



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Embarazo no planificado en mujeres en edad joven y su relación con el uso
de métodos anticonceptivos.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Flavia Sánchez

Br. María Colmán

TUTORA: Prof. Agda. Obst. Part. Laura Valli

Montevideo, Enero 2020

Agradecimientos

En primer lugar queremos agradecer a nuestros compañeros de Dpto. de Registros Médicos, del Hospital de la Mujer por permitirnos acceder a la información correspondiente para la realización de dicha investigación.

A nuestra tutora Laura Valli por acompañarnos y guiarnos en este camino, desde el inicio hasta el final.

A cada una de las parteras que se cruzaron en nuestro camino y nos brindaron sus experiencias y conocimientos para nuestra formación.

A nuestras compañeras con las cuales hemos compartido muchas anécdotas, alegrías, tristezas, reuniones, mates, ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo han aportado en un alto porcentaje a nuestras ganas de seguir adelante en esta hermosa carrera.

Gracias a nuestra familia y amigos por ser los principales promotores de nuestros sueños, por cada día confiar y creer en nuestras expectativas.

Gracias.

“Hoy recuerdas el porqué, el cuándo, el cómo... has llegado hasta aquí.”

Tabla de contenidos

AGRADECIMIENTOS.....	Pág. 2
TABLA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	Pág. 4
RESUMEN.....	Pág. 5
ABSTRACT.....	Pág. 7
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 9
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES.....	Pág. 11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	Pág. 20
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	Pág. 57
• Objetivo General.....	Pág. 58
• Objetivos Específicos.....	Pág. 58
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	Pág. 59
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS.....	Pág. 61
• Datos Generales.....	Pág. 62
• Población Objetivo.....	Pág. 63
• Análisis y discusión de datos.....	Pág. 68
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES, CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES.....	Pág. 70
• Conclusiones	Pág. 71
• Consideraciones finales y recomendaciones.....	Pág. 72
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 73
CAPÍTULO VIII: APÉNDICES Y ANEXOS.....	Pág. 76

Tabla de siglas y abreviaturas

ACO: Anticonceptivos Orales.

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.

DIU: Dispositivos Intrauterinos.

HPV: Virus del Papiloma Humano.

ITS: Infecciones de Trasmisión Sexual.

MAC: Métodos Anticonceptivos.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAE: Anticonceptivos Orales de Emergencia.

SIP: Sistema Informático Perinatal.

SSR: Salud Sexual y Reproductiva.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

Resumen

De acuerdo a los datos obtenidos en el informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal año 2017 Centro Hospitalario Pereira Rossell, (CHPR) Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi, los embarazos no planificados alcanzaron el 51,33% siendo 2436 casos, en mujeres mayores de 19 años, por lo tanto surge la inquietud por conocer la prevalencia de embarazos no planificados en mujeres entre 20 y 34 años y su relación con el uso de anticonceptivo.

Esta investigación es de carácter analítico, realizada a través de un estudio cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal, basado en datos extraídos del sistema informático perinatal (SIP) de la historia clínica, sin utilizar datos personales de las usuarias. Este estudio se realizó en una muestra de mujeres determinada por el 100% de las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión en el período del estudio; es decir mujeres que hayan tenido su parto o cesárea en el CHPR en el periodo de Enero a Junio del año 2018, entre las edades de 20 a 34 años cuyo embarazo no fue planificado y hayan utilizado algún método anticonceptivo.

A partir de los datos obtenidos, se realizó dicha investigación, cuyos resultados muestran que desde el 1° de enero del 2018 al 30 de junio del correspondiente año, en el CHPR se constataron un total de 2989 nacimientos, correspondiendo 700 de ellos a mujeres entre 10 y 19 años, 2011 a mujeres entre 20 y 34 años y 278 mujeres entre 35 y 55 años.

Filtrando los datos en relación a los criterios de inclusión y exclusión obtuvimos un total de 1033 nacimientos en donde un 55,30% fueron embarazos no planificados.

Llegando al enfoque final de la investigación se descartaron las mujeres que no utilizaban ningún tipo de método. Dando como resultado una población final de

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

498 mujeres de las cuales el 51,2% utilizaba algún método hormonal sin discriminación de los mismos, un 45,58% corresponden a los métodos de barrera, un 2,61% compete a los métodos mecánicos, Dispositivos intrauterinos (DIU) y 0,60% a los métodos naturales.

Se puede concluir que es de suma importancia un correcto y completo asesoramiento por parte del equipo de salud hacia la población sobre los Métodos Anticonceptivos, además de una buena adherencia por parte de la persona, para así prevenir embarazos no planificados, incluyendo la importancia de la protección contra ITS.

Abstract

According to the data obtained in the report of Management and Perinatal Informatic System, of the year 2017 Pereira Rossell Hospital Center (CHPR) Women's Hospital Dra. Paulina Luisi, unplanned pregnancies reached 51.33% being 2436 cases, in women older than 19 years, therefore the concern arises to know the prevalence of unplanned pregnancies in women between 20 and 34 years and its relationship with the use of contraceptive.

This research is of an analytical nature, carried out through a quantitative, retrospective, cross-sectional study, based on data extracted from the perinatal informatic system of the clinical history, without using personal data of the users. This study was conducted on a sample of women determined by 100% of women who met the inclusion criteria in the study period; that is, women who have had their delivery or caesarean section in the CHPR in the period from January to June of the year 2018, between the ages of 20 to 34 years, whose pregnancy was not planned and have used some contraceptive method.

Based on the data obtained, said investigation was conducted, whose result show that from January 1, 2018 to June 30 of the corresponding year, a total of 2989 births were verified in the CHPR, 700 of them corresponding to women among 10 and 19 years, 2011 to women between 20 and 34 years and 278 women between 35 and 55 years.

Filtering the data in relation to the inclusion and exclusion criteria we obtained a total of 1033 births where 55.30% were unplanned pregnancies.

Arriving at the final focus of the investigation, women who did not use any method were discarded. As a result, a final population of 498 women, of which 51.2% used a hormonal method without discrimination against them, 45.58% correspond to barrier methods, 2.61% corresponds to mechanical methods, intrauterine devices (IUD) and 0.60% to natural methods. It can be concluded that a correct and complete advice by the health team

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

towards the population about Contraceptive Methods is important, as well as a good adherence by the person, in order to prevent unplanned pregnancies, including the importance of STI protection.

Introducción

El trabajo final de investigación fue elaborado por dos estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Medicina, Escuela de Parteras, generación 2011- 2012, cursando la última instancia educativa de la carrera de Obstetra-Partera según pauta de facultad, como requisito para la acreditación del título.

Busca enfocarse en el embarazo no planificado en mujeres en edad joven y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, en el CHPR durante el período comprendido entre Enero a Junio del año 2018.

El interés de la investigación surge durante la rotación de internado, en diferentes Centros Hospitalarios y Policlínicas periféricas.

Las autoras se han enfrentado a varios casos, los cuales orientaron a considerar dicha interrogante: “¿Cuál fue la incidencia de embarazos no planificados en mujeres que usaban un método anticonceptivo?”.

Considerándose que podría ser de utilidad realizar esta investigación para poder conocer el número de embarazos no planificados y cuál es su relación con los Métodos Anticonceptivos.

Una vez obtenidos los resultados, se analizaron para conocer la prevalencia del embarazo no planificado que se debieron a una falla del método anticonceptivo utilizado, refiriéndose falla a la falla del método y/o mal uso del mismo.

Considerando que la Obstetra Partera es la persona con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable que proporciona atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital, desarrollando promoción y prevención a través del asesoramiento y educación para la salud, dirigidos a la mujer, familia y

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

comunidad. Esto incluye la educación prenatal y preparación para el parto, nacimiento, puerperio y crianza, enfocada hacia la salud integral de la mujer y, en particular, hacia su salud sexual y reproductiva.

Se planteó como objetivo general, conocer la prevalencia de embarazos no planificados y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres entre 20 y 34 años, que hayan tenido su parto o cesárea en el CHPR, en el período de tiempo Enero-Junio del año 2018.

La metodología de la investigación es cuantitativa, de corte transversal, descriptivo y retrospectivo.

Para el análisis y tabulación de los datos se utilizó el programa Excel, donde fueron procesados los datos, representados en tablas y gráficas pertinentes al tipo de cada variable.

Los datos fueron obtenidos mediante el Departamento de Registros Médicos, fuentes secundarias (auditorías del SIP).

Se plantearon las siguientes variables:

- Edad
- Gestas Previas
- Planificación del embarazo
- Métodos anticonceptivos

El presente trabajo está organizado de capítulos con el siguiente orden: resumen/ abstract, Introducción, CAPÍTULO I: Antecedentes de investigaciones internacionales, CAPÍTULO II: Marco teórico, CAPÍTULO III: objetivos Generales y específicos, CAPÍTULO IV: metodología, CAPÍTULO V: Presentación análisis y discusión de datos, CAPITULO VI: Conclusiones, consideraciones y recomendaciones, CAPÍTULO VII: Referencias bibliográficas, CAPÍTULO VIII: Apéndices y Anexos.

CAPÍTULO I

Antecedentes

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

A través de esta investigación llevada a cabo por Rassi et al. (2013), realizada en Hospital Metropolitano en Sídney, Australia, sobre la prevalencia de embarazos deseados y no deseados, se observa que en la población de estudio el porcentaje de embarazos no planificados fue bajo, de 1554 mujeres, un total de 1218 (67.6%) refirieron haber planificado su embarazo, mientras que el 2% de la población encuestada refirió no haberlo planificado, los mismos se dan en mujeres de edad joven, que no se encontraban en pareja estable y de origen asiático. A su vez la mayoría de estas mujeres no contaban con un método anticonceptivo, ya sea por desconocimiento de ellos o por no contar con accesibilidad de los mismos.

En este estudio lo que se tuvo en cuenta fue la falta de cuidados preconcepcional, en las mujeres que si planificaron su embarazo, como por ejemplo el abandono de hábitos tóxicos y consulta preconcepcional.

Los expertos creen que una estrategia efectiva para abordar este tema es mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

Cabe destacar que en Uruguay se cuenta con el decreto de Reglamentación sobre métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud desde el 1° de febrero de 2011, garantizando la Ley 18.426 en Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, disponiendo a la población una serie de prestaciones sin costo mejorando así el acceso de métodos anticonceptivos, en la mayoría de los centros de salud pública. (Decreto 009-011, 2011).

Destacando la implementación del implante subdérmico en el año 2015 luego de la realización de un plan piloto en el año 2014. (El país, 2016).

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Los datos obtenidos en la investigación realizada por el Departamento de Investigación de Salud Sexual y Reproductiva del UCL en Centro Margaret Pyke, Londres, por Pratt et al. (2010), concluye que los embarazos no planificados se dan como resultado de un uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, se observó la influencia del acceso a los métodos, el conocimiento de los mismos, la influencia social, las creencias personales. Por lo tanto el identificar estos factores fue la clave para modificarlos y así obtener una mejor adherencia a los anticonceptivos.

Los objetivos de la investigación realizada por el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas y col. (2014) fueron evaluar el conocimiento y las actitudes de Obstetras Parteras y Ginecólogos en América Latina, con respecto a los embarazos no deseados y el uso de anticonceptivos orales combinados (ACO).

El conocimiento de estos profesionales con respecto a la falla de los ACO fue bajo, estos profesionales creían que sus pacientes generalmente olvidaban tomar una píldora.

Dichos profesionales encontraron varias investigaciones sobre el fracaso de Métodos Anticonceptivos y embarazos no deseados, a su vez hallaron el mismo estudio realizado en Irán que demostraba alta tasa de anticoncepción, debido a que el aborto es ilegal. Muchos embarazos no deseados probablemente terminen en procedimientos clandestinos y con frecuencia inseguros, con resultados adversos para la salud. El nivel de embarazo no deseado disminuyó del 32% en el año 2000 al 21% en el año 2009, mientras que el uso de anticonceptivos aumentó, por lo tanto concluyeron que existe alta tasa de embarazo no deseado, debido a que las mujeres experimentan un

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, o no uso de los mismos.

