

## SALUD REPRODUCTIVA, HOY

### REPRODUCTIVE HEALTH TODAY

Carlos R. López, Gladys Ponte

#### ABSTRACT

Sexual and Reproductive Health are considered at present as a Human Right that must be guaranteed by the State. In Argentina some Federal, Provincial and Municipal Laws have been sanctioned in order to guarantee this right through programs that bring information, counselling and implementation in the use of contraceptive methods, prevention, diagnosis and treatment of sexually transmitted infections and genitomammary pathologies. Many Institutions, including Universidad Nacional de Córdoba, have been incorporated in these programs.

Contraceptive methods have selection criteria and indication for its use that are described in this publication, for the purpose to explain indications, side-effects, advantages and disadvantages of each one of them; as well as their best usefulness in the three stages of reproductive life: adolescence, sexual maturity and premenopause.

Finally, the Eligibility Criteria were synthesized for the use of contraceptive methods, performed by the OMS in 1996.

#### RESUMEN

La Salud Sexual y Reproductiva es considerada en la actualidad un Derecho Humano que debe ser garantizado por el Estado. En Argentina se han dictado leyes federales, provinciales y municipales para garantizar este derecho, a través de Programas que brindan información, consejería e implementación en el uso de métodos anticonceptivos; prevención,

diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y patologías genitomamarias. Numerosas instituciones, incluyendo la Universidad Nacional de Córdoba, se han incorporado a estos Programas.

Los métodos anticonceptivos tienen criterios de selección e indicación para su uso que son descriptos en esta publicación, a los efectos de precisar las indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas de cada uno de ellos, como también su mejor utilización en las tres etapas de la vida reproductiva: adolescencia, madurez sexual y premenopausia.

Finalmente, se sintetizan los Criterios de Elegibilidad para uso de métodos anticonceptivos elaborados por la OMS en 1996.

#### SALUD REPRODUCTIVA, HOY

La OMS define a la Salud Sexual y Reproductiva como **"el logro de relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción, sin temor de infecciones ni de embarazo no deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos, tener un embarazo y partos seguros y criar hijos sanos y saludables"**.

La OMS define el derecho a la planificación familiar como **"un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, basados en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país"**.

Lo expresado implica la visión y el propósito común para todos y en todo el mundo que tienen los **Derechos Humanos y el Desarrollo Humano**, de velar por la libertad e integridad de las personas, y se encuentran establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que reconoce por primera vez en la historia a los Derechos Humanos como una responsabilidad de carácter mundial.

En nuestro país el cumplimiento de estos Derechos consagrados en Tratados Internacionales fueron reconocidos y se encuentran vigentes en la Constitución Nacional.

En la Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer, el Estado se compromete a tomar las medidas apropiadas para garantizar a todas las mujeres argentinas el derecho a acceder a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la salud reproductiva.

Estadísticamente se ha demostrado que, en los estratos sociales más vulnerables, ciertos grupos de mujeres y varones ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos.

Para que las mujeres y hombres de este país alcancen los objetivos constitucionales y la igualdad ante la Ley, el Poder Ejecutivo de la Nación sancionó la **Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud Pública de la Nación, sin restricciones en su alcance y coordina acciones junto a los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente.**

El mismo debe garantizar a toda la población el acceso a un modelo de atención que brinde una cobertura y respuesta sistematizada a la demanda de mujeres y varones y deberá brindar información y consejería en materia de sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA, y patologías genitales y mamarias.

La reforma constitucional del año 1994, incorporó a través del art 75, inc. 22, la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño, que entiende por interés superior del mismo el ser beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del nivel más elevado de salud, y dentro de ellas la prevención y atención de la salud sexual y procreación responsable. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna, manteniendo confidencialidad sobre sí misma y respetando su privacidad. En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional actuante, se prescribirán métodos de barrera, en particular el uso del preservativo, a los fines de prevenir ITS y VIH/SIDA, y cuando el profesional así lo considere podrá prescribir todos los otros métodos autorizados por el ANMAT

En la Provincia de Córdoba, la Ley N° 9073, creó el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable, adhiriendo a la Ley Nacional N° 25673 en todo lo no legislado en la Ley Provincial.

