

# SEGUNDA JORNADA DE BIOÉTICA

## *Actualización sobre los riesgos del uso de los métodos artificiales de anticonceptivos*

*Dra. Gloria Sánchez Zinny*

12/8/2000

Muchas gracias por esta oportunidad de compartir un rato con ustedes. Mi aporte es muy técnico. En efecto, no me referiré a la parte moral, sino solamente a la técnica.

Se denominan *métodos anticonceptivos* todos aquellos cuyos mecanismos de acción de algún modo alteran la fisiología de la reproducción. Es verdad que con el tiempo han ido cambiando los efectos adversos. Es más, entre el material que les diera para imprimir y el que traigo ahora hay algunos cambios. Ahora bien, en el fondo todos estos métodos anticonceptivos apuntan a distorsionar la función generativa. Vale decir que los efectos adversos físicos o psicológicos no han desaparecido en su totalidad.

La cuestión ética es si la paciente o usuaria ha de conocer todas las consecuencias que esos métodos le pueden acarrear, para adquirir o no, o ser usuaria o no de un método anticonceptivo. En general los métodos anticonceptivos requieren un estricto control profesional.

El orden que seguiremos es el siguiente: primero nos referiremos a los mal llamados métodos naturales, y luego a los métodos físicos de barrera y DIU, los químicos, hormonales y quirúrgicos.

Hablamos de “mal llamados” métodos naturales, porque tanto el coito interrumpido como el coito anal no son modos naturales de entrar en una relación matrimonial. Sin embargo históricamente se han usado como métodos anticonceptivos.

La mayor desventaja del *coitus interruptus* son los trastornos emocionales que terminan a veces en la impotencia en el hombre y en la frigidez en la mujer, y en la congestión pelviana que se produciría al faltar la descongestión anexa a la culminación del acto sexual. En el caso del coito anal, con la penetración se produce la efracción de la mucosa rectal y ello es causa importante de contagio de enfermedades de transmisión sexual, justamente por abrirse una puerta de entrada de microorganismos, en razón del mismo sangrado.

Los métodos de barrera, el diafragma y el preservativo, tienen efectos secundarios.

En cuanto al diafragma, puede generar alergia al látex o al espermicida que habitualmente acompaña su uso. A veces, si no se emplea el espermicida que suele tener una acción bacteriana, se producen infecciones vaginales.

Con respecto al preservativo, los efectos indeseados son la difusión entre los adolescentes de un pretendido “sexo seguro”, mientras que, en realidad, cuando los preservativos están bien usados, tienen un porcentaje del 80, 90 o más del 90% de eficacia.

Aquí, a pie de página, se dice que son ineficaces en un 40%. Ello dependerá de la población de uso. ¿Por qué? Porque los adolescentes no tienen la misma disciplina que puede llegar a tener un adulto. Y así sucederá que no se lo pongan, que se lo pongan mal, que se salga, que se rompa, etc. Entonces se produce un rechazo psicológico. También en razón de quitar espontaneidad al acto matrimonial y alterar la relación personal, puede haber alergia y dificultar a la mujer llegar al orgasmo.

En cuanto al DIU, dispositivo intrauterino, lo podemos clasificar en medicados (contienen cobre o liberan hormonas) y no medicados. Estos últimos prácticamente no se usan. Con respecto a los otros, actúan produciendo una reacción inflamatoria en el endometrio (mucosa que tapiza la cavidad uterina). Por otro lado alteran el medio humoral, las secreciones que existen dentro del útero y de las trompas, y asimismo el mucus cervical.

Por todo ello la migración del espermatozoide, que se produce de un modo tan expeditivo con un mucus sano en el momento de la ovulación, se produce ahora con dificultad, también por las sustancias que se liberan, sobre todo el cobre, el cual posee una acción espermicida, y una acción tóxica para el ovocito, e incluso para el embrión que se acaba de engendrar, aunque todavía esté migrando por la trompa. Por otra parte, al alterarse ese medio y el endometrio, el embrión no encuentra un endometrio receptivo que permita la implantación.