La investigación “Prácticas anticonceptivas entre mujeres.” fue llevada a cabo en Australia, por Richters et al. (2012 y 2013), realizando entrevistas telefónicas a 5654 mujeres heterosexualmente activas, entre 16 y 49 años. Se observó que un 44% no usaban un método anticonceptivo, ya sea porque estaban embarazadas o deseaban un embarazo, 25% afirmó que ellas o sus parejas eran infértiles, el 5% no tenían actualmente relaciones sexuales, el 3% estaban en menopausia y el 25% estaban en riesgo de embarazo no deseado. Del total de la población el 66% usaron un método, a su vez el 33% utilizó anticonceptivos orales, el 30% utilizó anticonceptivos de barrera y 19% como método principal utilizado fue la esterilización.

A su vez los datos obtenidos fueron comparados con datos del 2001-2002 resaltando que el uso de preservativos, DIU, implantes y anticoncepción de emergencia ha aumentado y el uso de la esterilización ha disminuido.

Por ende se concluye que las mujeres australianas tienen acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, donde la mayoría de los embarazos no deseados es probable que sea atribuible a la falla del método o al mal uso del mismo.

El estudio “Diferencias raciales/étnicas en el embarazo no deseado” realizado por Kim et al. (2010) examinó los factores asociados con diferencias raciales y étnicas en embarazos no deseados entre mujeres en los Estados Unidos, usando el modelo social ecológico. Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de 2006 hasta 2010.

Los análisis encontraron que las mujeres afrodescendientes e hispanas tenían una mayor probabilidad de embarazo no deseado en comparación con mujeres

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

blancas.

El estudio explica que el 51% de los embarazos no deseados pertenecen a mujeres de raza negra y el 49% pertenece a la raza blanca. El 73% a las mujeres hispanas y el 27% a las mujeres blancas.

Algunos factores que contribuyeron en la encuesta fueron en la raza negra: edad, estado civil, edad de la madre en su primera gesta, nivel socioeconómico. Y entre las mujeres hispanas y blancas estos factores: edad, nacimiento en los EE.UU, educación y estado civil. Concluyendo así que las mujeres que tienen mayor riesgo de un embarazo no deseado son mujeres jóvenes, mujeres sin pareja estable, de bajos ingresos, bajo nivel educativo y mujeres nacidas fuera de EE. UU.

En Australia fue realizada una investigación denominada “Prevalencia y distribución de embarazos no deseados” por Rowe et al. (2016), por medio de encuestas a mujeres y hombres entre 18 y 51 años, estudiando así la prevalencia de los embarazos no deseados y determinando factores sociales modificables para la prevención de embarazos no deseados.

De los encuestados un 69% fueron mujeres y un 31% hombres, de las cuales un 40% experimentó un embarazo no deseado y el 13% de los hombres no deseaba el embarazo de su pareja.

Los factores de riesgo analizados fueron: Adolescencia: (Mujeres 1.634 - Hombres 1.055). Habiendo experimentado alguna vez coacción sexual (Mujeres 1.944- Hombres 1.657). Desventaja socioeconómica (Mujeres 1.808 - Hombres 1.360), Viviendo en un área rural (Mujeres 1.403- Hombres 1.583), y para los hombres nacidos en el extranjero (1.989) se asociaron significativamente con embarazos no deseados.

Por ende se pudo ver que las políticas de salud pública y las iniciativas de servicios de salud deberían priorizar la prevención de la coacción sexual, la reducción de la desigualdad social y reducción de la desigualdad geográfica

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

para aquellos que residen en áreas rurales.

El Instituto Guttmacher (2015), buscó calcular las tasas de embarazo en los años 2008 y 2011 en los Estados Unidos, de acuerdo a las “intenciones” de embarazo y los resultados de los mismos, denominándolo “Disminución del embarazo no deseado”.

Los datos fueron obtenidos por la Encuesta Nacional de Familia Crecimiento y de la encuesta nacional de pacientes que tuvieron abortos, datos sobre nacimientos en el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, y datos sobre abortos inducidos de un censo Nacional de proveedores de aborto; el número de abortos espontáneos fue estimado usando datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar.

Se constató que un 45% de los embarazos fueron involuntarios en 2011, en comparación con un 51% en 2008. La tasa de embarazos no deseados entre 2008 y 2011 de mujeres en edad reproductiva óptima y adolescentes (19 a 44 años) se redujo en un 18%; la incidencia de embarazos no deseados disminuyó en más del 25% entre las niñas de 15 a 17 años, en mujeres cuyos ingresos estaban por debajo del nivel socioeconómico aceptable, y aquellas que no tenían educación secundaria.

El porcentaje de embarazos no deseados que terminan en aborto se mantuvo estable durante el período estudiado (40% en 2008 y 42% en 2011). En mujeres y adolescentes, la tasa de embarazos no deseados que terminó en el nacimiento disminuyó de un 27% en 2008 a un 22% en 2011.

Por lo tanto los investigadores concluyeron que los embarazos no deseados han disminuido y son más comunes y frecuentes en las mujeres y adolescentes que tienen un nivel socioeconómico deficitario, bajo nivel educativo y se encuentran sin pareja estable.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

El objetivo de este estudio realizado por Vásquez et al. (2006), fue describir la prevalencia y las características del embarazo involuntario en Hispanos de Texas, relacionando el nacimiento involuntario con las características demográficas, el estilo de vida y de pareja.

Los datos obtenidos fueron que el 49.5% tuvo partos no deseados, resaltando que las mujeres de entre 12 y 19 años tenían una mayor prevalencia de partos no deseados en comparación con las mujeres ≥ 20 años (2%), las que no tenían pareja estable (1.5%) y nacidas en los EE. UU (1.6%), por ende se concluyó que las mujeres jóvenes, sin pareja estable, nacidas en el extranjero tienen más probabilidad de nacimiento involuntario y se asocia con resultados adversos maternos e infantiles.

El siguiente estudio fue realizado por la Facultad de Medicina y col. (2014), con el objetivo de explorar la práctica de métodos anticonceptivos y la toma de decisiones en cuanto a la planificación familiar.

Se realizaron entrevistas a 31 mujeres que interrumpieron su embarazo, en este estudio estas adoptaron algún método anticoncepción moderno antes de la interrupción. Este estudio mostro que la falla del método anticonceptivo usado fue influenciada por la pareja, la falta de confianza y el costo de dicho método.

Estos centros concluyeron que se necesitaba crear talleres dirigidos a la población con el objetivo de promocionar los métodos anticonceptivos disponibles y su accesibilidad, además corregir el concepto erróneo sobre la seguridad de la anticoncepción, y aumentar la participación de los hombres en las elecciones anticonceptivas, alentando el uso constante de estos métodos

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

con el fin de prevenir embarazos no planeados.

En el estudio realizado en Francia a través del Centro de Investigación en Epidemiología y Población Salud (CESP), Salud Sexual y Reproductiva, (2015) investigó las conductas anticonceptivas y cómo contribuyeron con el tiempo las tasas de embarazo no deseados, en los subgrupos de la población entre 2000 y 2010.

Del mismo se obtuvieron los siguientes resultados, 1/3 de las mujeres no usaban anticonceptivos en el momento de las encuestas, dando tasas del 2,4% en el año 2000, el 3,2% en 2005 y el 2,4% en 2010. Con respecto al uso se observó que los métodos anticonceptivos reversibles de acción corta disminuyeron del 59% en el año 2000 al 52% en 2010, en tanto los métodos reversibles de acción prolongada aumentaron del 22% al 24%. En relación a las tasas de embarazo no deseado aumentó del 3,16% al 3,49% entre los años 2000 y 2005, y disminuyó a 3.26% en el año 2010.

Dicho centro concluyó que a pesar de los diferentes cambios anticonceptivos durante este periodo de tiempo, la tasa de embarazos no deseados no ha variado.

En el estudio denominado “Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado” realizado por Cuervo et al. (2015), el objetivo principal de esta investigación fue evaluar la asociación entre la incidencia del embarazo no planeado y el nivel de conocimientos sobre la utilización correcta y resolución de problemas que afectan la efectividad de los métodos anticonceptivos de corta acción.

Como objetivo secundario plantearon estimar la prevalencia de embarazos no planeados y describir actitudes y percepciones con respecto a la atención en las actividades de planificación familiar.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

El estudio que llevaron a cabo fue en la Unidad Hospitalaria Hermenegildo de Fex, del municipio de Medellín, salud pública, de bajo nivel de complejidad, que asume la atención obstétrica de la mayor parte de la población, durante diez meses en el año 2012.

Realizaron 471 encuestas mujeres entre los 14 y 49 años de edad que se realizaron una prueba de embarazo durante el periodo de estudio.

El 75,3% no planeaban embarazarse en ese momento, el 60,3% estaban usando algún método anticonceptivo; 158 mujeres tuvieron prueba de embarazo positiva (33,6%), y de ellas, 90 no lo habían planeado, lo que representa una prevalencia de embarazo no planificado del 57%.

Estos expertos concluyeron que la efectividad de los métodos anticonceptivos depende del buen uso de los mismos por parte de la mujer para garantizar dicha efectividad, asociándose a menor frecuencia de embarazos no planificados.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (2000, p.6).

En Uruguay, el 10 de diciembre de 2017 se decretó la Ley 18.426 en Defensa al Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), como intervención del estado para mejorar la atención e información. A grandes rasgos esta ley establece en relación a la SSR que el Estado deberá, promover políticas nacionales; diseñar programas y organizar servicios. Dicha ley se plantea como objetivos; asegurar a toda la población la cobertura de salud sexual y reproductiva, garantizar la calidad y la privacidad en la atención, prevenir la morbimortalidad materna y sus causas, en el momento del parto como también las condiciones de intimidad y privacidad; se enfoca en promover la atención integral a los casos de embarazo no deseado-no aceptado, mediante el desarrollo de programas asistenciales para la disminución de los riesgos y daños buscado así lograr una maternidad y paternidad responsable y planificada. Garantiza a toda la población el acceso a métodos anticonceptivos seguros y confiables incluyendo así la ligadura tubaria y vasectomía con consentimiento informado de la mujer y el hombre respectivamente. (Ley 18.426, 2017) (Ver anexo)

Es de resaltar que ésta ley es de vital importancia ya que a través de la misma se eliminan barreras de accesibilidad, garantizando una real planificación familiar.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, los Métodos Anticonceptivos (MAC) son la base para lograr la misma.

A su vez incluye educación de la sexualidad, prevención y tratamientos de las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, como también tratamiento de infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

“La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades”. (Swisslatin, 2013).

Cuando la mujer o la mujer y su pareja, llegan a tener deseo de un embarazo, lo ideal es que se programe una consulta preconcepcional donde se brindará la información necesaria para guiarlos en la toma de decisiones sobre su vida reproductiva, buscando alcanzar un bienestar materno e hijos sanos. En esta consulta lo que se busca es identificar factores biológicos y conductas de riesgo, para poder corregirlas, o eliminarlas. Este conjunto de acciones se conocen como cuidado preconcepcional.

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente, la sociedad sigue teniendo una necesidad insatisfecha con relación a la planificación familiar, por ende siguen ocurriendo embarazos no buscados, no planificados.

En base a un estudio realizado en México, en el año 2003 los datos relevados observaron que las necesidades insatisfechas se relacionan a los servicios ya sea por ser insatisfactorios o los inconvenientes que la población pueda tener para hacer uso de los mismos, además se observa falta de información, temores acerca de los efectos secundarios de los anticonceptivos y como otra

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

barrera es la oposición del cónyuge, familiares u otros. Por lo tanto concluyeron que “La necesidad insatisfecha representa un reto a la forma tradicional de ofertar los servicios de planificación familiar, por ello es conveniente gestionar estratégicamente el programa, darle un enfoque de calidad centrado en el cliente, en sus necesidades y sus preferencias, para que tenga acceso a más opciones de anticoncepción, a más y mejor información y así tenga el poder de una decisión informada y una mejor elección; esto podría generar una mayor satisfacción y por consecuencia un uso más sostenible.”. (Lee, 2003, p.318).

Para la presente investigación se decidió tomar como población objetivo mujeres en edad joven, comprendida entre los 20 y 34 años, debido a que biológicamente se considera como la edad óptima para un embarazo y de menor riesgo obstétrico, ya que está demostrado que los extremos de la vida reproductiva se asocian a un mayor número de patologías a desarrollarse durante el embarazo o intensificar las ya existentes, aumentando el riesgo de morbilidad materna neonatal.