En el orden Municipal la Ordenanza 9497/96 y el Decreto Reglamentario 117/96, creó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, para la ciudad de Córdoba.

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNC aprueba, mediante la Resolución N° 110/03 la creación y puesta en marcha del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, en coordinación con Bienestar Estudiantil y el Programa Pasos, con alcance a todos los estudiantes universitarios.

## SALUD REPRODUCTIVA EN CIFRAS

La Mortalidad Materna junto a la Mortalidad Infantil, son indicadores del desarrollo y situación socioeconómica de un país, de la organización del sistema de salud y de la cobertura y calidad de los servicios materno-infantiles.

La OMS define Mortalidad Materna como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y sitio del



embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o a su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

En Argentina se estima que 500 mujeres mueren al año, mientras que el estado de salud de otras 15.000 queda con secuelas de diferente magnitud por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

El riesgo de muerte materna es un proceso recurrente, que se acrecienta con cada embarazo, mientras que las defunciones maternas en su gran mayoría son evitables, encontrándose el aborto provocado como una de las principales causas no obstante contar con conocimientos científicos y tecnológicos para impedirlos.

La muerte de mujeres provocadas por problemas ocurridos en el proceso reproductivo es un hecho profundamente negativo en la comunidad en la cual se producen, ocasionando un daño e impacto familiar y social de una magnitud, y trascendencia imposible de medir. La OMS informa los siguientes datos a nivel mundial, en relación a esta problemática:

- Mortalidad Materna: 585 mil mujeres/año.
- Morbilidad Grave en la Gestación: 7 millones mujeres/año.
- Complicaciones en el puerperio: 50 millones mujeres/año.
- 130 millones de partos/anuales, sólo la mitad asistidos por personal capacitado.
- 175 millones de embarazos al año, la mitad son no deseados.
- Cada año se producen 333 millones de nuevos casos de ITS.
- Cada año ocurren 14 millones de embarazos adolescentes.

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos conocidos en la actualidad se clasifican en:

- Abstinencia Periódica
- Barrera
- Métodos Hormonales
- Dispositivo Intrauterino
- Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)

## CRITERIOS DE SELECCIÓN E INDICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

### Abstinencia Periódica

Se basa en la abstinencia sexual dentro del período de fertilidad fisiológico. Está relacionado con la ovulación y la supervivencia de los gametos. De todos los métodos (Temperatura Basal, Ogino - Knaus y Billings), los dos últimos han demostrado ser los más efectivos.

#### Método de Billings

Se realiza a partir del reconocimiento de las variaciones cíclicas del moco cervical. Se inicia la abstinencia el día que se inicia el período húmedo, hasta dos días después de su desaparición.

**Indicación:** Ciclos menstruales regulares. Posibilidad de relaciones sexuales programadas.

**Contraindicación:** Relaciones sexuales no planificadas.

**Ventajas:** No requiere la intervención del médico ni tiene costo.

**Desventajas:** Requiere fuerte motivación, cooperación e instrucción de la pareja y posibilidad emocional de abstinencia. Dadas las características propias de la población adolescentes es dificultosa su utilización en esta etapa. No protege de las ITS ni el VIH/SIDA.

### Métodos de Barrera

Son una serie de técnicas y procedimientos para prevenir el ascenso de los espermatozoides, que incluyen preservativo masculino y femenino, diafragma, espermicidas y coito interrumpido.

#### Condón o Preservativo Masculino

Es un método de alta efectividad, siempre que se lo utilice en forma correcta y la misma aumenta si se lo combina con métodos químicos.

Es el único método que previene simultáneamente el embarazo y las ITS, por lo que el profesional no debe omitir las instrucciones para su uso.