Así pues, si bien no se discute la existencia de un efecto espermicida, decimos que existe también un efecto antiimplantatorio. Dos son los datos que nos respaldan para afirmar esto último:

- Si se pone un DIU enseguida después que una mujer ha tenido una relación sexual “no protegida” por un método anticonceptivo, se observa que no se producen embarazos.
- El único indicador mensurable que tenemos por ahora es la gonodotrofina coriónica. Esta es producida por el embrión. Pues bien, la gonodotrofina coriónica aumenta cuando el embrión se implanta. Hasta que el embrión no se implante no tenemos modo de medir esta gonodotrofina. Los estudios revelan que en algunos casos –muy pocos– hay gonodotrofina, lo que nos dice que en ciertos casos ha habido implantación. ¿Qué quiere decir todo esto? Que los DIU inertes y los provistos de cobre han sido en algunos casos compatibles con la fertilización y que en muchos otros el embrión no se ha podido implantar.

En los DIU con hormona nunca se ha visto esta elevación de la gonodotrofina, pero sí señales de ovulación. Inferimos entonces que el DIU ha actuado también como antiimplantatorio.

No disponemos de datos para consignar en qué porcentajes hay embarazos con DIU. De momento no lo podemos saber; quizás dentro de un tiempo –y recurriendo a otros indicadores– podremos decir si hubo fertilización y no hubo implantación.

## EFFECTOS ADVERSOS

En cuanto a los efectos adversos, en este punto disponemos de más datos porcentuales. Una de las **alteraciones concierne al ciclo menstrual**: aumento del sangrado menstrual y del dolor en algunas pacientes, de un 4 a un 15%. ¿Por qué nos interesan? porque en los países en vía de desarrollo es muy común que las mujeres

embarazadas padezcan anemia. Entonces, que estas mujeres en edad fértil sangren mucho entre un embarazo y otro, es un dato para considerar seriamente.

Otro problema son **las infecciones**, porque el DIU tiene un hilo que sale a través del cuello uterino hacia la vagina, que sirve para ver si está en su lugar o no. Los hilos antes eran de multifilamento y por lo tanto canal de ascenso de microorganismos. Ahora son de monofilamento; es más difícil que se produzcan infecciones, pero de hecho se siguen produciendo enfermedades inflamatorias pélvicas. Lo indicado en esos casos es retirar el DIU.

¿Qué es lo que más nos preocupa del DIU? Que hay **una incidencia de entre 0 y 3% de embarazos clínicos**. *Clínico* se llama al embarazo que se ha podido detectar por ecografía. Un embarazo que sigue su curso, pero con un riesgo de 50 al 60% de aborto espontáneo si el DIU no es removido. A su vez, si se remueve el DIU es muy probable que nosotros provoquemos el aborto. También son más frecuentes los abortos sépticos, corre peligro el embrión en su desarrollo y se aumenta el riesgo de parto prematuro.

Existe asimismo **riesgo de esterilidad** secundaria por estas infecciones silentes de las que hablábamos hace un momento. Infecciones que quizás no se han diagnosticado en su momento y han producido una endometritis crónica, o la misma endometritis crónica se produce por la presencia del DIU, el cual provoca que esa mucosa tan delicada se vaya remplazando por un tejido cicatricial, lo que produce secundariamente una esterilidad permanente.

Además en el mismo papel que trae el DIU se expone que es posible el **desmayo por bradicardia** en el momento de la inserción.

Los espermicidas generan efectos indeseados como **alergias y un posible efecto teratogénico**.

## LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Hay diversos anticonceptivos de este tipo. Los **contraceptivos orales** actúan inhibiendo la ovulación, alterando el endometrio, haciéndolo no apto para una anidación, haciendo que el mucus cervical sea hostil al acenso espermático.

Los **preparados de larga duración** tienen fundamentalmente los mismos efectos pero no siempre inhiben la ovulación.