Métodos Anticonceptivos:

La anticoncepción es un conjunto de métodos y técnicas que permite a mujeres y hombres ejercer y disfrutar de su sexualidad independientemente de la función reproductiva, así como escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos que deciden tener. Dichos métodos anticonceptivos se clasifican en métodos reversibles y permanentes. Identificando a los reversibles como aquellos métodos que pueden ser abandonados cuando uno lo desee; esto no ocurre con los métodos denominados permanentes los cuales son no modificables. Cuando se habla de métodos reversibles nos referimos a; los métodos hormonales (anticonceptivos orales, inyectables, parches transdérmicos, implante subdérmicos, anillo vaginal combinado), los naturales (como lo son el coito interrumpido, uso del calendario del ciclo menstrual y método de amenorrea por lactancia), los mecánicos (DIU T de cobre y DIU hormonal), de barrera (preservativos masculinos, femeninos, diafragma y capuchón); y cuando hablamos de los permanentes nos referimos a la ligadura tubaria y vasectomía.

Métodos anticonceptivos orales:

Anticonceptivos combinados:

Los ACO son medicamentos que contienen hormonas como lo son los estrógenos y la progesterona en los combinados, estos suelen implementarse por la mayoría de las mujeres para evitar el embarazo, actuando principalmente como anovulatorios.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Modo de uso:

Estos deben ser ingeridos todos los días a la misma hora del día con la finalidad de generar hábito y de esa forma disminuir los olvidos hasta terminar el paquete. El primer paquete se comenzará a tomar a partir del 1er día de la menstruación, tomando un comprimido por día, tanto en las presentaciones de 21 como en la de 28 comprimidos, a diferencia uno del otro la presentación de 21 comprimidos, se hará una semana de descanso entre el último comprimido y el inicio del siguiente paquete, no de la misma manera en las presentaciones de 28 debido a que se continuará con la toma de la píldora sin descanso, conteniendo esta 21 comprimidos con el contenido hormonal y 7 sin contenido hormonal.

En caso de olvido de una de las píldoras con contenido hormonal la misma debe tomarse lo antes posible, ingiriendo así la correspondiente en el horario habitual. Si el rango de olvido es menor a 12 horas, la mujer no necesitará un método anticonceptivo complementario, pero en caso de olvido de dos a cuatro píldoras se procederá a tomar la última olvidada y debe descartar las anteriores, de esta manera la mujer debe asociar otro método anticonceptivo como el preservativo por lo que resta del mes.

Eficacia:

La eficacia está determinada por la continuidad en el uso y oscila entre 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Usados en forma correcta la eficacia es de 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. (MSP, 2010, p. 28- 29).

El principal riesgo de embarazo en la mayoría de las mujeres es el olvido de la toma, pero existen otros los cuales interfieren en la reabsorción del método, como lo son, vómitos, diarrea y consumo de antibióticos sin la utilización de protección adicional.

Ventajas:

Una de sus ventajas es que no alteran la fertilidad, si bien pueden retrasar su

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

restablecimiento hasta 2 a 3 meses después de su uso, mejoran la dismenorrea y el dolor pélvico vinculado a la ovulación, mejoran la anemia por ausencia de hipermenorrea y meno-metrorragia, regulan el ciclo menstrual, reducen la incidencia de quistes funcionales de ovario, se ha visto relacionado a una menor incidencia de cáncer de endometrio y de ovario y disminuye el acné y vello excesivo en rostro o cuerpo.

Desventajas:

No previenen las ITS, requieren una correcta toma diaria lo que impide indicarlo en mujeres que tienen alterada su capacidad de comprensión, o en las que se dude sobre su memoria, pueden provocar efectos secundarios leves como sangrados intermenstruales, cefaleas, náuseas, vómitos, sensibilidad mamaria, cambios de humor, epigastralgia o aumento de peso; en ocasiones pueden aparecer complicaciones graves o potencialmente graves que obligan a la supresión del tratamiento como pueden ser trastornos tromboembólicos, migraña severa con síntomas neurológicos, aparición de hipertensión arterial, de ictericia o depresión y se ha visto una mayor incidencia de embarazos gemelares en el mes inmediato al abandono de la anticoncepción. (MSP, 2013).

Contraindicaciones:

Como todos los MAC también existen algunas contraindicaciones las cuales se deben considerar, posparto menor de 6 semanas amamantando, ya que este método contiene estrógenos y estos interfieren en la lactancia, en mujeres de 35 años o más y fumadora de 15 cigarrillos/ día o más, estos métodos combinados están contraindicados debido a un aumento del riesgo de asociación con patologías cardiovasculares.

A su vez otras contraindicaciones lo son; múltiples factores de riesgo cardiovascular tales como hipertensión arterial debido a que esta exacerba la producción de angiotensinógeno que a su vez, causa la elevación de la presión arterial por el sistema renina angiotensina aldosterona, obesidad, diabetes; enfermedad vascular renal o cerebral, antecedente o presente

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

accidente vascular cerebral, migraña, cáncer de mama actual, hepatitis viral aguda.

Anticonceptivos que contienen progestágeno:

Estos anticonceptivos son aquellos que contienen una sola hormona, progestágeno. Estas son ideales y se recomiendan a mujeres que amamantan, debido a que no interfieren en la lactancia por no contener estrógenos, la lactancia depende de un equilibrio hormonal en el que la prolactina aumenta, mientras descienden los estrógenos y la progesterona. Si los estrógenos aumentan, la prolactina tiende a disminuir y por ende disminuye la producción de leche materna.

Modo de uso:

Estas píldoras deben ser utilizadas de manera adecuada, esto quiere decir todos los días a la misma hora, sin intervalo de descanso, al término de un paquete al día siguiente se debe comenzar con otro nuevo, su efectividad depende solo y exclusivamente de ello.

Eficacia:

La probabilidad de embarazo es de aproximadamente 1 de cada 100 mujeres que utilizan este método en el primer año. Si la usuaria está en lactancia exclusiva, lo correcto sería comenzar en cualquier momento entre la cuarta y sexta semana, hasta los 6 meses posparto. Este método de sólo progestágeno es menos efectivo para mujeres que no están amamantando, siendo la probabilidad de embarazo de aproximadamente 3 a 10 mujeres de cada 100 mujeres en el primer año. (OMS, 2007).

Ventajas:

Una de las ventajas de este método como se nombra anteriormente es que puede ser utilizado durante la lactancia, mejora la anemia por ausencia de hipermenorrea y menometrorragia, disminuye el dolor pélvico vinculado a la

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

ovulación, también se ve asociado a la disminución del riesgo de cáncer de endometrio y ovario y la fertilidad retorna sin demora tras la interrupción de la misma.

Desventajas:

Como desventaja principal es la necesidad de una correcta toma diaria estricta lo que no se recomienda indicarlo en mujeres que tienen alterada su capacidad de comprensión debido a riesgos de olvido. Otras desventajas que comparten con los ACO son la cefalea, acné, sensibilidad mamaria y náuseas.

Si bien estos métodos son muy eficaces y depende del propio comportamiento, los MAC hormonales no previenen de las ITS, por este motivo se recomienda siempre complementarlo con un MAC de barrera como ser preservativo masculino o femenino.

Anticonceptivos orales de emergencia:

Existen dos tipos de anticonceptivos orales de emergencia (PAE), los cuales son píldoras que contienen un progestágeno, o una combinación de un estrógeno y un progestágeno.

En Uruguay las presentaciones disponibles, son levonorgestrel en dos dosis de 750 mg cada una, las cuales deben ser ingeridas con un intervalo de 12 horas y levonorgestrel dosis única de 1500 mg. (MSP, 2010).

Modo de uso y eficacia:

Los PAE constituye el único de los MAC que deben ser utilizados únicamente cuando ocurren riesgos en las relaciones sexuales de tipo coital, ya sea ante el uso inadecuado de otro MAC o por no utilizar ningún método, con la intención de prevenir un embarazo no deseado. Asimismo muchas veces es llamada como la “pastilla del día después”, mal nombrada por la sociedad, puesto que debe de tomarse cuanto antes, en las primeras 72 horas siguientes a la relación coital, debido a que la píldora actúa inhibiendo la ovulación, su eficacia

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

depende estrictamente del momento de la ingesta, a mayor tiempo entre el acto sexual y la toma, menor será su eficacia.

Se debe informar que dicho método no protegerán a la mujer de un embarazo si mantiene contacto sexual sin protección en los días siguientes, lo ideal sería que la mujer comience un método anticonceptivo.

Otra denominación que se le ha atribuido es el de “pastilla abortiva”, es de gran importancia que los miembros del sistema de salud lo desmitifiquen, estas no modifican el endometrio ni impiden la implantación y se han visto que 1 de cada 10 embarazos se produce a pesar de su uso. Cabe resaltar que las PAE están aprobadas por la OMS, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo los EEUU. (MSP, 2010).

Ventajas:

Al igual que los anteriores métodos también encontramos ventajas las cuales son; bajo costo económico, mayor utilidad cuando no se ha usado o han existido inconvenientes con el uso de otros métodos antes o durante la relación sexual, tiene especial utilidad en las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y quieren evitar un embarazo; las nuevas formas de administración han elevado la adhesión de las usuarias; no se conocen efectos médicos adversos por lo que no hay riesgos para la salud asociados al su uso y aún no se conocen efectos teratogénicos sobre el feto en caso de uso inadvertido durante la fase temprana del embarazo.

Desventajas:

Las desventajas del mismo en algunos casos pueden provocar náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, cansancio y sensibilidad mamaria, pueden presentar sangrado o goteo irregular, no previene ITS.

Contraindicaciones:

No existen contraindicaciones para su uso, pero se sugiere estricta vigilancia

clínica en mujeres con historia de complicaciones cardiovasculares severas, migrañas o enfermedad hepática severa. (MSP, 2010).

Inyectables:

De la rama de los MAC reversibles y hormonales también se encuentran los inyectables, estos se caracterizan por ser de acción prolongada, existiendo preparados de uso mensual, hormonas combinadas y trimestral, solo progesterona, siendo su mecanismo de acción el mismo que los Anticonceptivos orales.

Modo de uso:

Suelen ser indicados en particular en aquellas situaciones en que existe dificultad en la toma diaria de Anticonceptivos orales, ya sea por discapacidad intelectual o por elección por parte de la usuaria, debido a la comodidad y discreción del mismo, este se administra vía intramuscular profunda y lenta, de preferencia en la región glútea.

Los inyectables que se encontraban disponibles en Uruguay eran los combinados, es decir, las que poseen progesterona y estrógenos, que se aplica una vez por mes, al comienzo del ciclo menstrual. Por lo tanto, la mujer debe acudir a su centro asistencial de referencia cada mes, de preferencia en la misma fecha, pudiendo ser dos o tres días antes o después del comienzo de su menstruación, de manera de asegurar la efectividad del método, de lo contrario, si no se administra en la fecha esperada, se debe cuidar con un método de barrera la siguiente semana.

Actualmente se encuentra disponible la presentación trimestral, que solo contiene progesterona, por lo tanto puede ser utilizado en periodo de lactancia, la mujer debe acudir a su centro de referencia cada 3 meses para su administración.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Eficacia:

Es un método muy efectivo, donde se ha visto una tasa de 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. (MSP, 2010).

Ventajas:

Como ventajas no provocan trastornos digestivos, favorecen la privacidad, la comodidad del uso por el método de aplicación, comparten el resto de las ventajas de los Anticonceptivos orales, no alteran la fertilidad, mejoran la dismenorrea y el dolor pélvico vinculado a la ovulación, mejoran la anemia por ausencia de hipermenorrea y meno-metrorragia, regulan el ciclo menstrual, reducen la incidencia de quistes funcionales de ovario, menor incidencia de cáncer de endometrio y de ovario, menor incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica, menos acné, pueden ser usados durante la lactancia, requiere menor esfuerzo de memoria que el uso de la píldora.

Desventajas:

Y como desventajas presenta; su administración inyectable, comparten las desventajas de los Anticonceptivos orales; cefalea, acné, sensibilidad mamaria, náuseas. No protegen contra las ITS.