**Indicaciones:** Para prevenir HIV/SIDA y otras ITS. Relaciones sexuales imprevisitas. . Primeras relaciones sexuales.

**Contraindicaciones:** Alergia al látex.

**Ventajas:** Costo accesible. Previene HIV/SIDA, otras ITS y embarazo. Sin efectos secundarios.

**Desventajas:** Exige compromiso del varón. Interfiere el coito.

#### Condón Femenino

No se ha logrado su difusión en nuestro país. Es una lámina delgada de poliuretano que se ajusta a las paredes de la vagina. Tiene iguales indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas que el preservativo masculino. La mujer participa activamente en la protección de las ITS. Poco usado por su alto costo.

#### Diafragma

El diafragma es un anillo flexible recubierto de látex. Fué un método de elección en la década del 60 y comienzos del 70. Actualmente ha caído en desuso ante el incremento de las ITS y el VIH /SIDA, y el avance tecnológico de los anticonceptivos hormonales y el dispositivo intrauterino. Su efectividad es mayor si se lo utiliza con crema espermicida.

#### Espermicidas

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Las sustancias más utilizadas son Nonoxinol 9 y Cloruro de Benzalconio. Se presentan en formas farmacéuticas de óvulos y cremas. Son métodos de mediana eficacia por lo que se recomienda utilizarlos junto al preservativo o diafragma.

**Indicaciones:** Siempre combinado con preservativo o diafragma.

**Contraindicaciones:** Alergia al espermicida o a algún otro componente. Imposibilidad de aprender su correcta colocación.

**Ventajas:** Colocación fácil. No requiere intervención del médico.

**Desventajas:** Uso previo a cada coito. Requiere alta motivación.

#### Coito Interrumpido

Si bien es un método ampliamente difundido y usado, es de difícil manejo

para los adolescentes, lo que implica baja efectividad. Por su baja eficacia, interferencia en la relación sexual, no proteger de las ITS ni el VIH/SIDA, **no es un procedimiento recomendable.**

#### Dispositivo Intrauterinos (DIU)

Constituye un método altamente efectivo. Actualmente se utilizan los medicados y/o liberadores de metales (cobre) o progestágenos (levonorgestrel) (LNG).

No existen evidencias científicas concluyentes sobre el mecanismo de acción de los DIU. Se acepta que pueden actuar por diferentes mecanismos de acción. Se ha demostrado que todos los DIU provocan una reacción inflamatoria aséptica local de cuerpo extraño, que produce un aumento de la permeabilidad capilar, edema endometrial y aumento de la presencia de macrófagos, con acción gameticida, dificultando la fertilización.

Los DIU liberadores de LNG, además, ejercen un efecto endometrial hostil a la migración espermática que dificulta la fertilización. **El mecanismo fundamental es el preconceptivo.**

**Indicaciones:** Preferentemente para mujeres multíparas. Necesidad de respetar intervalos intergenésicos. Imposibilidad de utilizar otros métodos. Discapacidades mentales y/o psíquicas.

**Contraindicaciones** absolutas y relativas: Enfermedad Inflamatoria Pélvica activa o recurrente. Hemorragia genital sin diagnóstico etiológico. Nuliparidad. Malformaciones Uterinas y otras patologías de la cavidad endometrial. Hipermenorrea. Coagulopatías. Anemia crónica. Antecedentes de embarazo ectópico. Cáncer cervical o endometrial.

**Ventajas:** Alta efectividad. Desvinculado del coito. No exige uso reiterado.

**Desventajas:** Mayor sangrado menstrual. Aumenta la dismenorrea. Requiere intervención del médico para su inserción y control periódico.

Los controles deberán efectuarse al mes, a los 3 meses y luego semestralmente o anualmente, con examen ginecológico completo.

Su indicación en adolescentes estaría reservada para aquellas imposibilitadas de utilizar otros métodos por

contraindicaciones orgánicas o psicossociales.