Se llaman **interceptivos** los utilizados enseguida después de una relación sexual. Apuntan a prevenir la implantación.

Se llaman **contragestivos** los que se usan en los primeros 50 días luego de producida la fecundación y que tienen un efecto directamente abortivo.

**Sus efectos adversos:** aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica, no sólo venosa sino también arterial. Sorprendentemente los nuevos progestínicos son más agresivos en este terreno que los que veníamos usando de segunda generación. El riesgo aumenta para aquellas pacientes con hipertensión, fumadoras o mayores de 35 años. Provocan tensión premenstrual, depresión, alteración del metabolismo hidrocarbonado, aparición de diabetes en pacientes que tenían genéticamente esa predisposición.

Los progestínicos son muchísimo más potentes que la progesterona natural. Los niveles circulantes varían de mujer en mujer. Cada una de nosotras metabolizamos distinto. Los progestínicos provocan una mala absorción, porque se altera la secreción de las enzimas pancreáticas. Se altera también el metabolismo lipídico. El equilibrio de los ácidos grasos se complica enormemente dado que las hormonas sintéticas compiten con la lipasa hepática. Se provoca pues una distorsión generalizada. El efecto es, en definitiva, negativo.

En cuanto a los carcinomas hormonodependientes, es un tema normalmente conflictivo para nosotros.

Con respecto a la patología mamaria, existe una enorme discusión. Hay trabajos multicéntricos a favor y en contra. Lo que se puede decir es que depende del tiempo de uso. Con el aumento de tiempo de uso aumenta el riesgo de que una mujer padezca cáncer de mama si es genéticamente propensa a ello. Si esta mujer tenía ya displasia con atipia, se detona la posibilidad de que aparezca un carcinoma.

En mujeres menores de 45 años que tienen períodos más largos de exposición a las hormonas sintéticas, el riesgo de carcinoma aumenta pasados los 7 años de uso. Esto es clarísimo. En las mayores de 45 años la aparición del riesgo es precoz.

Con 10 años de uso de anticoncepción hormonal se duplica el riesgo de cáncer temprano de cuello uterino. Aquí intervienen también otras variables como la promiscuidad, y después la aparición de melanomas. Se aumenta también el riesgo de los poco frecuentes tumores de hígado benignos y malignos.

Las hormonas sexuales disminuyen la inmunidad.

Entonces pasan aquí dos cosas: por un lado, el método por sí mismo no hace de barrera, con lo cual no estamos protegiendo de ningún modo contra las enfermedades de transmisión sexual y, por otro lado, la hormona baja la inmunidad, por lo cual aumenta el riesgo de enfermedad de transmisión sexual y de cáncer, que es lo que habíamos visto arriba.

## MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Efectos adversos de la **ligadura tubaria** son la alteración de la circulación pélvica, lo cual produce congestión y ocasionalmente dolor. Su grave inconveniente es la irreversibilidad, ya que la microcirugía tubaria ofrece un porcentaje de eficacia del 20 al 25%.

La vasectomía ofrece esta misma dificultad de la irreversibilidad, ya que la microcirugía presenta porcentajes más bajos de eficacia. Está asociada a un aumento de lípidos en sangre y a una mayor predisposición al infarto cardíaco y al cáncer de próstata.

En resumen, riesgo para el embrión: los DIU actúan previniendo la ovulación, interfiriendo el transporte de los espermatozoides o del ovocito y, en cierto porcentaje, bloqueando la implantación del embrión en el endometrio.

Aumento de riesgo para la usuaria de métodos hormonales: riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica, riesgo aumentado de cáncer de mama, de cuello uterino, de melanomas que alteran el metabolismo hidrocarbonado y lipídico que alteran la inmunidad con el consiguiente aumento del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y también de cáncer.

Con respecto al DIU, alteraciones del ciclo menstrual, mayor riesgo de aborto una vez anidado el huevo y –como decíamos más arriba– riesgo para el embrión.

Muchas gracias.