Contraindicaciones:

Los Inyectables combinados presentan algunas contraindicaciones como lo son; estar en lactancia, hipertensión arterial > 160/100, enfermedad vascular, historia de cardiopatía isquémica, valvulopatía cardíaca complicada, migraña y cáncer de mama actual.

Anticonceptivos hormonales transdérmicos:

Conocidos habitualmente como parches, estos contienen gestágeno 6 mg de Norelgestromin y estrógeno 0,6 mg de Etilnil-estradiol, siendo la única presentación disponible en Uruguay. El mecanismo de acción no difiere de los

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

demás anticonceptivos hormonales combinados.

Modo de uso:

El paquete contiene tres parches que se aplican uno por semana dejando la cuarta semana libre, se recomienda comenzar su uso el primer día de la menstruación, siendo de referencia para los días de cambio, por ejemplo si se comienza un lunes, este deberá cambiarse los lunes, respetando la semana de descanso.

Eficacia:

Presenta probabilidad de 1 embarazo cada 100 mujeres al año, siendo menos efectivas en mujeres con peso mayor a 90 kilos. (MSP, 2010).

Ventajas:

A diferencia de las Anticonceptivos orales este no provoca trastornos digestivos, favorecen la privacidad, la comodidad del uso por el método de aplicación, comparten el resto de las ventajas de los ACO, requiere menor esfuerzo de memoria que el uso de la píldora, disminuye el sangrado menstrual.

Desventajas:

Comparten las desventajas de los ACO, no protegen contra las ITS.

Implante subdérmico

De la gama de los MAC hormonales también podemos optar por el implante subdérmico. Este se caracteriza por ser pequeños cilindros o cápsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan progestina, levonorgestrel o etonogestrel, formas sintéticas de la progesterona natural producida por el organismo de la mujer. No contienen estrógeno, por lo que se pueden utilizar durante la lactancia y en usuarias a quienes no se les recomienda métodos con estrógeno.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Modo de uso:

Estas cápsulas son colocadas en el antebrazo de la mujer, con analgesia local, se debe tener en cuenta la manipulación del material estéril y una correcta asepsia.

Su mecanismo de acción consiste en liberar la hormona lentamente en el flujo sanguíneo alcanzando un nivel que, sin impedir el crecimiento ovular, bloque el pico de LH preovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero.

Eficacia:

Existen varios tipos, en Uruguay por el momento se cuenta con dos de ellos, Jadelle e Implanon.

De los cuales el más utilizado es Jadelle, cada cilindro contiene 75 mg de levonorgestrel, se trata de uno de los métodos más eficaces y tiene una duración de 5 años, la probabilidad de embarazo es de menos de 1 embarazo cada 100 mujeres el primer año, disminuyendo su eficacia en mujeres que pesan 80 kg o más. (OMS, 2007).

El implante Implanon contiene 68 mg de etonogestrel cristalino, en un cilindro de plástico de 4 cm de largo y 2 mm de diámetro. La tasa de liberación “in vitro” de este implante es de aproximadamente 60-70 mcg/día de etonogestrel en las semanas 5 y 6, disminuyendo aproximadamente 35-45 mcg/día al fin del primer año, este se inserta con un aplicador hecho especialmente para tales efectos similar a una jeringa. No necesita incisión de la piel. (MSP, 2013, p. 68).

Al igual que el resto de los métodos reversibles no hay demora para recuperación de la fertilidad después de retirar los implantes. Toda mujer puede iniciar su uso en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada, si está amamantando y se encuentra en amenorrea puede comenzar en cualquier momento entre 4 - 6 semanas y 6 meses postparto, es de suma importancia informar que se

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días post inserción. Si la mujer utiliza como método anticonceptivo píldora combinada, píldora solo de progestágeno, parche, anillo, DIU T de cobre o DIU con levonorgestrel y desea cambiarse para el implante debe comenzar inmediatamente. No precisa esperar su próxima menstruación pero si el método de dicha usuaria eran los inyectables, y desea cambiarse de método, el mismo debe insertarse cuando le corresponde recibir la repetición de la inyección.

Efectos secundarios:

Es importante asesorar a la mujer de los efectos secundarios que contiene este método, como lo son, amenorrea, cefaleas, aumento de peso y crecimiento del vello. Es de control propio, quiere decir que no es necesario que concurra al médico para su control, pero que puede volver cuando lo desee, asesorar también que debe consultar si tiene dolor, calor, secreción purulenta, o rubor en el sitio de inserción que empeora o que no desaparece, o que visualice que el cilindro este en una posición diferente, si su peso varió desde la colocación, debe volver, como ya mencionamos anteriormente esto puede reducir el tiempo de eficacia.

Ventajas:

Como todo método anticonceptivo presenta las siguientes ventajas; es un método de larga duración, reducen el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, en muchos casos reducen el riesgo de anemia.

Desventajas:

Cambios en los patrones de genitorragia, en los primeros meses, sangrado más escaso y de menor duración, irregularidad menstrual, no protege contra las ITS, en algunos casos las mujeres pueden presentar cefaleas, dolor abdominal, acné, cambios de peso, sensibilidad mamaria, mareos, cambios de humor, rara vez infección en el sitio de inserción; la mayoría de las infecciones se presentan dentro de los primeros 60 días.

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones que presenta este método son; cáncer de mama actual, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar actual, antecedente o enfermedad cardíaca isquémica actual, antecedente o accidente vascular cerebral actual, Lupus y Genitorragia sin diagnóstico.

Anillo vaginal combinado:

Otro método anticonceptivo reversible, es el anillo vaginal combinado, el cual es un anillo de plástico flexible y transparente, que se coloca en la vagina. El diámetro externo del anillo es de 54 mm y el diámetro de sección 4 mm. Cada anillo contiene etinil-estradiol y etonogestrel, son liberados de forma continua, durante las tres semanas que permanece en la vagina. Su efecto anticonceptivo se debe a la inhibición de la ovulación. Las hormonas sintéticas alcanzan un nivel sanguíneo que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquean el pico de LH preovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta la entrada de los espermatozoides al útero.

Eficacia:

La eficacia depende de la usuaria. El mayor riesgo de embarazo es que la mujer se atrase en colocar un nuevo anillo, es decir, descansar más de 7 días.

La probabilidad de embarazo es de 3 por 1.000 mujeres en el primer año en uso adecuado y de 8 por 100 mujeres en uso habitual o rutinario. No hay retraso de la recuperación de la fertilidad después de dejar de usar el anillo vaginal. (MSP, 2013, p. 71).

Modo de uso:

Es importante explicar claramente sobre cómo insertar el anillo, para asegurarnos que el método sea usado correctamente. En la posición que le quede más cómoda, la usuaria debe apretar los lados opuestos del anillo,

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

colocándolo completamente dentro de la vagina, profundamente, este debe mantenerse colocado todo el tiempo, durante 3 semanas. Al final de la tercera semana el anillo debe ser retirado. En la cuarta semana la usuaria no debe usarlo. Al término de la misma se debe colocar uno nuevo, nunca pasar más de 7 días sin anillo.

Si la usuaria lo desea, puede retirar el anillo para mantener relaciones sexuales. Es importante advertir, que nunca se debe permanecer más de 3 horas en un día sin el método, si desea enjuagarlo, lo puede hacer con agua limpia y fría.

Si el anillo fue retirado por más de 3 horas durante las semanas 1 o 2, explicar que lo indicado es volver a colocar el anillo lo antes posible y que debe considerar un método de respaldo los siguientes 7 días. Si el mismo fue retirado por más de 3 horas durante la tercera semana; la usuaria debe interrumpir el ciclo actual y eliminar el anillo, debe insertar uno nuevo inmediatamente y mantenerlo colocado durante 3 semanas comenzando un nuevo ciclo y usar un método de respaldo.

Ventajas:

Las ventajas para este método aún no se encuentran descriptas ya que los estudios son escasos y limitados, pero se esperan que estas sean como para los ACO, sumando que se atenuarán los trastornos hepáticos debido a que su absorción es transvaginal. “Hay limitada evidencia que el uso del anillo vaginal no afecta la evolución de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado”. (MSP, 2013).

Desventajas:

Las desventajas de este método pueden ser, cambios en la menstruación, cefaleas, irritación, rubor, o inflamación de la vagina, flujo vaginal blanco.

Contraindicaciones:

Posparto menos de 6 semanas y estar amamantando, mujeres en edad mayor

a 35 años y fumadora de 15 cigarrillos o más, múltiples factores de riesgo cardiovascular como lo son; hipertensión, obesidad, diabetes, además de estas se suman, migraña, cáncer de mama actual y hepatitis viral aguda.

Preservativo masculino:

Como métodos anticonceptivos de barrera, contamos con el preservativo masculino, muchas veces denominado condón, este es uno de los métodos de barrera más conocidos por la población.

Modo de uso:

El preservativo consiste en una funda de látex, que se coloca en el pene erecto, al ser una funda, el semen, líquido seminal y espermatozoides, queda en ella y no entra en contacto con la vagina, si el mismo es utilizado de forma correcta durante todo la relación sexual de tipo coital, es decir debe ser colocado al principio de la relación, antes de la penetración, y debe ser retirado una vez terminado el acto sexual. Antes de utilizar un preservativo, se debe tener en cuenta ciertos criterios de envasado para asegurarnos de que el mismo tenga las condiciones óptimas y no correr riesgos, asimismo hay que tener en cuenta que los cambios bruscos o un aumento de temperatura los deteriora, por lo cual es que no se recomienda que el mismo sea guardado dentro de la billetera. Se debe verificar la fecha de vencimiento, que esté herméticamente sellado y corroborar el espacio de aire y movilidad del contenido. El envase debe abrirse cuidadosamente para no romper el preservativo, por ende no se debe abrir con las uñas, los dientes o tijera.

Con respecto a su uso es de resaltar que hay que utilizar un nuevo preservativo en cada coito, como anteriormente se mencionó debe colocarse cuando el pene esté erecto y previo a un contacto genital, anal o bucal, este se desenrollará en el pene dejando un espacio libre sobre el glande para contener el semen eyaculado. Luego de la eyaculación, retirar el pene de la vagina

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

cuando aún esté erecto, sosteniendo el preservativo desde su base para que este no se salga y el esperma no se derrame y por último se debe verificar que no haya rotura del preservativo.

Eficacia:

Con respecto a su eficacia la misma aumenta con el correcto uso, este depende únicamente de la mujer y su pareja, generalmente tiene una eficacia del 86% en el primer año de uso, pero si su uso es correcto y consistente la misma aumenta a un 97%. (MSP, 2010).

La fertilidad al dejar de usar el preservativo es inmediata por lo cual un único acto sexual sin el mismo puede llevar a un embarazo y/o una ITS.

Ventajas:

Las ventajas que presenta el mismo es de fácil acceso, se puede conseguir en los centro de salud así como en farmacias, supermercados, almacenes; protege contra las ITS y contra patologías causadas por ITS, tales como la enfermedad pélvica inflamatoria recurrente y dolor pélvico crónico.

Desventajas:

La desventaja que se observó fue la difícil negociación entre la pareja para su uso, por lo tanto se recomienda la inclusión del preservativo en el juego sexual para que este sea constante y correcto, por otro lado el látex puede provocar hipersensibilidad o alergia, en caso de existir una reacción alérgica severa al látex este será contraindicado por lo que se recomendará el preservativo femenino, el cual se describirá a continuación.

Preservativo femenino:

El preservativo femenino es también una funda transparente de poliuretano, plástico, lubricado tanto por dentro como por fuera y cumple los mismos

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

principios básicos que el masculino.

Modo de uso:

Este va colocado en la vagina y su forma es diferente, presenta un anillo flexible en ambos extremos, unidos entre sí en forma de túnel, uno de los anillos se encuentra cerrado y es el que va colocado en el fondo de vagina mientras que el otro aro más grande que queda fuera de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer, por ende, este método nos protege más aún de ITS ya que abarca una mayor superficie, un ejemplo de ello es frente al Virus del Papiloma Humano (HPV), el cual no solo se transmite a través de contacto de mucosas sino que también de piel a piel.