### **Métodos Hormonales**

#### **Clasificación**

Orales

- Monofásicos (1)
- Trifásicos (1)
- Minipíldora (2)
- Dosis Unica Mensual (1)
- De Emergencia (2)

#### **Inyectables**

- Mensual (1)
- Trimestral (2)

Intracorpóreas

- DIU Medicados (2)
- Implantes (2)

(1) Combinados con estrógeno y progestágeno

(2) Progestágeno solo

**Mecanismo de acción:** los anticonceptivos hormonales actúan sobre los centros del hipotálamo e hipófisis inhibiendo la secreción de gonadotropina FSH, interrumpiendo el eje hipotálamo - gonadal, impidiendo la ovulación.

El estrógeno es activo por vía oral durante 24 a 36 horas y además de inhibir la secreción de FSH actúa sobre los tejidos del tracto genital, modifica el metabolismo lipídico, y modifica los factores de coagulación favoreciendo las trombosis.

Los efectos metabólicos de los estrógenos son dosis dependientes por lo que es fundamental indicar dosis bajas compatibles con eficacia anticonceptiva.

El progestágeno inhibe principalmente la secreción de la LH. También se le reconoce un acción endometrial, produciendo un endometrio atrofico, hipoplásico, espesamiento del moco cervical, acción sobre las secreciones de las trompas y su peristaltismo, perturbando el ascenso de los espermatozoides.

Los progestágenos no asociados a estrógenos pueden ser administrados por vía oral, inyectable intramuscular o por sistemas liberadores: DIU o implantes en tejido celular subcutáneo.

Contraindicaciones absolutas de la anticoncepción hormonal

Neoplasias genitomamarias. ...

Accidentes tromboembólicos o tromboflebitis. Accidentes cerebrovasculares o coronarios. .

Tumores hepáticos benignos o malignos. Insuficiencia hepática. Antecedentes de colestasis en el embarazo. Cirrosis. Síndrome de Rotor y Dubbin Jonson. Cefaleas en caso de síndrome jaquecoso con aura.

#### **Contraindicaciones relativas de la anticoncepción hormonal**

Diabetes. Epilepsia. Dislipemia. Procesos varicosos severos. Cefaleas severas. Glaucoma / lentes de contacto. Depresión. Hipertensión arterial. Tabaquismo. Melanoma / cloasma. Anemia de células falciformes. Interacción con otras drogas de uso continuo (Rifampicina, Anticonvulsivantes). Hemorragia genital de causa desconocida. Historia familiar de ACV o infartos en menores de 50 años. Imposibilidad de seguir las instrucciones de la píldora. Antecedente de fracaso o abandono reiterado de AO.

**Ventajas y Beneficios:** Alta eficacia. Desvinculado del coito. Producen ciclos menstruales regulares. Disminución de la dismenorrea. Disminución del sangrado menstrual. Algunas combinaciones mejoran el acné. Protección de anemias ferropénicas. Mejoran la densidad mineral ósea. Excelente reversibilidad. Prevención del Ca de Ovario, del Ca de Endometrio, Embarazo Ectópico y la Endometriosis.

**Desventajas:** No protege contra las ITS/ SIDA. Requiere motivación. Dificultad de asumir la obligatoriedad de la toma diaria. Deben usarse con prescripción médica.

**Indicaciones:** pacientes con ciclos regulares a partir del 2do-3er año de edad ginecológica, sin contraindicaciones absolutas, valorando las contraindicaciones relativa.

#### **Instrucciones de Uso**

Se deberán cumplir los siguientes pasos:

1. Historia clínica minuciosa para detectar factores que contraindiquen el método.

2. Examen clínico, control de tensión arterial.

3. Examen genitomamario.

4. Si bien es aconsejable efectuar estudio colpocitológico y laboratorio de rutina, no debe considerarse imprescindible para iniciar el uso del método.

5. Corroborar que la paciente comprenda las indicaciones de uso.

6. Advertir sobre la posibilidad de hemorragia genital intracíclica.

### **Seguimiento**

Se deberá realizar control anual a través del examen clínico ginecológico, tensión arterial, Papanicolaou y laboratorio de rutina.

En las adolescentes los controles deben ser más cercanos para asegurar el uso correcto y despejar dudas acerca de algunos posibles efectos colaterales a fin de mejorar la adhesión y continuidad del método. Los controles se realizarán al mes y cada 3 meses con un criterio clínico flexible.

No hay razones científicas que avalen períodos de descanso del método.

### **Anticoncepción de emergencia**

**Organización Mundial de la Salud (OMS) 2000:** "La anticoncepción de emergencia consiste en un método anticonceptivo que puede ser utilizado dentro de las 72 hs posteriores a una relación sexual no protegida para prevenir un embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos de emergencia son efectivos, seguros y simples de utilizar por la mayoría de aquellas mujeres que puedan necesitarlo".

Indicaciones de uso: Dentro de las 72 horas, lo más cercano posible al coito de riesgo.

1 comprimido cada 12 horas (Levonorgestrel 1 0.075 mgr). Dosis total 2 comprimidos.

### **Método de Lactancia Amenorrea (MELA)**

Es un hecho conocido que la lactancia tiene efecto en la fertilidad de la mujer en los primeros meses después del parto. Debido a que el organismo de cada mujer es diferente, es difícil predecir por cuánto tiempo la lactancia suprimirá la fertilidad

por lo que la lactancia por sí sola no es una forma fiable de evitar el embarazo para la mayoría de las mujeres.

El Método de Lactancia y Amenorrea (MELA), es un método anticonceptivo basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la lactancia y debe cumplir tres criterios: amenorrea, lactancia completa (aún durante la noche) y menos de seis meses post parto. Los estudios han demostrado que las mujeres que cumplen dichos criterios tienen una tasa de embarazo inferior al 2%.

Las usuarias de MELA lo encuentran fácil de utilizar, eficaz y seguro. El método, aceptable tanto para las mujeres como para los hombres, tiene la ventaja adicional de mejorar las prácticas de lactancia de la madre. La consulta prenatal es un buen momento para ofrecer el MELA y también durante el posparto. Los profesionales deberán asegurarse que la mujer interpreta los tres criterios del método y que conoce que necesitará otro método cuando cambie cualquiera de los criterios.

### **NORMAS Y ASESORAMIENTO PARA LA ELECCIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)**

Para establecer el criterio de selección e indicación de un MAC, deben considerarse las diferentes etapas de la vida de la mujer: **adolescencia, madurez sexual y premenopausia.**

#### **Criterios de selección e indicación en la Adolescencia**

La adolescencia, entendida como el período de la vida que se extiende entre los 10 y 20 años, es la etapa donde el abordaje de la anticoncepción constituye un difícil desafío no solo para los profesionales de la salud, sino a otras áreas de la sociedad.

Ante adolescentes sexualmente activos que no desean embarazarse, la anticoncepción debería ser teóricamente una respuesta adecuada y simple. Sin embargo la realidad es mucho más compleja.

Los adolescentes son pacientes particularmente críticos, con dificultades para asumir responsabilidades, portadores

la mayoría de las veces de información errónea y mitos sexuales, por lo que antes de la indicación de algún MAC es imprescindible conocer su sexualidad y el medio social en que están insertos.

La asincronía madurativa bio-psico-social, característica de la etapa del proceso de crecimiento y desarrollo, la historia de vida del adolescente, sus pautas culturales, las de su familia y las de la sociedad en las que se hallan inmersos, inciden en las posibilidades de elección y uso de MAC.

**Los requisitos ideales que debe cumplir un MAC en la adolescencia son:** aceptabilidad, efectividad, reversibilidad, accesibilidad, disponibilidad, demandar un mínimo de planeamiento y motivación, y efectos colaterales mínimos.

#### **Criterios de selección e indicación en la etapa de madurez sexual**

Se aplican los conceptos expresados en la descripción de los métodos anticonceptivos.

#### **Criterios de selección e indicación en la premenopausia**

Los factores que condicionan la elección de un método anticonceptivo en la premenopausia son:

a) **Factores Sociales:** el embarazo provoca disturbios en la actividad laboral y en el funcionamiento familiar.

b) **Factores bio-psico sexuales:** la vida sexual exige métodos anticonceptivos seguros, contracepción no ligada al coito y de larga duración.

c) **Hay necesidad en anticoncepción porque la mayor frecuencia de cromosopatías provoca:** mayor frecuencia de abortos espontáneos, mayor mortalidad perinatal y mayor frecuencia de trisomías 21.

En la etapa premenopáusica merecen consideración en particular los métodos hormonales.

Solo presentan interés en este grupo etario, los combinados modernos de bajas dosis y combinación fija, por ser los de mayor eficacia, los más utilizados, como

así también los más discutidos. Son de poco uso los monohormonales inyectables.

Los anticonceptivos hormonales de baja dosis han demostrado ser seguros utilizados en mujeres premenopáusicas, no fumadoras y con perfil lipídico normal. Presentan además la ventaja de regularizar los ciclos, ejercer protección ósea, reducir el riesgo de cáncer de endometrio y ovario y, administrados por períodos prolongados, no han demostrado aumentar significativamente el riesgo cardiovascular ni el de cáncer de mama. Su administración podrá ser mantenida hasta los cincuenta años, momento en el que se suspenderá durante treinta - sesenta días para realizar dosajes de FSH y Estradiol, para determinar si la mujer ha llegado o no a la menopausia.

Los posibles inconvenientes son: cefaleas, sangrado, falta de protección contra I T S, enmascaramiento del real momento de la menopausia.

Las píldoras monohormonales de gestágenos, si bien no son de elección ni tienen las dos ventajas principales expuestas anteriormente, pueden ser utilizadas en mujeres en esta etapa de la vida y brindan aceptable porcentaje de seguridad y control de síntomas climatéricos.

#### **CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA USO DE MAC ESTABLECIDOS POR OMS**

La OMS en 1994 estableció cuatro categorías aplicables a los MAC en las que se resumen los criterios médicos de elegibilidad elaborados para iniciar el uso de un MAC determinado. Estos criterios se sustentan en los datos clínicos y epidemiológicos disponibles y son la base para los criterios médicos de elegibilidad.

#### **Categoría de la OMS para Métodos Temporales**

**OMS 1: Puede usar** el método libremente. **Ninguna restricción sobre el uso.**

**OMS 2: Puede usar** el método. Las ventajas **generalmente exceden los riesgos comprobados o teóricos.**

OMS 3: **No debe usar** el método a menos que un profesional de la salud haga un juicio clínico que establezca que la usuaria puede usar el método sin riesgo. **Los riesgos probados o teóricos comúnmente exceden las ventajas** del método.

OMS 4: **No debe usar** el método. Las condiciones representan un **riesgo inaceptable para la salud** si el método se usa.

### Criterios Médicos de Elegibilidad Según OMS:

Para su mejor comprensión se han confeccionado cuadros que posibilitan a los profesionales no especialistas poder determinar el tipo de método a cada situación.

### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LOS DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LA OMS, 1996

| CONDICION   | AC<br>O | MPA<br>D | L.tuba<br>ria | DI<br>U | Cond<br>on | Diafrag<br>ma | Natura<br>les | MEL<br>A |
|---|---------|----------|---------------|---------|------------|---------------|---------------|----------|
| <b>Embarazo</b>   | 4       | 4        | E             | 1       | 4          | 1             | -             | -        |
| <b>Edad</b>   |         |          |               |         |            |               |               |          |
| 20-39   | 1       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| 40 o más  | 2       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Fumantes</b>   |         |          |               |         |            |               |               |          |
| > de 35 años  |         |          |               |         |            |               |               |          |
| <20 cigarr/día  | 3       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| >20 cigarr/día  | 4       | 1        | A             |         | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Hipertensión</b>                                     |         |          |               |         |            |               |               |          |
| 140/90-159/99   | 2       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| 160/100-179/109   | 3       | 2        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| >180/110  | 4       | 3        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Diabetes</b>   |         |          |               |         |            |               |               |          |
| En el embarazo  | 1       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| Sin daño vascular<br>insulino<br>o no dependiente       | 2       | 2        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| Con daño vascular o<br>más<br>de 20 años de<br>duración | 4       | 3        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Tromboembolismo</b>                                  |         |          |               |         |            |               |               |          |
| Actual  | 4       | 1        | E             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| En el pasado  | 4       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Cardiopatía<br/>isquémica</b>                        |         |          |               |         |            |               |               |          |
| Actual  | 4       | 3        | E             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| en el pasado  | 4       | 3        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Enfermedad valvular</b>                              |         |          |               |         |            |               |               |          |
| S/complicaciones  | 2       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| C/complicaciones  | 4       | 1        | A             | 2       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Várices</b>  | 1       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Tromboflebitis<br/>Superficial</b>                   | 2       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Cirugía mayor</b>                                    |         |          |               |         |            |               |               |          |
| Con inmovilización<br>prolongada de las<br>piernas      | 4       | 1        | E             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| S/inmovilización  | 2       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>ACV</b>  | 4       | 3        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Cefalea</b>  |         |          |               |         |            |               |               |          |
| Moderada  | 1       | 1        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| <b>Severa</b>   |         |          |               |         |            |               |               |          |
| Recurrente sin signos<br>neurológicos                   | 2       | 2        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |
| Recurrente con signos<br>neurológicos                   | 4       | 2        | A             | 1       | 1          | 1             | 1             | 1        |

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Patrón menstrual</b>                         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Irregular sin sangrado intenso                  | 1 | 2 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Irregular con sangrado intenso                  | 1 | 2 | A | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Sangrado uterino anormal sin diagnóstico</b> | 3 | 4 | E | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Cáncer de mama</b>                           |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Actual  | 4 | 4 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pasado, sin enfermedad en los últimos 5 años    | 3 | 3 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Nódulo mamario sin diagnóstico</b>           | 2 | 2 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Enfermedad mamaria benigna                      | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Historia familiar de cáncer                     | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Cáncer cervical sin tratamiento</b>          | 2 | 2 | E | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Lesión cervical (CIN)                           | 2 | 2 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Cáncer de endometrio u ovario</b>            | 1 | 1 | E | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Tumores de ovario benignos</b>               | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>EPI, pasada, sin riesgo actual para ETS</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Con embarazo posterior                          | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sin embarazo posterior                          | 1 | 1 | E | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Actual o en los últimos 3 meses                 | 1 | 1 | E | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>ETS</b>                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Actual incluido cervicitis purulenta            | 1 | 1 | E | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ETS en los últimos 3 meses                      | 1 | 1 | A | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Vaginitis sin cervicitis purulenta              | 1 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Riesgo aumentado de ETS                         | 1 | 1 | A | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>HIV/SIDA</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Infección con HIV                               | 1 | 1 | A | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Alto riesgo de infección                        | 1 | 1 | A | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| SIDA  | 1 | 1 | A | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Enfermedad biliar</b>                        |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Actual  | 3 | 1 | E | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tratada médicamente                             | 3 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sin síntomas o tratada con cirugía              | 2 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Historia de colestasis (ictericia)</b>       |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Relacionada al embarazo                         | 2 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Relacionada al uso de ACO                       | 3 | 2 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Hepatitis viral</b>                          |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activa  | 4 | 3 | E | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Portadora                                       | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Cirrosis hepática</b>                        |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Moderada  | 3 | 2 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Severa  | 4 | 3 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <b>Tumores hepáticos</b>                        |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Benignos  | 4 | 3 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Malignos                                | 4 | 3 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Miomas                                  | 1 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Historia de embarazo ectópico           | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Obesidad                                | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tiroides                                |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Bocio simple                            | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Hipertiroidismo                         | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Hipotiroidismo                          | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Talasemia                               | 2 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 |   |
| Enfermedad trofoblástica                |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Benigna                                 | 1 | 1 | A | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maligna                                 | 1 | 1 | E | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Anemia falciforme                       | 2 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Anemia ferropriva                       |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Hg 7-10 g/dl                            | 1 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Hg < 7 g/dl                             | 1 | 1 | E | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Epilepsia                               | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Esquistosomiasis                        |   |   |   |   |   |   |   |   |
| S/complicaciones                        | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| C/fibrosis hepática                     | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| C/severa fibrosis hepática              | 4 | 3 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Malaria                                 | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Interacción con otras drogas            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Rifampicina y griseofulvina             | 3 | 2 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Otros antibióticos                      | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Anticonvulsivos excepto ácido valproico | 3 | 2 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Paridad                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Nuligestas                              | 1 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Con embarazo (s) previo (s)             | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Dismenorrea severa                      | 1 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tuberculosis                            | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Endometriosis                           | 1 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Anomalías uterinas                      | 1 | 1 | A | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Amamantación                            |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <6 semanas post-parto                   | 4 | 3 | A | - | 1 | - | 1 | - |
| 6 semanas - 6 meses post-parto          | 3 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| >6 meses post-parto                     | 2 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Post - parto sin lactación              |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <21 días                                | 3 | 1 | E | E | 1 | 1 | 1 | 1 |
| >21 días                                | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Post-aborto                             |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1° trimestre                            | 1 | 1 | A | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2° trimestre                            | 1 | 1 | A | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Después de aborto séptico               | 1 | 1 | E | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |

A= Acepta realizar

E= Espera por un tiempo

ACO= Anticonceptivo combinado oral

MPAD= Depo-provera

DIU= Dispositivo Intrauterino

MELA= Método de la amenorrea de la lactancia

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, suscripta por la Argentina el 17 de Julio de 1980.

2. Ley N° 23179/85, sancionada por el Congreso de la Nación el 8 de mayo de 1985 sobre "Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer".

3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en la ciudad del Cairo, Egipto, en septiembre de 1994. Posición de la República Argentina.

4. Cumbre Mundial a Favor de la Infancia. Nueva York. Septiembre de 1990.

5. Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño, 1992.

6. Plan nacional de Acción y Pacto Federal a favor de la Madre y el Niño. 9 de mayo de 1994. En Etapas y Metas sobre Salud Materna se acuerda: desarrollar programas de Procreación Responsable en todas las jurisdicciones.

7. Investigación desarrollada por el CLACyD (Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo) sobre Salud Sexual y Reproductiva, 1995.

8. Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Mendoza. Año 1997

9. Proyecto de Ley "Programa Integral de Salud Reproductiva", presentado al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 1998.

10. Programa de Salud Reproductiva, Sexual y Planificación Familiar de la Municipalidad de Córdoba, 1998.

11. Documento preliminar "Perspectiva Política y Social de la Mujer Argentina (1980-1995). Hacia la IV conferencia Internacional de Naciones Unidas, Beijing, 1995. Mar del Plata, Setiembre 1994.

12. Lic. Patricia Morey y Arquitecta Liliana Rainiero "GENERO Y PARADIGMAS SOCIALES" Un panorama de las polémicas actuales en relación al género (CICSA), 1998.

13. Manual de "Planificación Familiar: Métodos Anticonceptivos. Curso de educación a distancia. Director: profesor titular DR. WALTER BARBATO.

14. Programa provincial de Salud Reproductiva. Gobierno de Mendoza. Ministerio de Desarrollo Social y Salud, Subsecretaría de Salud.