de tiempo, como la edad precoz al menstruar por primera vez (antes de los 12 años), una edad tardía para la menopausia (después de los 55 años de edad), el haber tenido hijos después de los 30 años de edad y el no haber tenido hijos.

Debido a que muchos de los factores de riesgo de cáncer de seno están relacionados con las hormonas naturales y dado que las píldoras anticonceptivas funcionan al manipular esas hormonas, se ha manifestado cierta preocupación acerca de los posibles efectos de medicamentos como los anticonceptivos orales en el riesgo de cáncer de seno, especialmente si se toman por muchos años. Ya ha transcurrido tiempo suficiente desde que se introdujo la píldora para el control de la natalidad para permitir que los investigadores estudien un gran número de mujeres que tomaron los anticonceptivos por muchos años. Aun cuando los resultados de algunos de estos estudios no han sido consistentes.

En un estudio patrocinado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) publicado en 2003, los investigadores examinaron los factores de riesgo de cáncer de seno entre mujeres de 20 a 34 años comparadas con mujeres de 35 a 54 años. Los investigadores analizaron datos de 2.202 mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de seno entre 1990 y 1992, y 2.209 mujeres que no tuvieron cáncer de seno. Los resultados indicaron que el riesgo de cáncer de seno fue significativamente mayor para mujeres de 20 a 34 años que habían usado anticonceptivos orales al menos por 6 meses. El riesgo relacionado con el uso de anticonceptivos orales fue mayor para mujeres que habían usado anticonceptivos orales en los 5 años del diagnóstico de cáncer de seno. Aunque también elevado, el riesgo fue menor para mujeres mayores de 35 años y para quienes usaron los anticonceptivos por períodos más largos de tiempo.

Un análisis de 1996 de datos epidemiológicos en el ámbito mundial llevado a cabo por el Grupo de Colaboración sobre Factores Hormonales en Cáncer de Seno encontró que las mujeres que usaban o que habían usado la píldora para el control de la natalidad tenían un riesgo ligeramente elevado de desarrollar cáncer de seno. Sin embargo, 10

años o más después de haber dejado de tomar la píldora, su riesgo de desarrollar cáncer de seno regresó al mismo nivel como si no hubieran usado nunca píldoras para el control de la natalidad. Para llevar a cabo este análisis, los investigadores examinaron los resultados de 54 estudios. Los análisis comprendieron a 53.297 mujeres con cáncer de seno y a 100.239 mujeres sin este cáncer. Más de 200 investigadores participaron en este análisis combinado de sus estudios originales, los cuales representaron cerca del 90 por ciento de los estudios epidemiológicos de todo el mundo que habían investigado la posible relación entre los anticonceptivos orales y el cáncer de seno.

El regreso del riesgo a niveles normales después de 10 años o más de no tomar anticonceptivos fue consistente sin importar los antecedentes familiares de cáncer de seno, los antecedentes de reproducción, el área geográfica de residencia, antecedentes étnicos, diferencias en el diseño del estudio, dosis y tipo de hormona o duración del uso. El cambio en el riesgo, en general, se mantuvo con respecto a la edad en la que se empezó a tomar la píldora; sin embargo, por razones que no se comprendieron en su totalidad, hubo un riesgo que continuaba siendo elevado entre las mujeres que habían empezado a usar los anticonceptivos antes de los 20 años de edad

Cáncer de ovarios y cáncer de endometrio

Estudios han mostrado que el uso de anticonceptivos reduce el riesgo de cáncer de ovarios y endometrio.

La disminución del riesgo de desarrollar cáncer de ovarios y de endometrio en las mujeres que toman anticonceptivos no se aplica a la píldora de tipo secuencial, en la que cada ciclo mensual contiene 16 píldoras de estrógeno, seguidas por cinco píldoras de estrógeno con progesterona. (Las píldoras de tipo secuencial se retiraron del mercado en 1976, de manera que pocas mujeres se expusieron a ellas.) Los investigadores creen que los anticonceptivos orales reducen el riesgo de cáncer sólo cuando su contenido de estrógeno está balanceado con el contenido de progestógeno en la misma píldora.

Cáncer de cérvix

Hay alguna evidencia de que el uso prolongado de la píldora (10 años o más) puede estar relacionado con un riesgo mayor de cáncer de cérvix (la parte estrecha, más baja, del útero). Un análisis de 2003 por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer encontró un riesgo mayor de cáncer cervical por el uso de anticonceptivos orales que haya durado más. Los investigadores analizaron los datos de 28 estudios que incluyeron a 12.531 mujeres con cáncer cervical. Los datos sugieren que el riesgo de cáncer cervical puede disminuir después de que se dejan de usar los anticonceptivos orales. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar qué tanto riesgo siguen teniendo estas mujeres después de haber dejado de usar los anticonceptivos orales.

Tumores de hígado

Hay alguna evidencia de que el uso de anticonceptivos orales puede aumentar el riesgo de ciertos tumores malignos (cancerosos) de hígado. Sin embargo, el riesgo es difícil de

evaluar debido a los diferentes patrones de uso de los anticonceptivos y a que estos tumores son raros en las mujeres estadounidenses (la incidencia es de aproximadamente 2 casos por cada 100.000 mujeres). Se ha descubierto también, aunque muy raramente, un tumor benigno (no canceroso) de hígado llamado adenoma hepático entre quienes toman anticonceptivos orales. Estos tumores no se diseminan pero pueden reventarse y causar hemorragia interna.

Riesgos de coágulos y cardiopatías

Un nuevo estudio demostró que, en las mujeres jóvenes, sanas y con peso normal, el uso de las nuevas píldoras anticonceptivas de "tercera generación" eleva el nivel de una proteína inflamatoria relacionada con la enfermedad cardíaca llamada proteína C reactiva, o PCR.

Esto, a la vez, aumentaría en esas mujeres el riesgo de padecer la formación de coágulos y cardiopatías.

Tanto las píldoras anticonceptivas de segunda como las de tercera generación contienen una forma de estrógeno llamada etinilestradiol más otra hormona llamada progestina.

La diferencia entre ambos tipos de píldora es la clase de progestina que contienen. Los anticonceptivos más modernos contienen desogestrel o gestodeno, mientras que las generaciones anteriores poseen levonorgestrel o norgestrel.

Las píldoras de tercera generación con desogestrel o gestodeno aparecieron para reducir los efectos adversos de los anticonceptivos orales, en especial la enfermedad cardiovascular, explicó el equipo dirigido por la doctora Sabina Cauce, de la Universidad de Udine, en Italia.

Los resultados de la nueva investigación fueron publicados en la revista *Obstetrics and Gynecology*.

No obstante, la evidencia disponible sugiere que, a diferencias de las generaciones anteriores, estas nuevas preparaciones aumentarían el riesgo de que el organismo produzca coágulos sanguíneos.

Para investigarlo, el equipo midió los niveles de PCR, homocisteína (otra proteína relacionada con enfermedad cardíaca) y lípidos a 77 usuarias de anticonceptivos orales de tercera generación y a 200 mujeres de la misma edad pero que no utilizaban anticonceptivos orales.

Los niveles de PCR "de alto riesgo de enfermedad cardiovascular" eran mucho más frecuentes en las usuarias de anticonceptivos que en el resto de las mujeres (el 27,3 y el 8,5 por ciento, respectivamente).

Asimismo, el 32,5 por ciento de las usuarias de anticonceptivos tenía niveles de PCR de riesgo intermedio de enfermedad cardíaca, frente al 11 por ciento del resto.

El uso de los anticonceptivos de tercera generación no alteraba el nivel de homocisteína y parecía tener un efecto positivo sobre el colesterol de las mujeres jóvenes, aunque el equipo observó que también aumentaba los triglicéridos.

Ref. Obstetrics and Gynecology, abril del 2008

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Los dispositivos intrauterinos inertes hoy en día prácticamente no se utilizan, pasaremos a describir primero los que tienen cobre, plata, y luego los hormonales. El dispositivo intrauterino, como recurso anticonceptivo comenzó a utilizarse en forma progresiva en la segunda mitad del siglo XX, pero su uso histórico se remonta al siglo V a.C., cuando se les llamaba pesarios, y debido a su carácter abortígeno Hipócrates renunciaba a ellos: “no colocaré a ninguna mujer un pesario destructor del feto”

"El dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU) induce cambios en la actividad endometrial y en la composición del fluido uterino, lo que provoca una inhibición de la actividad del espermatozoide y de la implantación del blastocisto” estos mecanismos son los mas reconocidos. Por qué algunos profesionales y sociedades dicen que no son abortivos, el motivo es porque afirman que la gestación no se inicia en la concepción (unión del espermatozoide y ovulo), sino con la implantación en la cavidad uterina, pero esto es una resolución arbitraria pues no tiene ningun sustento científico. Si nos remitimos a la biología, veremos lo que dicen los expertos :

1. "Cada uno de nosotros tiene un momento preciso en que comenzamos. Es el momento en que toda la necesaria y suficiente información genética es recogida dentro de una célula, el huevo fertilizado y este momento es el momento de la fertilización. Sabemos que esta información esta escrita en un tipo de cinta a la que llamamos ADN... La vida esta escrita en un lenguaje fantásticamente miniaturizado. -Dr. Lejeune, pionero en genética y ciencia pre-natal, Univ. Paris.
2. «El embrión es un ser humano. Esto es innegable. Cualquier intento de hacer comenzar la vida humana en un momento posterior es arbitrario y no sostenido por argumentación científica» -*Angelo Luigi Vescovi, Profesor de Biología Celular, (Se profesa agnóstico) -co-director del Instituto de Investigación de Células Estaminales del Hospital San Rafael de Milán*

Por último me gustaría resaltar que hay consenso entre ginecólogos y obstetras que cuando concurre una paciente embarazada y tiene colocado un diu es indicación (si los hilos se visualizan) extraer el diu lo mas precoz posible pues el no hacerlo aumenta la posibilidades de aborto, lo que demostraría, sí, su efecto abortivo de un embrión ya implantado.

Veremos algunas de las contraindicaciones:

- Embarazo
- Infección después de un parto o de un aborto
- Sangrado vaginal inexplicado (necesita una evaluación)
- Cáncer del cuello uterino, del endometrio o del ovario
- EPI, actual o en los últimos tres meses
- ETS (cervicitis purulenta), actual o en los últimos tres meses
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna
- Cavidad uterina malformada (incompatible con la inserción del DIU)
- Tuberculosis pélvica diagnosticada

Las complicaciones entre otras pueden ser:

- Quienes utilizan este método anticonceptivo tienen un riesgo mayor de contraer Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI). Si no se trata o si la EPI es recurrente, podría conducir a la infertilidad (dificultades para quedar embarazada) o a la esterilidad (el no poder quedar embarazada).
- Si una mujer queda embarazada con el DIU puesto en su lugar, el mismo debe ser extraído en forma inmediata, ya que el riesgo de aborto espontáneo se eleva a un 50% de probabilidades. Al retirarse el DIU, el riesgo desciende a un 30%.
- Otra posible complicación en el momento de colocarse un DIU o después es la posibilidad de perforación del cérvix o el útero. El tratamiento varía desde la extracción del DIU hasta la reparación quirúrgica.

Con respecto a los diu hormonales (con levonorgestrel) podemos decir que a lo descripto anteriormente se suma su acción hormonal con los posibles riesgos observados, cuando desarrollamos los anticonceptivos hormonales.(migraña, enfermedades arteriales o venosas, trombosis, etc...),lo que podemos agregar es que este diu puede producir amenorreas , folículos persistentes (quistes, en un 12%) que obligan a su seguimiento con controles ecográficos, dado que este diu a pesar que es hormonal no inhibe en un alto porcentaje los ciclos ovulatorios, y es por eso que si bien la probabilidad de embarazo intraútero es muy baja, no lo es tanto con el embarazo ectópico tubario.

Método de barrera

Desarrollaré sucintamente el preservativo debido que es un método muy utilizado, su eficacia para evitar embarazo, esta cercana del 90% (dependiendo de varios factores, edad de la persona , circunstancia de la utilización , etc..), desde el punto de vista médico su contraindicación esta dada por alergia al látex o sus lubricantes.

Ligadura tubaria y vasectomía

Diremos que en la Argentina luego de la ley de salud reproductiva se ha visto un gran incremento de estos procedimientos y a edades mucho más tempranas. Antes de esta ley los médicos debían solicitar autorización a la justicia para realizar este procedimiento, ya que constituye una mutilación, con las consecuencias físicas y psíquicas que este tipo de práctica puede traer aparejada.

Las físicas , complicaciones quirúrgicas de toda intervención, hematomas, infecciones, riesgos anestésicos, etc..

Complicaciones alejadas de la intervención: embarazos ectópicos, irregularidades menstruales, hidrosalpinx, dolor pélvico inespecífico, fracaso de la ligadura de trompas, etc..

Las mujeres que se han realizado ligadura, sabemos que por distintas causas (hay entre un 10-15 %) desean revertir su esterilización para volver a tener hijos. El Dr. Minguez Milio de la Clínica Universitaria de Navarra en una reciente publicación informa que con técnica de microcirugía para revertir la ligadura se consigue una tasa media del 55% de embarazos, índice que podría superar el 70 % en mujeres menores de 35 años. Estas cirugías se están realizando cada vez con mas frecuencia debido a la cantidad de ligaduras tubarias que se realizan mundialmente, mostrando que a pesar de toda información que recibe la paciente hay un porcentaje que recurre a esta reparación y otro grupo de pacientes recurren a las fertilizaciones “in vitro” para la búsqueda de embarazo luego de haberse ligado las trompas, es evidente que por más seguridad que la paciente transmita al médico sobre su decisión, nunca podrá estar exenta a circunstancias que hagan revalorar esta situación como factores de orden moral, viudez, pérdida de un hijo luego del procedimiento, edad de la paciente , etc...

Con la vasectomía que también pueden tener sus complicaciones quirúrgicas, existe un grupo de paciente entre 2-4% que solicitan recuperar su fertilidad, y en estos casos los porcentajes de éxito serán variables de acuerdo a la técnica empleada y al tiempo transcurrido.

Habiendo hecho esta breve revisión de algunas de las posibles complicaciones de métodos anticonceptivos artificiales, me gustaría contarles, que es lo que pasa con las consultas ginecológicas respecto a la planificación familiar en nuestro país.

La mayoría de las pacientes concurren solicitando un método de anticoncepción, muchas directamente solicitan las pastillas, otras ya concurren habiendo comenzado a tomarlas pues son las que toman sus amigas, o las pidió en la farmacia, lo mismo y cada vez con mas frecuencia ocurre con la pastilla del día después. Con respecto al diu la tendencia de su utilización va en franco aumento desde la ley de salud reproductiva y sobre todo en los centros de atención primaria en barrios de bajos recursos, repitiendo así la tendencia mundial de utilización de este método en países subdesarrollados, donde ciertas políticas quieren reemplazar la educación y formación necesaria para la libre elección , por una anticoncepción y esterilización que hacen perder el verdadero significado de la sexualidad en la persona y modifican los patrones naturales de la fertilidad.

La anticoncepción entro tanto en la sociedad que hoy en día, la fertilidad paso hacer un conflicto diario para muchas mujeres, la angustia con que viven su fertilidad hace que busquen continuamente la seguridad de no quedar embarazada, y cuando se les informa que ni la ligadura tubaria tiene 100 % de seguridad, algunas llegan a querer combinar más de un método para lograr disminuir su ansiedad.

Qué pasa con nuestros jóvenes y la anticoncepción; la toma frecuente de la píldora del día después, ya no es un tema exclusivo del ámbito médico, los diarios y noticieros muestran el descontrol que existe con este tema.

Así lo demuestran los siguientes titulares:

Crece el consumo de la "píldora del día después" **Muchas jóvenes reemplazan los tradicionales métodos anticonceptivos. Los especialistas advierten que su uso regular implica riesgos.** domingo, 13 de abril de 2008 (infobae)

“Un instituto británico reparte la píldora del día después tras la orgía de 200 alumnos”24/3/08 diario LA VOZ DE GALICIA

Qué pasa con los adultos que tienen responsabilidad con la educación de nuestros jóvenes.

Existen médicos que indican anticonceptivos y preservativos para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes creyendo que con esto disminuirá los embarazos y enfermedades de transmisión sexual, las últimas décadas nos muestra que estas dos circunstancias van en franco aumento con este tipo de programas, y no se realizan políticas activas de cambio de actitudes como sería promover la fidelidad y la abstinencia sexual.

En muchos colegios si se habla de abstinencia sexual llegan a molestarse, pues creen que la educación sexual es informar sobre anticoncepción.

Todos estos ítems muestran una realidad no muy alentadora, pero les aseguro que ya se comienza a ver un cambio, desde instituciones internacionales (OMS – UE) que promovían hasta hace pocos años la anticoncepción, hoy no solo promocionan los métodos naturales, (sintotérmico y método de la ovulación) con alta eficacia cuando se los aprende bien; sino que también hay programas de educación que informan a los jóvenes las ventajas de la abstinencia y fidelidad.(Ej. Protege tu corazón)

Hace muchos años, cuando dejé (en mi práctica médica) de recetar anticoncepción, una de las preguntas que me surgía ante esta decisión era, como iban a reaccionar las pacientes. Y mi sorpresa fue que ante la explicación del por qué no a la anticoncepción y por qué sí a la planificación o regulación natural de la fertilidad, me encontré con una gran receptibilidad. Tanto es así que se abrió un curso mensual, donde no solo van pacientes que buscan espaciar nacimientos sino también aquellas que buscan lograr embarazo.

Ninguna mujer se molestó por no indicarles anticonceptivos, y sí, todas sin excepción se mostraron agradecidas por toda la información y la visión integral de la salud sexual. Aunque algunas referían que por circunstancias y estilos de vida particulares, no encontraban en los métodos naturales la respuesta a sus necesidades, por lo que consultarían con otro ginecólogo.

Estas referencias junto con la de tantos colegas y personas que están promocionando activamente la regulación natural de la fertilidad, brindan la posibilidad de pensar con

ilusión en la puesta en marcha de los valores antropológicos que deben articular toda cultura.

Para finalizar debemos saber que puede ser, que la ciencia y la técnica descubran el anticonceptivo inocuo, pero lo cierto es que lo que se entiende por “sexo seguro”, carece por completo de historia posterior y de fiesta. Pues se hace rutinario y no remite más que así mismo. La sensación amarga del egoísmo implica que de eso no se habla.

Pero lo cierto es que el sexo es una realidad rica y delicada y pierde su encanto y belleza cuando se la instrumentaliza. Saber esperar y respetar las condiciones de amor y exclusividad, son las vías que hacen que el amor se transforme en una fiesta, en la celebración de una boda, allí comienza una historia, es el momento solemne del encargo originario de perpetuar la familia

Bibliografía:

Cáncer de seno

Althuis MD, Brogan DD, Coates RJ, et al. Breast cancers among very young premenopausal women (United States). *Cancer Causes and Control* 2003; 14(2):151–160.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347:1713–1727.

Cánceres de ovarios y de endometrio

The Centers for Disease Control. Oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer: The Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study. *Journal of the American Medical Association* 1983; 249:1596–1599.

The Centers for Disease Control. Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer: The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. *Journal of the American Medical Association* 1987; 257(6):796–800.

The Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. The reduction in risk of ovarian cancer associated with oral contraceptive use: The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. *New England Journal of Medicine* 1987; 316:650–655.

Hankinson SE, Colditz GA, Hunter DJ, et al. A quantitative assessment of oral contraceptive use and risk of ovarian cancer. *Obstetrics and Gynecology* 1992; 80(4):708–714.

Narod SA, Risch H, Moslehi R, et al. Oral contraceptives and the risk of hereditary ovarian cancer. Hereditary Ovarian Cancer Clinical Study Group. *New England Journal of Medicine* 1998; 339(7):424–428.

Cáncer de cérvix

Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(18):1406–1414.

Moreno V, Bosch FX, Munoz N, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: The IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359(9312):1085–1092.

Smith JS, Green J, de Gonzalez AB, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: A systematic review. *Lancet* 2003; 361(9364):1159–1167.

Tumores de hígado

Palmer J, Rosenberg L, Kaufman DW, et al. Oral contraceptive use and liver cancer. *American Journal of Epidemiology* 1989; 130:878–882.

Rooks JB, Ory HW, Ishak KG, et al. Epidemiology of hepatocellular adenoma: The role of oral contraceptive use. *Journal of the American Medical Association* 1979; 242:644–648.

Tao, LC. Oral contraceptive-associated liver cell adenoma and hepatocellular carcinoma. *Cancer* 1991; 68