Este se puede colocar hasta 8 horas antes del coito, generalmente su colocación es dificultosa las primeras veces, por lo cual lo mejor es buscar una cómoda posición. Se debe apretar el aro interno de manera que quede estrecho y así introducirlo y empujarlo con la ayuda del el dedo índice por dentro del preservativo hacia el fondo de la vagina lo más profundo posible, quedando el anillo exterior cubriendo los genitales externos.

Durante la penetración se debe guiar el pene dentro del preservativo, evitando que se introduzca entre la pared de la vagina y la parte exterior del mismo. Este método no necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación.

Para su extracción se debe apretar y retorcer el anillo externo de tal manera que el semen no se salga del preservativo y retirar lentamente, el preservativo no es reutilizable por lo tanto se debe descartar y utilizar un nuevo preservativo en cada relación sexual. Con respecto a su uso, al igual que el preservativo masculino tenemos que tener en cuenta las características del envase, cabe destacar que el poliuretano no se deteriora con los cambios de temperatura; pero sí debemos tener discreción al abrir el mismo para no dañar el preservativo.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Eficacia:

La eficacia depende del uso correcto, en uso común, se producen cerca de 21 embarazos por 100 mujeres que usan condones femeninos en el correr del primer año. Esto significa que 79 de cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos no quedarán embarazadas. En su uso correcto, en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por 100 mujeres que utilizan este método en el primer año. (MSP, 2013, pág. 122).

Ventajas:

Como ventaja permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado, además como se ha mencionado este protege contra las ITS y contra patologías causadas por ITS, tales como la enfermedad pélvica inflamatoria recurrente y dolor pélvico crónico y la fertilidad retorna inmediatamente.

Desventaja:

Como única desventaja es que se requiere adiestramiento para su colocación.

Su uso no tiene contraindicaciones.

Cabe remarcar que este junto con el preservativo Masculino son los únicos MAC que ofrece doble protección, frente a un embarazo no deseado y contra las ITS.

Diafragma:

El diafragma es una cúpula de látex, plástico o silicona la cual se coloca de manera que cubra el cuello uterino. Existen diferentes medidas estandarizadas y para saber con exactitud qué diámetro necesita la usuaria, un profesional entrenado coloca aros re-esterilizables de distintos diámetros verificando cual tamaño es el correcto para la misma, el tamaño adecuado se confirmará a

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

través de un tacto vaginal, donde el anillo no se moverá de su lugar.

Eficacia:

Este se coloca antes del contacto sexual y actúa como barrera, impidiendo el paso de los espermatozoides al útero, se recomienda su uso junto a una crema espermicida para aumentar su eficacia. Siendo esta de un 84% en el primer año de uso de forma habitual y de un 94% en el primer año con un uso correcto en todas las relaciones coitales. La recuperación de la fertilidad al abandonar el método es inmediata. (OMS, 2007).

Modo de Uso:

Para su colocación, se debe mantener la higiene de manos, antes de colocarlo se debe revisar el diafragma a contraluz, verificando que el mismo no presente agujeros, grietas, ni rasgaduras. Si se utiliza en conjunto un espermicida se debe verificar la fecha de vencimiento del mismo.

A continuación para su colocación propiamente dicha se debe buscar una posición cómoda, para una mayor facilidad; en caso de utilizar espermicida este se colocara sobre el borde del anillo y en el centro por su cara superior e inferior; para introducirlo en la vagina se tomará entre los dedos índice y pulgar de la mano hábil, mientras que con la otra mano se entreabren los labios de la vulva, introducirlo profundamente dirigiéndose hacia la pared posterior de la vagina, se debe verificar con un dedo en la vagina que el borde anterior esté correctamente colocado por encima de la sínfisis pubiana y que el cuello uterino esté cubierto totalmente por el diafragma. En caso de que quede incómodo, se debe retirar y volver a colocar.

Este método puede ser colocado una hora antes de la relación sexual, pero se debe tener en cuenta que en caso que el lapso de tiempo se extienda es necesario agregar una dosis extra de espermicida antes del coito, se debe proceder de la misma manera en caso de una segunda relación sexual.

El diafragma se retirara entre 6 y 8 horas luego del último coito, introduciendo el dedo índice en la vagina hasta tocar la porción anterior del anillo y se

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

traccionará suavemente. Luego lavar el diafragma con agua y jabón neutro, secar bien, sin frotar y guardar en su envase original.

Ventajas:

Las ventajas que posee este método son que la mujer puede controlar el método, pudiendo ser colocado antes del juego sexual, no requiere retirarlo en cada coito, puede ayudar a proteger contra algunas ITS como clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria y tricomoniasis, así como lesiones precancerosas y cáncer cervical.

Desventajas:

Requiere medición para su selección adecuada y adiestramiento para una correcta colocación, puede provocar irritación en o alrededor de la vagina o el pene y/o lesiones vaginales, otros efectos poco comunes son las infecciones del tracto urinario, infecciones genitales como, vaginosis bacteriana y candidiasis, también se han presentado efectos raros por el uso frecuente de espermicida nonoxinol-9, donde se ha visto incrementado el riesgo de infección por VIH y como efecto extremadamente raro, el síndrome de shock tóxico.

Contraindicaciones:

Antecedentes de síndrome de shock tóxico y alergia al látex.

Capuchón cervical:

Otro de los métodos reversibles es el capuchón cervical; es propiamente dicho un capuchón de látex o goma plástica, que se coloca en cuello del útero de tal manera que quede adosado a éste. Su función es impedir al esperma entrar en el cérvix.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Eficacia:

Su eficacia depende de su correcto uso, y es de aproximadamente un 68-80% con el uso de espermicida en el correr del primer año. A su vez la eficacia del mismo aumenta en caso de mujeres nulíparas, siendo en estas de 84-91%. Así como en los otros métodos reversibles, al interrumpir su uso, la fertilidad se recupera. (OMS, 2007).

Modo de uso:

La utilización del capuchón cervical es similar a la del diafragma. Se diferencian en que el capuchón se debe llenar una tercera parte con espermicida, y una vez colocado se debe realizar presión en el borde del capuchón alrededor del cérvix verificando que este se encuentre completamente cubierto, luego presionar suavemente la cúpula para aplicar la succión y que el capuchón quede sellado.

Éste puede ser colocado 42 horas antes del coito y debe quedar colocado durante un mínimo de 6 horas después de la última eyaculación, es importante no mantenerlo más de 48 horas en total ya que superado este tiempo existe riesgo de síndrome de shock tóxico, también puede producir mal olor y flujo vaginal, para su extracción se debe romper el sellado despegando el borde del capuchón y extraerlo.

Ventajas:

Comparte las mismas ventajas que el diafragma; la mujer puede controlar el método, pudiendo ser colocado antes del juego sexual, puede ayudar a proteger contra algunas ITS como clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria y tricomoniasis, así como lesiones precancerosas y cáncer cervical.

Desventajas

Como desventajas, este requiere medición para su selección adecuada y adiestramiento para una correcta colocación. Puede provocar irritación en o

alrededor de la vagina o el pene y/o lesiones vaginales.

Contraindicaciones:

Está contraindicado en mujeres que tengan o hayan sido tratadas por lesiones precancerosas o por cáncer cervicouterino.

Espermicida:

El espermicida consiste en barreras químicas las cuales se pueden encontrar en diferentes presentaciones como en cremas, geles, espumas, tabletas y óvulos, estos pueden ser utilizados solos o combinado con otro método anticonceptivo, generalmente de barrera. Los espermicidas más utilizados en nuestro país son el Nonoxynol-9 y el Cloruro de Benzalconio y con menor frecuencia el Octoxynol o el Menfegol. Los mismos actúan rompiendo la membrana de las células del esperma lo que enlentece su movimiento, por lo tanto se evita el contacto del espermatozoide con el óvulo.

Eficacia:

Su eficacia dependerá de su uso, ya que es el método menos eficaz y el riesgo se incrementa si no se utiliza en cada actividad sexual. Generalmente su eficacia es de un 71-82% en el primer año de uso. El retorno de la fertilización luego de interrumpir su uso es inmediata. (OMS, 2007).

Modo de uso:

Para su correcto uso, debe primeramente verificarse la fecha de vencimiento, lavarse las manos, e introducirlo en la vagina, lo más próximo al cuello uterino, con un tiempo de anticipación no mayor de 1 hora respecto del coito, debido a que el mismo va perdiendo su actividad espermicida con el transcurso del tiempo y no menor de 10 a 15 minutos antes, para dar tiempo a su disolución, en caso de que sean en óvulos o tableta. Se recomienda luego del acto sexual

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

no realizar ninguna higiene vaginal por un mínimo de 7 horas; y adicionar espermicida en caso de un nuevo acto sexual vaginal.

Ventajas:

No se observan otros beneficios más allá de la anticoncepción.

Desventajas:

Puede causar irritación en o alrededor de la vagina o el pene, conllevando a lesiones vaginales, es poco común pero se ha visto casos de infección del tracto urinario cuando es utilizado 2 o más veces al día y como efecto muy raro se ha observado que el uso frecuente del nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección por VIH.

Las mujeres que utilizan nonoxinol-9 varias veces por día pueden experimentar un incremento del riesgo de infectarse con VIH. Los espermicidas pueden causar irritación vaginal, la cual puede causar pequeñas lesiones en el recubrimiento de la vagina o en genitales externos. Estas lesiones pueden hacer que la mujer sea más proclive a contraer VIH. Los estudios que sugieren que el uso de espermicidas incrementa el riesgo de VIH abarcan a mujeres que utilizan los espermicidas varias veces al día. Las mujeres con múltiples actos sexuales diarios deberían utilizar otro método anticonceptivo. Sin embargo, en un estudio realizado entre mujeres que utilizaban nonoxinol-9 un promedio de 3 veces a la semana, no se encontró un incremento en el riesgo de infección por VIH para usuarias de espermicidas comparado con mujeres que no usaban espermicidas. (OMS, 2007, p.235).

Esponjas vaginales:

Las esponjas vaginales son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, el cual es liberado en la vagina. Se introduce como un tampón en la vagina, cubriendo el cuello uterino, y conjunto con la acción del espermicida evita que los espermatozoides asciendan al útero.

Eficacia:

Tal como se utiliza comúnmente, constituye uno de los métodos menos eficaces. Como se utiliza comúnmente, se producen cerca de 32 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan esponja en el correr del primer año. Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año. (OMS, 2007, p.236).

Modo de uso:

Para su utilización la esponja debe humedecerse con agua limpia y exprimirla suavemente, el espermicida se activará cuando la esponja esté mojada completamente. Para introducir la esponja en la vagina se debe apretar los lados de la misma hacia arriba y alejada del anillo en la parte de abajo, e introducirla lo más profundo que pueda, luego de soltarla, esta se abrirá y cubrirá el cuello uterino. Puede introducirse durante un máximo de 24 horas antes de tener el acto sexual y debe permanecer en el cuerpo por lo menos durante 6 horas después del mismo. Tiene un máximo de 30 horas de uso en total, por lo tanto si durante este periodo vuelve a tener relaciones sexuales no tiene que reemplazarla. Para extraerla agarre el anillo y tire de éste lentamente.

Ventajas:

Las ventajas que tiene este método es que son de uso temporario y no presentan efectos secundarios sistémicos.

Desventajas:

Presenta las mismas que el uso del espermicida, síndrome de shock tóxico y también pueden presentarse dificultades al momento de la extracción.

Contraindicaciones:

No usar durante el período menstrual, en el puerperio menor a 6 semanas o si ha tenido el síndrome de shock tóxico anteriormente.

Dispositivos Intrauterinos:

Con respecto a los Dispositivos Intrauterinos (DIU), nos encontramos con dos tipos, T de cobre y DIU con levonogestrel. El DIU es un pequeño dispositivo de plástico flexible que es colocado dentro de la cavidad uterina por personal de salud capacitado, el mismo tiene una rama vertical y una horizontal, en forma de T. En el DIU T de cobre, la rama vertical está rodeada de un alambre de cobre. En su extremo inferior posee dos pequeñas cuerdas las cuales se extienden a través del canal cervical hasta la parte superior de la vagina, su función es permitir una fácil extracción y verificar el posicionamiento adecuado en su control.

Los tipos de DIU disponibles en Uruguay son TCu 380 A con una durabilidad de 10 años, TCu 200 B la cual dura 6 años y Nova T con una duración de 5 años. (MSP, 2010).

La inserción de un DIU en la cavidad uterina desencadena una respuesta inflamatoria aséptica del endometrio, con un infiltrado leucocitario endometrial, la aparición de fagocitosis de los espermatozoides y la creación de un ecosistema desfavorable para la implantación. A su vez el cobre ejerce un impacto bioquímico y morfológico sobre el endometrio, con la producción de prostaglandinas, la interferencia del metabolismo del glucógeno y el aumento de estrógenos en la mucosa del útero. También los depósitos de cobre en el

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

moco cervical producen de por sí una acción espermicida e impiden la capacitación espermática.

Eficacia:

Por ende podemos afirmar que es uno de los métodos más eficaces y de alta durabilidad. Teniendo el mismo una eficacia de un 99% y es inmediatamente reversible. (OMS, 2007).

Modo de uso:

Para su inserción el dispositivo, se debe siempre utilizar instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto nivel; el dispositivo, el tubo para inserción y el émbolo vienen en un sobre de plástico sellado y esterilizado debiendo corroborar el plazo de validez. El DIU debe ser montado en el tubo aplicador inmediatamente antes de la inserción. Para su inserción es necesario que la mujer se coloque en posición ginecológica, se le colocará un espéculo para poder visualizar el cuello uterino, se limpiará el cuello uterino y la vagina con una solución antiséptica, se pinzará el labio anterior del cuello uterino, en caso que el útero se encuentre en anteversión, si este se encuentra en retroversión se pinzará el cuello por el labio posterior, se realizará una tracción suave para así alinear el canal cervical con la cavidad uterina, la pinza permanecerá allí durante todo el proceso.

Antes de colocar el dispositivo con un histerómetro se debe verificar la permeabilidad del cuello uterino, medir la profundidad de la cavidad uterina, confirmar su dirección y descartar anomalías uterinas. El útero debe medir aproximadamente de 6 a 10 cm, ya que una cavidad uterina menor a 6 cm puede aumentar la incidencia de expulsión, sangrado, dolor, perforación y, posiblemente embarazo. Luego se procede a la colocación del dispositivo, seguido de este se retirará la pinza del cuello, se cortarán las cerdas del DIU dejando unos 2-3cm de longitud y luego se procesa a retirar el espéculo.

Se recomienda una consulta de seguimiento entre las 3 a 6 semanas después de la inserción, luego anualmente, donde se realizará un examen clínico

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

ginecológico y Papanicolaou; ya que a través de estos podemos observar las cerdas, si las mismas no se observan se solicitará una ecografía para determinar si el DIU aún se encuentra dentro del útero.

Ventajas:

Las ventajas que presenta el dispositivo son, no interfiere con la lactancia por ende pueden ser colocados post parto, aborto o cesárea y protege contra el cáncer endometrial.

Desventajas:

La mujer puede presentar sangrado menstrual abundante y en ocasiones más prolongado lo que a su vez puede llegar a causar anemia en algunas mujeres, sangrado irregular, dismenorrea y puede causar enfermedad inflamatoria pélvica.

Contraindicaciones:

Enfermedad trofoblástica gestacional maligna o niveles aumentados persistentes de β HCG post parto o post aborto, sepsis puerperal actual, tuberculosis pélvica, cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea (puede ser colocado después del tratamiento de la infección), enfermedad inflamatoria pélvica actual, cavidad uterina distorsionada, miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina, cáncer de endometrio, cáncer cervical en espera de tratamiento, metrorragia anormal de etiología desconocida, inmediatamente después de un aborto séptico y embarazo.

El dispositivo intrauterino con Levonorgestrel también conocido como sistema intrauterino liberador de levonorgestrel o DIU hormonal. Y es comercializado bajo la marca Mirena®. Es un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel cada día. Con una durabilidad de 5 años en mujeres con un peso menor a 80 kg, y 4 años en mujeres que pesan más de 80 kg.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

El mismo actúa evitando la proliferación del endometrio y modificando el moco cervical haciéndolo escaso, viscoso, lo que impide la entrada de los espermatozoides al útero.

Eficacia:

Este dispositivo tiene una eficacia del 99% en el correr del primer año y el retorno de la fertilidad es sin demora luego de su extracción. (OMS, 2007).

Modo de uso:

La inserción de este dispositivo, es de igual manera que la inserción de DIU de Cobre.

Ventajas:

Las mujeres pueden presentar sangrado más leve y de menos días, por ende protege contra la anemia por deficiencia de hierro, enfermedad inflamatoria pélvica, disminuye la presencia de dismenorrea y dolor pélvico.

Desventajas:

Puede presentarse; sangrado irregular, acné, cefaleas, dolor o sensibilidad mamaria, náuseas, aumento de peso, mareos, cambios de humor y quistes ováricos.

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones para su inserción son las mismas que las del DIU T de cobre.

Métodos naturales:

Existen métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer; conocidos como métodos naturales; estos son menos eficaces que otros métodos anticonceptivos, pero a veces resultan la única opción para personas

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

que no pueden o no desean utilizar otros métodos (contraindicaciones, religión, etc). Los mismos consisten en evitar voluntariamente el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, para ello la mujer debe tener conocimiento de las características fisiológicas de su ciclo reproductivo, evitando las relaciones sexuales con penetración vaginal o usando un método complementario, en los días fértiles.

La definición de la OMS se refiere esencialmente a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer e incluye, el método calendario, método de Billings (humedad), temperatura basal y el método sintotérmico. (MSP, 2013).

Este método se basa en considerar una vida máxima de 72 horas para los espermatozoides y 24 horas para el óvulo.

Método calendario:

Empleo correcto:

La mujer llevará la cuenta de los días de su ciclo menstrual, por lo tanto antes de confiarse en este método, la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual durante un mínimo de 6 meses, contando desde el primer día de la menstruación como día 1, se debe identificar los ciclos de mayor y menor número de días. Restar 18 días al ciclo menor, y restar 11 días al ciclo mayor, obteniendo así el día de inicio y final del periodo fértil, por ejemplo, si el ciclo menor es de 27 días, la resta que debemos hacer sería $27 - 18 = 9$, esto quiere decir que a partir del día 9 la mujer se encuentra en su periodo fértil.

Lo mismo se realiza para calcular el fin del periodo fértil, con el ciclo mayor se le resta 11 días, ejemplo: $32 - 11 = 21$. Con estos cálculos se puede decir que el período fértil en este ejemplo se extiende del día 9 al 21.

Se sugiere a las parejas que opten por este método, abstenerse de mantener relaciones sexuales vaginales, durante el período fértil. Cuando las parejas

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

mantengan relaciones sexuales en este período será necesario otro método anticonceptivo complementario.

Es importante tener en cuenta que la ingesta de medicamentos que modifican el ánimo, como lo son los ansiolíticos, antidepresivos, uso prolongado de antibióticos, y uso prolongado de anti inflamatorios no esteroideos, aspirina, ibuprofeno o paracetamol, estos pueden hacer que la ovulación se retrase.

Eficacia:

Su eficacia depende únicamente de la mujer y su pareja, tal como se utiliza el método comúnmente se producen cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres. (OMS, 2007).

Métodos basados en los síntomas:

Con respecto a los métodos basados en los síntomas se recomienda que las mujeres realicen un monitoreo de sus signos de fertilidad antes de basarse únicamente en este método, una vez capacitados, la mujer y la pareja pueden comenzar con el método basado en los síntomas en cualquier momento.

Para poder iniciar con dicho método, debemos tener en cuenta en qué situación se encuentra cada mujer, si la misma tiene ciclos regulares puede comenzar en cualquier momento del mes sin necesidad de esperar el comienzo de la próxima menstruación; si se encuentra en amenorrea debe esperar que los ciclos menstruales se restablezcan; en caso de haber experimentado un parto se iniciará una vez que se restablezcan los ciclos normales teniendo en cuenta que si se encuentra en lactancia estos serán más tardíos; luego de una pérdida de embarazo o aborto sino se tienen secreciones vinculadas con infecciones o sangrados debidos a lesiones en el tracto genital se puede comenzar inmediatamente con asesoramiento especial y apoyo. En caso que la usuaria desee cambiar un método hormonal por este, debe esperar al próximo ciclo menstrual luego de la interrupción del método hormonal o si la mujer ha tomado anticonceptivos orales de emergencia se iniciará con el método una

vez restablecidos los ciclos.

El método de Billings o más conocido como método de la humedad, consta en el reconocimiento del moco cervical, luego de la menstruación y antes de la ovulación el mismo es escaso, en ocasiones transparente o blanco, a medida que se acerca la ovulación, con el aumento de estrógenos el moco se va tornando más claro y abundante adquiriendo una textura viscosa, lo cual se denomina comúnmente días húmedos, por ende los días fértiles, este período fértil se corresponde con la máxima sensación de humedad en los genitales; en ese momento se debe evitar las relaciones sexuales vaginales sin protección incluso hasta unos cuatro a cinco días después de haber notado el pico de máxima humedad. Culminada esta etapa, el moco cervical vuelve a adquirir las mismas características previas a la ovulación, por ende ese periodo es denominado días secos.

Es importante tener precauciones en caso de presentar ciertos síntomas, este no es confiable si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco cervical.

Si la mujer opta como referencia la temperatura corporal basal, denominada Método sintotérmico, la misma se dificultará en caso de fiebre u otros cambios en la temperatura corporal debido a que este método está basado en la obtención de un registro de la temperatura de forma diaria todas las mañanas al despertar, es recomendable el registro por medio de una planilla para su control. El ascenso de temperatura basal se produce por el aumento de progesterona por lo cual la ovulación se produce previamente entre 24 a 48hs al respectivo ascenso.

Cuando se registra un aumento de la temperatura basal corporal significa que la mujer se encuentra en su período fértil, debido a que la primera parte del ciclo menstrual la temperatura basal corporal se mantiene baja, esta puede descender ligeramente 1 día antes de la ovulación, pero durante la misma la temperatura sube entre 0.2°C a 0.4°C manteniéndose elevada hasta el comienzo de la menstruación. (OMS, 2007).

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Es un método que no presenta contraindicaciones absolutas, pero en mujeres con VIH o que están en terapia antirretroviral se recomienda el uso de preservativo junto con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Ya que utilizados de manera sistemática y correcta, estos ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS.

Eficacia:

Estos métodos tienen una eficacia ideal de 91%, aunque la eficacia real es menor al 80%, lo que los hace métodos poco seguros. Cuando se aplica más de un método los resultados son más eficaces. Un ejemplo de combinación de métodos es la utilización del método calendario con el método de Billings. (MSP, 2010).

Coito interrumpido:

Otro método correspondiente a los naturales es el coito interrumpido o retiro; este consiste en que el hombre retire el pene de la vagina cuando sienta que está por eyacular, este debe mantener el pene alejado de los genitales externos de la mujer; impidiendo el contacto de fluidos, este método actúa haciendo que el semen no ingrese al útero.

Eficacia:

Cabe destacar que su eficacia es muy baja y esta depende de cada usuario; tal como se utiliza comúnmente, se producen 27 embarazos de cada 100 mujeres y 4 de 100 mujeres cuya pareja utiliza correctamente el método el primer año. (OMS, 2007).

Englobando todos los métodos naturales, los mismos comparten ventajas y desventajas.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Ventajas:

Las ventajas de dichos métodos naturales son que no poseen efectos colaterales, no requieren insumos, ayuda a las mujeres a conocer su propio cuerpo y su fertilidad, permite a que algunas parejas se adhieran a sus normas religiosas o culturales sobre la anticoncepción además promueve la participación del hombre y la comunicación en la pareja.

Desventaja:

No protegen de ITS.

Métodos permanentes:

Como parte de la planificación familiar se encuentran mujeres y hombre que no deseen tener más hijos, los cuales podrán optar libremente por los llamados métodos permanentes como lo son la esterilización femenina o más conocida como ligadura tubaria y la esterilización masculina o vasectomía, estos son procedimientos quirúrgicos voluntarios y por lo tanto generalmente son irreversibles. Por ende la mujer o el hombre que opte por estos métodos debe firmar un libre consentimiento informado de dicha cirugía, el mismo puede ser revocado en cualquier momento antes de la misma.

Ligadura tubaria

Respecto a la ligadura tubaria, esta consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir el encuentro de los dos gametos. Usualmente los abordajes quirúrgicos para la misma son por medio de laparoscopia o laparotomía.

Eficacia:

Es uno de los métodos más eficaces, pero supone un riesgo de falla de menos de 1 embarazo cada 100 mujeres en el primer año y menos de 2 embarazos en

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

100 mujeres luego de los 10 años (OMS, 2007).

Ventajas:

Las mujeres que eligen este método observan como ventaja que el mismo no conlleva ningún efecto colateral, tampoco necesita ningún control periódico, no interfiere en la lactancia, ayuda a proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica y tiene efecto protector frente al cáncer de ovario.

Desventajas:

Los riesgos que podría conllevar la misma se ven relacionados a complicaciones de la cirugía propiamente, como infección o absceso de la herida o complicaciones relacionadas a la anestesia.

Vasectomía:

Por otro lado la vasectomía también es un procedimiento quirúrgico donde se interrumpe la permeabilidad del conducto deferente, por lo tanto tres meses después de la cirugía, el semen eyaculado por el hombre estará constituido por secreción de las vesículas seminales y de la próstata sin espermatozoides, evitando la fecundación.

El procedimiento es ambulatorio, el cual es rápido, sencillo, seguro y eficaz, no tiene ningún efecto secundario, no afecta el placer ni el desempeño sexual y no posee contraindicaciones.

Eficacia:

La misma tiene una eficacia anticonceptiva de un 99,9%, pero hay que tener en cuenta que la vasectomía no es plenamente eficaz los primeros 120 días por ende durante ese periodo es recomendable la elección de otro método complementario. (MSP, 2010).

CAPÍTULO III

Objetivos

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de embarazos no planificados y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en mujeres entre 20 y 34 años, que hayan tenido su parto en el CHPR, en el periodo de tiempo Enero-Junio del año 2018.

Objetivos específicos:

- Relevar datos según la planificación o no del embarazo.
- Describir tipo de métodos anticonceptivos
- Clasificar la falla del método, según el tipo de métodos anticonceptivos:
 - Hormonal
 - Dispositivo Intrauterino
 - Barrera
 - Naturales

Con estos objetivos se pretende responder la pregunta de investigación:

¿Cuántos embarazos no fueron planificados en mujeres jóvenes, y cuál fue el tipo de métodos anticonceptivos que usaban?

CAPÍTULO IV

Metodología

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Se realizará un estudio cuantitativo, retrospectivo, analítico, de corte transversal, basado en datos extraídos del SIP de la historia clínica, sin utilizar datos personales de las usuarias. Se analizarán los datos recaudados de Enero a Junio del año 2018 en el CHPR.

Unidad de análisis:

- Usuarías que hayan tenido su parto o cesárea en CHPR en un periodo establecido de 6 meses.

Criterio de inclusión:

- Mujeres entre 20 y 34 años cuyo embarazo no fue planificado y haya culminado en cesárea o parto vaginal.

Criterio de exclusión:

- Mujeres que no estén en el rango de edad manifestados en el criterio de inclusión
- Datos incompletos de la historia clínica perinatal básica

Consideraciones Éticas:

- Declaramos que el presente trabajo investigativo no tiene ningún tipo de costo económico para la institución.
- No genera ningún riesgo sobre la población objetivo, garantizando la seguridad y confidencialidad de los datos personales, resguardando y evitando la adulteración de los datos recabados.

CAPÍTULO V

Presentación, Análisis y Discusión de datos

Presentación

Datos Generales

Esta investigación se realizó en el correr de año 2018. Los datos fueron obtenidos a través del departamento de Registros Médicos del CHPR derivados del SIP, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

El propósito fue lograr un número lo más cercano a la población objetivo, mujeres entre 20 y 34 años, que no planificaron su embarazo, y el mismo se dio debido a un fracaso del método anticonceptivo, dejando de lado aquellas que en su SIP los datos requeridos estaban incompletos.

Quedarán contempladas las consideraciones éticas pertinentes.

POBLACIÓN OBJETIVO

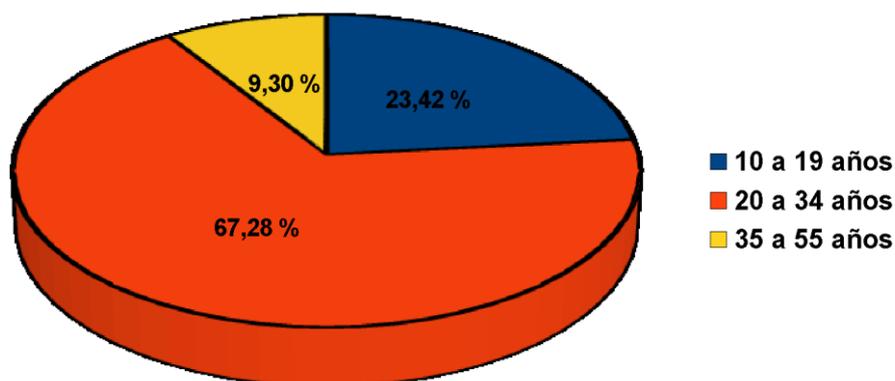


Gráfico I: Total de nacimientos en CHPR (Enero-Junio 2018)

De los datos recabados en el SIP, desde el 1° de enero del 2018 al 30 de junio del mismo año, en el CHPR se constataron un total de 2989 nacimientos, clasificados según las edades, corresponden 700 nacimientos (23,4%) a mujeres entre 10 y 19 años, 2011 nacimientos (67,2%) mujeres entre 20 y 34 años y 278 nacimientos (9,3%) a mujeres entre 35 y 55 años.

Debido al enfoque de nuestra investigación nos centraremos en mujeres entre 20 y 34 años, a su vez discriminamos los SIP con datos incompletos (sin datos en planificación del embarazo y/o métodos anticonceptivos) las cuales corresponden a 143 nacimientos, obteniendo una población objetivo de 1868 mujeres.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

La siguiente gráfica corresponde a los datos de Planificación de Embarazo.

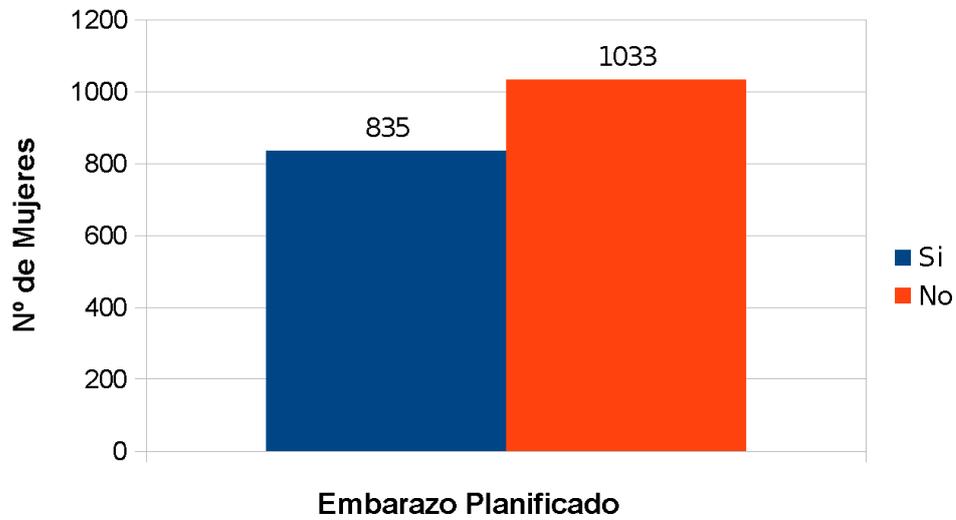


Gráfico II: Planificación de Embarazo

En la muestra se puede observar los embarazos no planificados, siendo este un total de 1033 nacimientos, que corresponden al 55,3% de la población, el restante 44,7% fueron embarazos planificados.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

En la siguiente tabla, se refleja la Edad en relación a los Embarazos no Planificados.

Embarazos No Planificados		
Edad	Nº de Mujeres	%
20	112	10,84
21	126	12,2
22	98	9,49
23	102	9,87
24	96	9,29
25	83	8,03
26	59	5,71
27	60	5,81
28	72	6,97
29	47	4,55
30	35	3,39
31	46	4,45
32	34	3,29
33	25	2,42

Tabla I: Edad-Planificación del Embarazo

De los datos expuestos en la tabla se puede observar que el grupo de mujeres de 21 años es la que alcanzo el mayor porcentaje de embarazos no planificados con un 12,2%.

A la vez se observa mínima diferencia entre los rangos de 20 a 25 años donde el porcentaje de estas edades van desde el 12,2% y el 8%, y en un rango menor se encuentran las mujeres de 26 a 34 años, a las cuales les corresponde un porcentaje entre 6,9% al 2,4%.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

La siguiente gráfica se puede apreciar la cantidad de mujeres con gestas previas en relación con la planificación del actual embarazo.

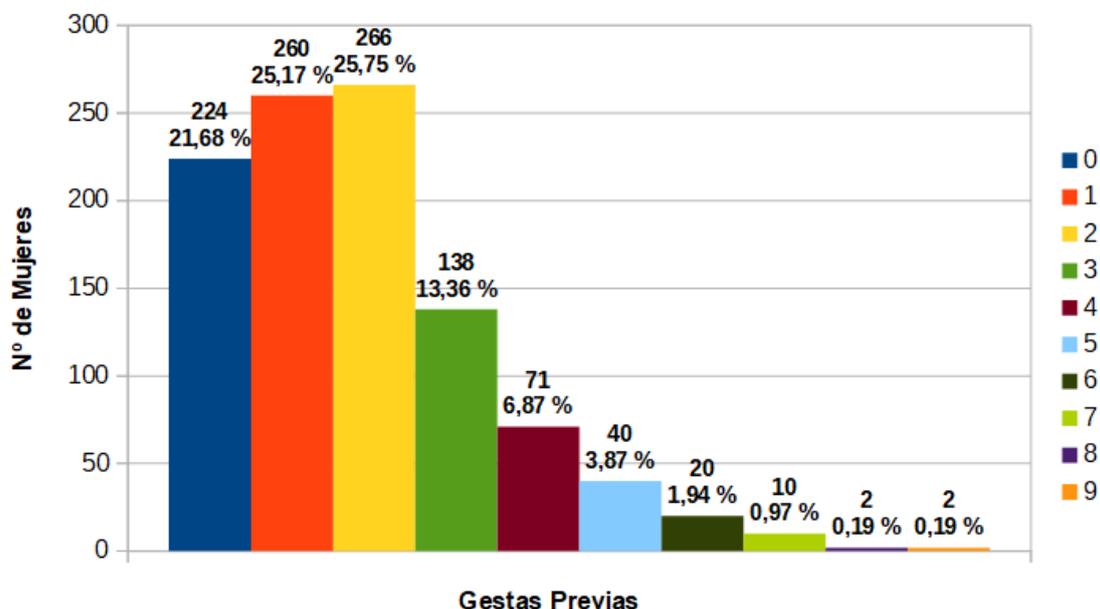


Gráfico III: Planificación de Embarazo-Gestas Previas

En esta gráfica se visualiza que el máximo de embarazos no planificados se presentó en mujeres que presentaron 1 o 2 gestas previas, siendo el 25.1% y 25.7 % respectivamente.

Es relevante considerar en los datos de la gráfica anterior que las mujeres con 0 a 2 gestas previas muestran un mayor porcentaje de embarazos no planificados disminuyendo en 12.4 puntos el porcentaje de incidencia en las que tiene 3 gestas previas; disminuyendo progresivamente a medida que las gestas previas aumentan.

De la población estudiada (1033 mujeres) el 51.7 % no uso un método anticonceptivo, siguiendo con el objetivo de este trabajo, se representa en la siguiente tabla y posterior gráfica la relación entre los métodos anticonceptivos utilizados y los embarazos no planificados.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

La siguiente tabla y grafica nos revela la “falla” de los métodos anticonceptivos en relación a la no planificación del embarazo actual.

Métodos Anticonceptivos	Nº de Mujeres	%
Barrera	227	45,58
DIU	13	2,61
Hormonal	255	51,20
Natural	3	0,60

Tabla II: Método Anticonceptivo-Planificación de Embarazo

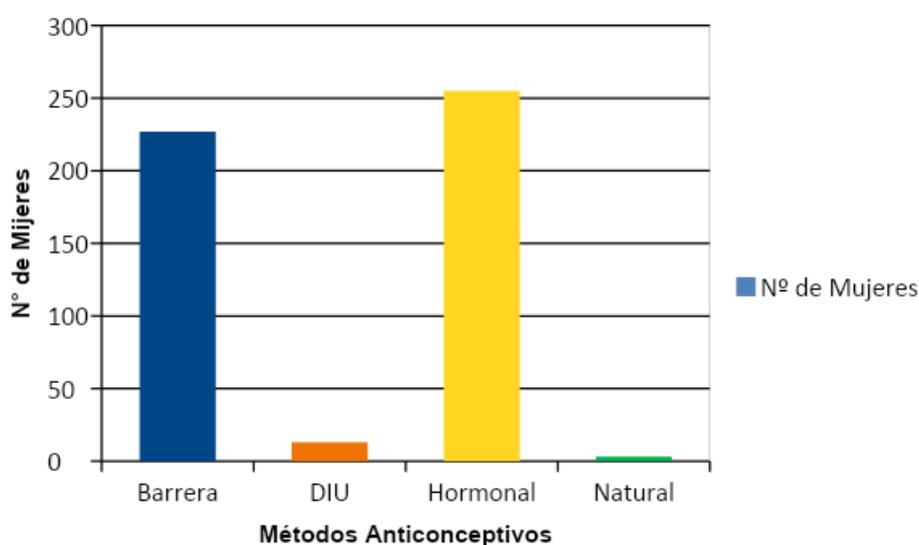


Gráfico IV: Método Anticonceptivo-Planificación de Embarazo

Se puede observar que la concepción fue a causa de la “falla” del método anticonceptivo que utilizaban, de ellos se obtuvo que en un total de 255 mujeres, 51,2% pertenece a métodos hormonales sin discriminación de los mismos, un 45,5% corresponden a los métodos de barrera, siendo un total de 227 mujeres, un 2,6% pertenecen a los métodos mecánicos (DIU) 13 casos y 0,60% a los métodos naturales que pertenecen a un total de 3 mujeres.

Análisis y discusión de datos

Desde el 1° de enero del 2018 al 30 de junio del mismo año, en el CHPR se constataron un total de 2989 nacimientos, correspondiendo 700 de ellos a mujeres entre 10 y 19 años respectivo a un 23,4%, siguiendo de un 67,2% de 2011 mujeres entre 20 y 34 años y 278 mujeres(9,3%) entre 35 y 55 años.

Al solicitar al Departamento de Registros Médicos, el listado de todos los nacimientos teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión, la muestra final obtenida fue de 1868 historias clínicas.

De la muestra se pudo desprender que la mayoría de los embarazos no fueron planificados, siendo este un total de 1033 nacimientos, que corresponden al 55,3% de la población, el restante 44,7% fueron embarazos planificados. A diferencia de otras investigaciones presentadas en los antecedentes de este trabajo no se utilizó encuestas a la población objetivo sino que fueron datos recabados del SIP.

Comparando los datos de este trabajo con algunas otras investigaciones presentadas en los antecedentes podemos decir que en el estudio realizado en Australia, año 2013, por Rassi et al., donde los embarazos no planificados fueron del 2%, destacando que muchos de ellos fueron a causa de un no uso de métodos anticonceptivos; de lo contrario en el presente trabajo los embarazos no planificados fueron de un 55,3%.

Por otra parte se observó que tanto en México como en EE.UU hubo una disminución de los embarazos no planificados debido a una mejoría en la promoción y accesibilidad de los métodos anticonceptivos. En México hubo un descenso del 32% en el año 2000 al 21% en el año 2009, en tanto en EE.UU disminuyó un 18% desde el 2008 al 2011.

De lo contrario los datos obtenidos del informe “Gestión y Sistema Informático Perinatal” del Hospital de la Mujer, Dra. Paulina Luisi, Montevideo, año 2017, el porcentaje de mujeres mayores de 19 años que no habían planificado su embarazo era de 51,3% aumentando un 3,9% en relación a los datos que se recolectaron en el año 2018 en dicho hospital.

Con respecto al análisis en base a los métodos anticonceptivos se observa una concordancia con los datos bibliográficos, ya que la variación de la falla de los métodos hormonales y los métodos de barrera son semejantes; teniendo una diferencia de 5,7 puntos de porcentaje entre la falla de métodos hormonales y la falla de métodos de barrera en los datos obtenidos y un 4,9 puntos de porcentaje descrita en la bibliografía.

En relación al DIU se puede observar que la falla del mismo se presenta en pocos casos, 2,6%, debido a la alta eficacia mencionada en la bibliografía, esta

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

falla no es relacionada al uso, debido a que es independiente del comportamiento de la mujer.

Se visualiza un número bajo de mujeres con falla del método natural, 3 casos, considerando a este no representativo, ya que el método natural es poco usado, teniendo en cuenta que en nuestra población el mismo no es promocionado, ni recomendado.

Por este motivo surge como interrogante: ¿en la población estudiada hubo una buena accesibilidad a los métodos anticonceptivos, como a la información y orientación sobre el uso adecuado de los mismos?

CAPÍTULO VI

Conclusiones, consideraciones finales y recomendaciones

Conclusiones

Se cumplió con el objetivo general de este trabajo, dado que la revisión de historias clínicas ha permitido determinar la relación e incidencia de embarazos no planificados en mujeres de edad joven en relación con el uso de los métodos anticonceptivos.

Dicho estudio determinó que existe un número significativo de mujeres que no han planificado su embarazo.

Destacamos al cruzar las variables, embarazo no planificado con gestas previas concluimos que la mayoría de las mujeres que no planificaron su gesta actual presentan gestas previas. Se considera relevante en la presentación de datos donde se visualiza una disminución de embarazos no planificados en mujeres que tuvieron 3 gestas o más, surgiendo dicha interrogante:

¿A un mayor número de encuentros con el sistema de salud, es menor el número de embarazos no planificados?

En lo que concierne al uso de un método anticonceptivo, se evidencio que la gran mayoría de las mujeres que no han planificado su gesta actual no estaban usando ningún método anticonceptivo.

Mientras que el resto de la población objetivo que adopto algún tipo de método, se evidencio falla o fracaso del mismo, siendo el método hormonal el de mayor número de casos, seguidos de los métodos de barrera y con una menor frecuencia los métodos mecánicos y naturales.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo no se encuentran alineados con las recomendaciones que realiza la OMS, en cuanto al embarazo se recomienda ser planificado, facilitando así la consulta preconcepcional, además nuestro país cuenta con acceso a todos los métodos anticonceptivos gratuitos disponibles en la mayoría de los centros de salud con el fin de que cada mujer y su pareja haga uso de su derecho de elección.

Consideraciones y Recomendaciones

Consideramos de importancia el correcto llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica de forma responsable, recordando que los mismos son documentos médicos legales los que generan información útil para análisis estadísticos y futuras investigaciones de medicina basadas en evidencia, para poder llevar a cabo mejoras en la asistencia de la salud.

Creemos importante aumentar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos adecuándose a cada hombre y mujer al deseo de cada uno.

Estar abiertos a crear espacios educativos en diferentes centros, ya sea de salud como escuelas y liceos, para abordar el tema planificación familiar. Dentro del gran tema educación sexual considerando que los sub temas que componen la educación sexual están relacionados.

Crear un espacio en las consultas para poder informar sobre los tipos de métodos anticonceptivos existentes y disponibles en los centros de salud y su correcto uso, además asesorar sobre las contraindicaciones de los mismos.

Reafirmar la implementación del doble método anticonceptivo, para una mayor eficacia del mismo y prevención de ITS.

Poder implementar este estudio para la realización de una investigación de carácter cualitativo, analizando las causas de los embarazos no planificados en nuestro país.

CAPÍTULO VII

Referencias bibliográficas

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Decreto 009-011 Reglamentación sobre Métodos Anticonceptivos en el SNIS, Uruguay, 01 de febrero de 2011. Recuperado el 27/06/2019 desde <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/9-2011>

Lee, I. (2003). “Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar”. *Medigraphic Artemisa en Línea*. México, vol. 41, núm. 4, pp. 313-319.

Ley 18.426 El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, Uruguay, 10 de diciembre de 2017.

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2010). *Guía en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles)*. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2013). *Guía en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de Orientación Anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes*. Uruguay.

OMS. (s.f). Recuperado el 03/10/18 desde https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/

Organización Mundial para la Salud (OMS). Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. (2007). *Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores*. Baltimore y Ginebra.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS y La Asociación Mundial de Sexología. (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Celebrada en: Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000. Recuperado el 28/09/18 desde http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf

Swisslatin. (2013). La OMS promueve la planificación familiar para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres. Suiza. Recuperado el 12/12/18 desde <https://www.printfriendly.com/p/g/BhGaED>

ASSE puso 15.000 implantes bajo la piel. El País, 20/06/2016 Recuperado 27/6/2019 desde <https://www.elpais.com.uy/informacion/asse-puso-implantes-piel.html>

CAPÍTULO VIII

Apéndices y Anexos

Ley Nº 18.426
DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,
DECRETAN:

CAPÍTULO I

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

Artículo 1º. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2º. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;

- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

Artículo 3º. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
- j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
- k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

- l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Artículo 4º. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2º y 3º de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a) 1. dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;
5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.
- b) 1. Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";
3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

distintas alternativas.

- d)
 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
 2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e)
 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
 2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f)
 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la [Ley N° 17.514](#), de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
 2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
 3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
 4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
- i)
 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;

2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;
3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;
4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Artículo 5º. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2º y 3º de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Artículo 6º. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
- c) la jerarquización del primer nivel de atención;
- d) la integración de equipos multidisciplinarios;
- e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;
- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPÍTULO II

Disposiciones finales

Artículo 7º.- Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".

Artículo 8º. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General, en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.

JOSÉ MUJICA,
Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini,
MartiDalgalarroAñón,
Secretarios.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 1º de diciembre de 2008.

De acuerdo a lo dispuesto por el [artículo 145 de la Constitución de la República](#), cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”

**TABARÉ VÁZQUEZ.
MARÍA JULIA MUÑOZ.**

Montevideo, Uruguay. Poder Legislativo.

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”



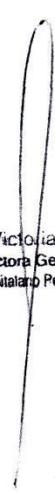
Montevideo, 14 de junio de 2019.

De: Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafluf

A: Prof. Agda. Obst. Part. Laura Valli
Br. Flavio Sanchez – María Auxiliadora Colmán

Por la presente adjunto a ustedes nota del Comité de Ética en Investigación de este Centro Hospitalario, referente al Proyecto “Embarazo no planificado en mujeres en edad joven y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”.

Le saluda atentamente,



Dra. Victoria Lafluf
Directora General
Centro Hospitalario Pereira Rossell

“Embarazo no planificado en mujeres en edad joven, y su relación con el uso de métodos anticonceptivos”



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 8 de Junio de 2019.

INTEGRANTES

Coordinadora:

Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti

Dr. Bruno Cuturi

Dra. Mariana Malet.

Lic. TS. María del Carmen Canavessi

Dra. Olga Larrosa.

Quím. Farm. Fernando Antunez.

Lic. Enf. Scheley Santos.

Prof. Adj. Dr. S. Scasso.

Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez

Lic. Psic. Ruben Garcia.

Secretaria

Obst. Part. Julie Nathalie Canobra

comite.etica.investigacion@gmail.com

Recepción de Protocolos

Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafluf

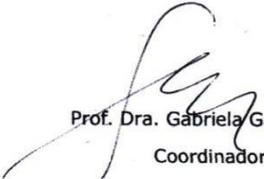
De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de Ética en Investigación considera en relación al proyecto, “**EMBARAZO NO PLANIFICADO EN MUJERES EN EDAD JOVEN Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**”. Resp.: Br. Flavia Sanchez, Br. Maria Auxiliadora Colmán. Tutora: Prof. Agda. Obst. Part. Laura Valli.

Trabajo amplio e interesante. El mismo se basa en obtener datos, que son analizados desde el Departamento de Estadística, para dar aprobación al presente protocolo, se debe con el aval del Departamento Registro Médicos,

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: +(598) 2707 5224


Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora