

100  
AÑOS

Sociedad Argentina  
de Pediatría

Secretaría de Educación Continua



Por un niño sano  
en un mundo mejor

# PRONAP

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

## MÓDULO 4

Reflujo gastroesofágico  
en pediatría

Vínculo y apego

Anticoncepción en las  
adolescentes y los adolescentes



2011

100  
AÑOS

Sociedad Argentina  
de Pediatría  
*Secretaría de Educación Continua*



# PRONAP

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

## MÓDULO 4

Reflujo gastroesofágico en pediatría

**Dra. Marina Orsi**

Vínculo y apego

**Dra. Alicia Oiberman**

Anticoncepción en las adolescentes y los adolescentes

**Dra. Silvia Adriana Oizerovich**

**Dirección:** Dra. María Luisa Ageitos

**Edición:** Dra. Ángela Nakab  
Dra. Silvia Castrillon  
Dra. Roxana Martinitto  
Dra. Virginia Orazi

**Procesamiento didáctico:** Lic. Claudia Castro  
Lic. Amanda Galli

**Apoyo Administrativo:** Fabiana Cahaud. María Laura Boria.  
Silvina Muleiro. Marina Gutierrez Ageitos. Jazmín Kancepolski.

**Coordinador lista web:** Dr. Salomón Danon

2011

## Comisión

### Directiva SAP

#### Presidente

Dr. Gustavo Cardigni

#### Vicepresidente 1°

Dra. Angela Gentile

#### Vicepresidente 2°

Dr. Jorge L. Cabana

#### Secretaría General

Dra. Stella Maris Gil

#### Tesorero

Dr. Omar L. Tabacco

#### Pro-Tesorero

Dr. Walter O. Joaquín

#### Secretaría de

#### Educación Continua

Dr. Juan C. Vassallo

#### Secretario de

#### Actas y Reglamentos

Dr. Guillermo T. Newkirk

#### Secretaría de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. Roxana Martinitto

#### Secretario de Relaciones Institucionales

Dra. Nélide C. Valdata

#### Secretaría de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Mirta G. Garategaray

#### Secretaría de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dra. Claudia M. Palladino

#### Vocal 1°

Dr. Daniel R. Miranda

#### Vocal 2°

Dra. María E. Cobas

#### Vocal 3°

Dra. Mariana Rodríguez  
Ponte

#### Coordinadora Técnica

Dra. Adriana Afazani

## Secretaría

### de Educación Continua

#### Secretario

Dr. Juan Carlos Vassallo

#### Miembros

Dra. María del Carmen Toca

Dra. María Luisa Ageitos

Dra. Roxana Martinitto

Dra. Lucrecia Arpi

Dra. Silvia Castrillón

Dra. Isabel Maza

Dra. Claudia Palladino

Dra. Nélide Valdata

Dr. Luis Urrutia

Dra. Ángela Nakab

Dra. Carolina Pascual

Dr. Fernando Torres

Dr. Eduardo Lancioni

#### Asesoras Pedagógicas

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

## Consejo

### Asesor del PRONAP

#### Directores de Región

#### Región Metropolitana

Dr. Saúl Gleich

#### Región Litoral

Dr. Otmar Bertero

#### Región Pampeana Norte

Dra. Stella Maris Torchia

#### Región Pampeana Sur

Dr. César Garat

#### Región Centro Cuyo

Dra. Lilita Villafañe

#### Región Noreste

#### Argentino (NEA)

Dra. Alicia Nora Luis

#### Región Noroeste

#### Argentino (NOA)

Dr. Humberto Guerrero

#### Región

#### Patagónica Atlántica

Dr. Ernesto Rappallini

#### Región

#### Patagónica Andina

Dra. Gabriela Giannini

## Equipo de apoyo profesional

Lucrecia Arpi, Silvia Castrillón, Cristina Ciriaci, Gabriela Giannini, Walter Joaquín, Roxana Martinitto, Isabel Maza, Ángela Nakab, Mónica Ohse, María Ernestina Reig, Susana San Miguel, Luis Urrutia, Ricardo Vicentino, Horacio Yulitta, Lilita Villafañe.

Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría.  
Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP).

Av. Coronel Díaz 1971 C1425DQF. Buenos Aires.

Teléfonos: (011) 4821-2318/2319/5033/8612,  
internos: 130/131/132/145.

Fax directo: interno 132. Correo electrónico: pronap@sap.org.ar /  
Internet: <http://www.sap.org.ar>.

Horario de atención: Lunes a viernes de 10 a 20 hs.

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2010.

I.S.B.N.:

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previa por escrito de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Diseño Editorial: **AMI GALLI** • [amigalli@gmail.com](mailto:amigalli@gmail.com)

Impresión: **IDEOGRÁFICA**

Tte. Gral. J.D. Perón 935 (C1038AAS) Ciudad de Buenos Aires.

Telefax: 4327-1172 • [ideografica@interlink.com.ar](mailto:ideografica@interlink.com.ar)

**4** PRONAP Informa

**15** Reflujo gastroesofágico en pediatría  
**Dra. Marina Orsi**

**35** Vínculo y apego  
**Dra. Alicia Oiberman**

**55** Anticoncepción en las adolescentes  
y los adolescentes  
**Dra. Silvia Adriana Oizerovich**

**91** Anexo 1. Criterios médicos de elegibilidad para el  
uso de anticonceptivos

# PRONAP INFORMA

Con este Módulo Ud. está recibiendo:

## **MATERIALES COMPLEMENTARIOS:**

- Trabajo en terreno (Cuadernillo de preguntas y Formulario óptico).
- Suelos de "Atención del recién nacido sano".
- Examen Final (Cuadernillo de preguntas y Formulario óptico).
- Encuesta de Opinión (Cuadernillo de preguntas y Formulario óptico).
- Separata con imágenes de "Reflujo gastroesofágico".
- Hoja suelta de "Anticoncepción".
- Hoja suelta con Fe de errata: Pronap 2011, módulo 2, capítulo Exceso de crecimiento.

## **ATENCIÓN: LOS FORMULARIOS QUE SE ADJUNTAN SON MUY PARECIDOS...**

### **¡¡POR FAVOR, NO CONFUNDIR!!!**

- Lea atentamente el instructivo para el llenado de los formularios ópticos.
- **NO** se aceptarán reclamos sobre posibles equivocaciones. *Por ejemplo: registró las respuestas del examen en el formulario de la encuesta o del trabajo en terreno.*
- Si utiliza un formulario que no corresponde al Examen final, no lo podremos corregir y ud. perderá la certificación correspondiente

## **Examen Final año 2011**

- El examen tiene 100 preguntas, cada una con tres opciones y una sola respuesta correcta.
- El 60% de respuestas correctas es el nivel de exigencia establecido para la aprobación del examen y obtener la certificación.
- Conserve una fotocopia de las respuestas, como constancia para eventuales reclamos por extravío.
- El resultado del examen estará en su poder antes del 30 de agosto del 2012.
- Si en septiembre todavía no ha recibido el resultado y la certificación correspondiente al año 2011, comuníquese con la Secretaría del PRONAP.

## Encuesta de Opinión 2011

- La encuesta tiene 40 preguntas: por favor responda con la mayor espontaneidad posible. Su experiencia personal y sus consideraciones son muy importantes para el mejoramiento del programa.

Fecha límite de entrega	
Trabajo en terreno Examen final Encuesta de opinión	<b>Viernes 4 de mayo</b>

### RECUERDE:

- No se aceptarán formularios después de esta fecha.
- Ud. es el responsable de sus entregas. Luego de un tiempo prudencial verifique, telefónicamente o por e-mail, que su envío ha sido recibido en nuestras oficinas.

## Certificación PRONAP 2011

- 250 horas si aprueba el Examen final, presenta el Trabajo en terreno y responde la Encuesta de opinión. Se suman 30 horas más (280) en caso de haber realizado el Encuentro Virtual.

La Secretaría de Educación Continua asigna al PRONAP 18 créditos (19 créditos si participa en un Encuentro Virtual).

Estos créditos son reconocidos por el CEP para el Mantenimiento de la Certificación de Médico Pediatra.

## Encuentros Virtuales

Los tradicionales Encuentros Presenciales del Pronap se han transformado en Encuentros Virtuales que se concretan a través del campus de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Un Encuentro Virtual (EV) se desarrolla en varias semanas (entre 6 y 8); se analizan situaciones clínicas, se comparten experiencias y se amplían algunos temas según el interés de los profesionales participantes. ¿Cuánto tiempo lleva participar en un EV? Aproximadamente unas 2 ó 3 horas semanales, en el momento que a ud. le quede cómodo. Además de leer y escribir en la PC, necesitará algo más de tiempo para alguna lectura complementaria o búsquedas en Internet.

Los inscriptos son distribuidos en "aulas" (grupos) que son coordinadas por un tutor. Los tutores son pediatras clínicos con experiencia docente.

Para poder participar es requisito indispensable tener acceso a una PC con banda ancha.

- Durante los meses de noviembre y diciembre de 2011 se realizaron los Encuentros Virtuales correspondientes al Primer Turno del Curso 2011.
- En **marzo- abril** se ofrecerá un Segundo Turno. Se discutirán casos clínicos correspondientes a la temática desarrollada en los Módulos Nº 1 y Nº 2 de 2011.

### **INSCRIPCIÓN A EV (SEGUNDO TURNO)**

- Enviar un mail a [pronap@sap.org.ar](mailto:pronap@sap.org.ar) **antes del 5 marzo.**

**a)** En el asunto del e-mail escriba: **Inscripción EV.**

**b)** En el cuerpo del e-mail escriba los siguientes datos:

Nombre: ..... Apellido: .....

DNI: ..... mail: .....

Ciudad: ..... Provincia .....

País: .....

## **PRONAP 2012**

### Inscripción

- Desde **1 de diciembre 2011 hasta viernes 4 de mayo de 2012.**
- Aranceles preferenciales (menor costo y 3 cuotas sin interés): de diciembre hasta el 31 de marzo 2012.
- La inscripción se puede realizar de dos formas diferentes:
  - a)** Vía electrónica: desde [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar), solapa Inscripciones.
  - b)** Enviar Ficha de inscripción (que se adjunta).

## Temas 2012

Como es habitual, los temas han sido seleccionados según las sugerencias de los inscriptos, las propuestas de la Secretaría de Educación Continua, la consulta a los presidentes de Filiales y directores de Región. La decisión final ha estado a cargo de la Dirección PRONAP y de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Los siguientes temas podrán ser desarrollados con diferentes modalidades.

- Cefaleas
- Detección temprana del cáncer
- Burn out
- Diabetes
- Enfermedades desmielinizantes
- Enfermedad reumática.
- Errores frecuentes en hospitalización
- Hiperbilirrubinemia en el RN
- Nutrición en el ciclo de la vida
- Preguntas frecuentes en el consultorio
- Tos aguda y crónica
- Trastorno de conducta en niños menores de 3 años

## Materiales Complementarios

**Repositorio PRONAP** (archivo en el sitio web de la SAP). Los videos, entrevistas grabadas, bibliografía ampliatoria, material de educación para la salud que se enviaban en CD ahora estarán disponibles en <http://ttcampus2.com/educasap>.

Para ingresar, debe tener un usuario creado en el campus virtual, en caso de no tenerlo, usted puede generar su propia clave cliqueando en el banner "Registrarse al campus" y siguiendo los pasos para obtener uno.

Una vez creada esta clave e ingresado al campus, debe dirigirse en el centro de la pantalla al banner llamado "PRONAP" y después al de "Repositorio PRONAP".

La primera vez que ingrese a este sitio con su usuario, el sistema le pedirá una contraseña de acceso.

- Contraseña de acceso: **repositoriopronap1112**

Una vez que haya ingresado la clave del curso y accedido satisfactoriamente al área, no se le volverá a pedir dicha contraseña.

## ● ACCESOS

Si usted desea hacernos llegar sugerencias, temas u opiniones, puede hacerlo por teléfono, carta, mail o participando de la lista de discusión del PRONAP.

*Lista de discusión*

Suscripción en: **pronap@sap.org.ar**

*Acceso para suscriptos:*

**pronap07@pccorreo.com.ar**

*Repositorio*

En **http://ttcampus2.com/educasap**

Cree su clave de ingreso al campus.

Después ingrese a "REPOSITORIO PRONAP" allí se le pedirán los siguientes datos:

USUARIO: pronap

CONTRASEÑA: 2011

*Ficha de inscripción 2012*

En **www.sap.org.ar**, solapa Educación, opción PRONAP

**RECUERDE INFORMAR CAMBIO DE DOMICILIO Y/O DE DIRECCIÓN ELECTRÓNICA**

## CONSULTAS, RECLAMOS Y OTRAS COMUNICACIONES

- PERSONALMENTE: Lunes a viernes de 10 a 20 hs.
- CORREO ELECTRÓNICO: pronap@sap.org.ar
- TELÉFONOS: De 10 a 20 horas:  
011-4821-8612/2318/2319, internos 130/131/132  
Fax directo: 011-4821-2319 interno 132
- CORREO POSTAL: PRONAP 2011  
Coronel Díaz 1971 (1425) Ciudad de Buenos Aires



# PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN EN TEMAS DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA (TIPS)

## MÓDULOS N° 5 Y N° 6 - Año 2012

- Abierta la inscripción hasta el 4 de mayo.
- Puede elegir:
  - a) Módulos impresos (soporte papel).
  - b) Módulos en pdf (soporte electrónico).

Para mayor información: ingresar a [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar), solapa Educación, sección TIPS.

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN EVALUACIÓN DEL PRONAP 2010

Como todos los años, el PRONAP 2010 fue evaluado por los profesionales participantes. En esta oportunidad se recibieron 6.191 encuestas de opinión; el 57% de los profesionales que respondieron son alumnos del Pronap desde hace más de 5 años en forma ininterrumpida y el 17% lo son desde hace 18 años !!

- La mayoría (62%) considera que el Pronap es **muy bueno** porque *satisface sus necesidades y expectativas* mientras que un 20% lo considera **excelente**.
- En relación a la influencia del Pronap en la propia práctica profesional, la mitad (55%) de los participantes dice que el Pronap lo ayuda, **en gran medida**, a sentirse más capacitado y seguro para *revisar su propia experiencia e incorporar innovaciones y para ejercer la profesión sintiéndose más satisfecho con su trabajo*. El 35% opina que la influencia del Pronap en estos sentimientos y/o comportamientos es **moderada**.
- ¿Cuáles han sido las innovaciones incorporadas en la práctica profesional?  
Las dos conductas que mayor número de profesionales incorporaron a su práctica son las siguientes:
  - *Indagar regularmente si a sus pacientes se les realizó screening para hipoacusia*: el 48% de los profesionales dice que la ha incorporado **casi siempre**; un 30% dice que era una conducta que ya practicaba.
  - *Observar en los lactantes pequeños la capacidad de establecer contacto visual*. El 48% la ha incorporado **casi siempre** y un 33% dice que ya la practicaba.

Hay que destacar otras dos conductas que el 50% de los participantes dice haber incorporado **con cierta frecuencia, a veces**:

- *Sospechar errores congénitos del metabolismo en casos de aparente intoxicación y/o convulsiones* (51%); el 10% informa que ya lo hacía.
- *Identificar a los niños que están en situación de trabajo para contribuir a la erradicación del trabajo infantil* (49%); el 8% ya lo hacía.

Los **12 temas publicados** fueron evaluados por los profesionales con una "nota" teniendo en cuenta el aporte de nuevos conocimientos y el interés para la práctica profesional.

- **Nota 9-10.** Tres temas recibieron esta alta calificación:
  - *Sueño: perturbaciones más frecuentes* (51%).
  - *Trastornos de la comunicación y el lenguaje: detección temprana* (48%).
  - *Alergias alimentarias* (47%).
- **Nota 8-7.** Todos los temas fueron calificados con esta nota por el 40-50% de los participantes.
- **Nota 6-5.** Un pequeño porcentaje de participantes adjudicó esta nota a:
  - *Calidad de vida relacionada con la salud* (23%).
  - *Trabajo infantil, una problemática social y compleja* (15%).

En síntesis: los profesionales han considerado que todos los temas publicados en 2010 aportaron nuevos conocimientos y que resultaron de interés para la práctica profesional; desde esta perspectiva resulta lógico que se valoren más los temas esencialmente clínicos.

- **Módulos impresos.** Las notas adjudicadas son 10-9 (34%); 8-7 (56%); 6-5 (9%).
- **Procesamiento didáctico.** Las notas adjudicadas son 10-9 (38%); 8-7 (53%); 6-5 (9%).
- **Materiales complementarios.** Las notas adjudicadas son 10-9 (31%); 8-7 (53%); 6-5 (14%).
- **Trabajo en terreno.** Las notas adjudicadas son 10-9 (28%); 8-7 (48%); 6-5 (19%); 4-menos (3%).
- **Examen final.** Las notas adjudicadas son 10-9 (28%); 8-7 (60%); 6-5 (10%); 4 – menos (1%).
- **Procesos administrativos.** Las notas adjudicadas son 10-9 (52%); 8-7 (35%); 6-5 (10%); 4 – menos (2%).

En síntesis: el 80-90% de los alumnos del Pronap valoran como **excelentes y muy buenos** los materiales educativos y la gestión del programa.

## Encuentros Presenciales

Sólo 810 profesionales asistieron a un encuentro presencial (13% de los que responden la encuesta). Nota 10-9 (43%); nota 8-7 (37%); nota 6-5 (16%)

El 87% de los que responden la encuesta NO asistieron a un encuentro presencial por diversas razones:

- *estoy agotado, no puedo hacer más esfuerzos (40%),*
- *los fines de semana son sagrados para descansar/familia (25%),*
- *no tengo tiempo de leer todo y tengo temor de quedar mal ante mis colegas (14%),*
- *sólo me interesa escuchar a especialistas en cada tema (8%).*

En síntesis: hace unos años que se observa una tendencia: no concurrir a los encuentros presenciales; Pronap ha comenzado a ofrecer Encuentros Virtuales (EV) desarrollados en la Plataforma de la SAP.

## Encuentros Virtuales 2010

En esta primera experiencia los EV se ofrecieron sólo a los profesionales inscriptos en Pronap vía web pensando que la propuesta podía tener mayor aceptación entre estos profesionales.

- Se inscribieron 146 profesionales.
- Se convocaron y entrenaron 5 pediatras para que se desempeñaran como tutores.
- Funcionaron 5 aulas, las actividades comenzaron el 17 de marzo y finalizaron el 28 de abril de 2011.
- 94 pediatras cumplieron con todos los requisitos establecidos y se les acreditaron 30 horas que han sido sumadas en la certificación correspondiente a PRONAP 2010.

## *La literatura y los niños...*

### EL NIÑO YUNTERO

Carne de yugo, ha nacido  
más humillado que bello,  
con el cuello perseguido  
por el yugo para el cuello.

Nace, como la herramienta,  
a los golpes destinado,  
de una tierra descontenta  
y un insatisfecho arado.

Entre estiércol puro y vivo  
de vacas, trae a la vida  
un alma color de olivo  
vieja ya y encallecida.

Empieza a vivir, y empieza  
a morir de punta a punta  
levantando la corteza  
de su madre con la yunta.

Empieza a sentir, y siente  
la vida como una guerra  
y a dar fatigosamente  
en los huesos de la tierra.

Contar sus años no sabe,  
y ya sabe que el sudor  
es una corona grave  
de sal para el labrador.

Trabaja, y mientras trabaja  
masculinamente serio,  
se unge de lluvia y se alhaja  
de carne de cementerio.

A fuerza de golpes, fuerte,  
y a fuerza de sol, bruñido,  
con una ambición de muerte  
despedaza un pan reñido.

Cada nuevo día es  
más raíz, menos criatura,  
que escucha bajo sus pies  
la voz de la sepultura.

Y como raíz se hunde  
en la tierra lentamente  
para que la tierra inunde  
de paz y panes su frente.

Me duele este niño hambriento  
como una grandiosa espina,  
y su vivir ceniciento  
resuelve mi alma de encina.

Lo veo arar los rastros,  
y devorar un mendrugo,  
y declarar con los ojos  
que por qué es carne de yugo.

Me da su arado en el pecho,  
y su vida en la garganta,  
y sufro viendo el barbecho  
tan grande bajo su planta.

¿Quién salvará a este chiquillo  
menor que un grano de avena?  
¿De dónde saldrá el martillo  
verdugo de esta cadena?

Que salga del corazón  
de los hombres jornaleros,  
que antes de ser hombres son  
y han sido niños yunteros.

# Capítulo 1

## Reflujo gastroesofágico en pediatría

### **Dra. Marina Orsi**

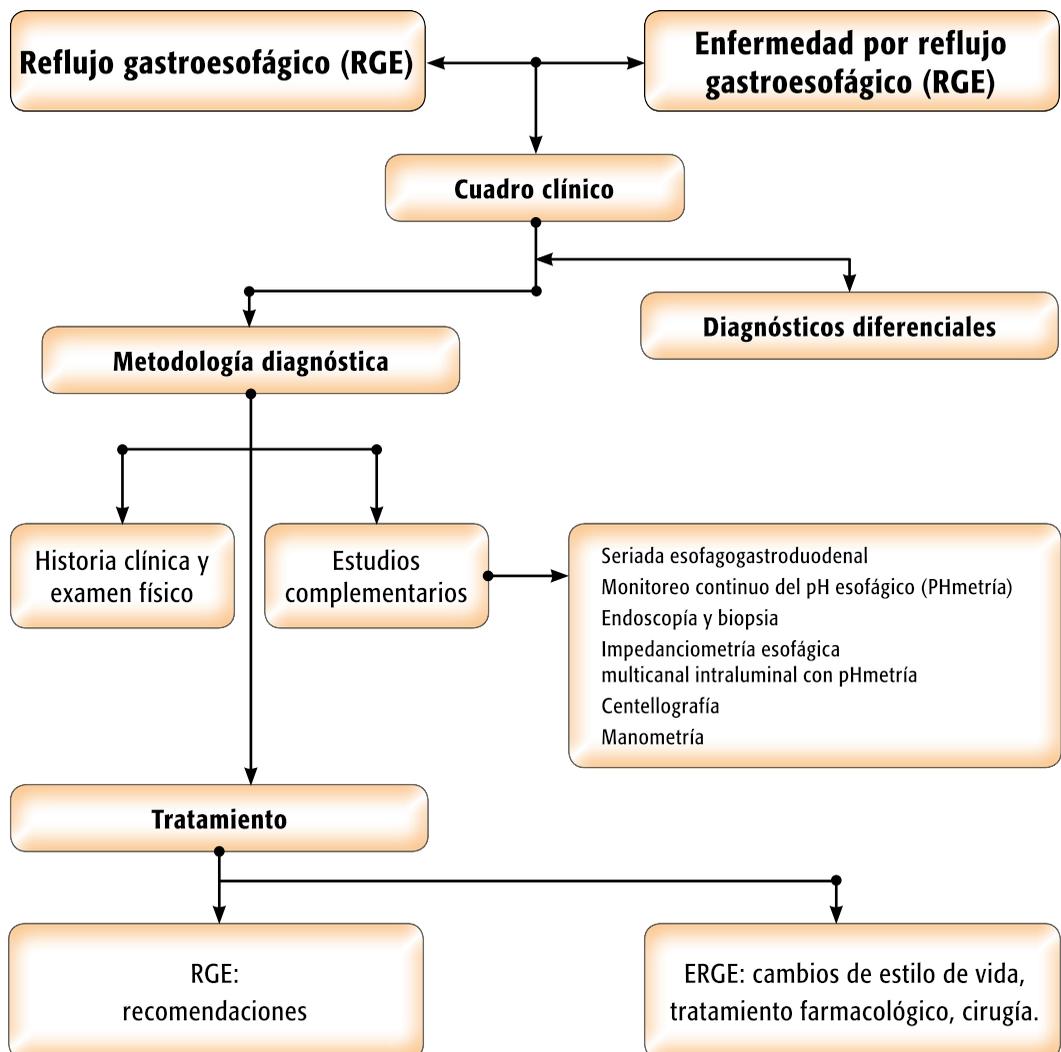
Sub-Jefa del Servicio de Gastroenterología-Hepatología y Trasplante Hepato-Intestinal del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Presidenta de la Sociedad de Gastroenterología - Hepatología y Nutrición Pediátrica de Latinoamérica (SLAGHNP o LASPGHN).

## OBJETIVOS

- Diferenciar los niños con reflujo gastroesofágico (RGE) fisiológico de aquéllos con reflujo patológico o con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).
- Identificar tempranamente los niños con ERGE para evitar complicaciones.
- Reconocer el cuadro clínico del RGE y de la ERGE.
- Explicar ventajas y debilidades de cada uno de los estudios diagnósticos.
- Realizar diagnóstico diferencial.
- Describir los principales ejes relacionados con la conducta terapéutica.
- Derivar oportunamente al especialista a aquellos pacientes con ERGE.

## ESQUEMA DE CONTENIDOS





## INTRODUCCIÓN

El *reflujo gastroesofágico* (RGE) se define como el simple pasaje retrógrado del contenido gástrico al esófago, denominándose enfermedad por reflujo (ERGE) o "reflujo patológico" a los síntomas y/o complicaciones secundarias al mismo.

El RGE es un fenómeno fisiológico que se produce principalmente después de las comidas, durante un período breve de tiempo que no causa enfermedad.

*RGE fisiológico es el clásico lactante que vomita y/o regurgita con variable intensidad, sin otros síntomas acompañantes, que crece y duerme bien, que se conoce como "vomitador o regurgitador feliz".*

Este cuadro se va a resolver espontáneamente en el transcurso de los primeros 2 años de vida. No se debe estudiar ni medicar.

Se debe diferenciar de aquel niño con otras manifestaciones digestivas o extra-esofágicas que afectan su bienestar y complican su desarrollo en el cual corresponde pensar en *reflujo patológico o enfermedad por reflujo gastroesofágico* (ERGE) que sí requiere de estudios diagnósticos y medidas terapéuticas.

*Es importante tener en cuenta que no todo lo que vomita es RGE, ni todo RGE vomita.*

El mecanismo fisiopatológico del reflujo gastroesofágico se desconoce. Las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (EEI) son consideradas las responsables del mismo.

La relajación transitoria del esfínter esofágico inferior es la disminución brusca de la presión de este esfínter (EEI) no relacionada a deglución y/o peristalsis. Esta relajación ocurre en sujetos sanos pero en los pacientes, su frecuencia y su duración es mayor. En condiciones habituales no tienen importancia clínica.

Es una entidad muy frecuente en la edad pediátrica, ya que se acepta un reflujo fisiológico en todas las edades. Se encuentran vómitos recurrentes en dos tercios de los niños de cuatro meses de edad, pero solo entre un 5 a 10% en mayores de un año, es decir existe una tendencia a la desaparición o disminución del reflujo con el crecimiento reconociendo que suele resolverse, en un 85 a 90% de los casos, entre el primero y el segundo año de la vida. Sin embargo, la ERGE puede presentarse en la edad preescolar y/o manifestarse en niños mayores y en algunos incluso persistir hasta la vida adulta.

*Corresponde centrar el esfuerzo en identificar tempranamente a los niños con ERGE (enfermedad por RGE) para evitar complicaciones: como las estenosis, estricturas o el esófago de Barrett.*

Los síntomas en los escolares (más de 6 años) se asemejan más a los del adulto con pirois, epigastralgia, ardor, sabor amargo o sensación de quemazón del esófago y dolor retroesternal.

*Cuando la cantidad o duración de los episodios de reflujo supera la capacidad defensiva de la mucosa esofágica, se producen consecuencias desfavorables y surge la enfermedad: ERGE o "reflujo patológico".*

Para establecer el diagnóstico en la edad pediátrica el "gold standard" o "prueba de oro" ha sido el **monitoreo continuo del pH (pHmetría)** del esfínter esofágico inferior durante 24 horas. El inconveniente es que éste es un método indirecto que se basa en la presencia del ácido en el esófago inferior, por lo cual no detecta episodios de RGE no ácidos. Por ende, particularmente en los lactantes con baja secreción ácida y una alimentación predominantemente láctea (alcalina), puede haber resultados falsos negativos. Esto también se observa en los pacientes con secreciones respiratorias, que por su pH alcalino, los episodios de RGE ácidos no son adecuadamente detectados.

La endoscopia es el método de elección para demostrar daño de la mucosa por ERGE, pero la necesidad de anestesia y equipos de menor calibre que no están al alcance de muchos centros del país, hace que su uso sea más difundido en niños mayores y previo a una desición quirúrgica.

En estos últimos años se ha desarrollado un método nuevo, la **impedanciometría intraluminal multicanal (IIM)**, asociada al monitoreo continuo de pH, o a la manometría, que permite evaluar el movimiento dentro del esófago diferenciando deglución de reflujo así como la característica ácida o no ácida del material refluído, y la altura esofágica alcanzada por la columna líquida. Presenta la ventaja sobre la pHmetría convencional, de registrar los reflujos no ácidos y los débilmente ácidos, y determinar si el material refluído es sólido, líquido, gaseoso o mixto.

Respecto a las medidas terapéuticas, han sido utilizadas distintas opciones: la posición semisentada, la modificación dietaria, el uso de antiácidos y/o proquinéticos, la cirugía, cobrando actualmente mucha importancia la utilización de inhibidores de la bomba de protones, ya que demostraron ser seguros en pediatría y presentar una excelente respuesta en la curación de la esofagitis, complicación no deseada de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

## CUADRO CLÍNICO

*Se debe recordar que la mayoría de los casos son lactantes vomitadores o regurgitadores felices o reflujo fisiológico..*

Para su correcto diagnóstico se sugiere tener en cuenta los criterios clínicos propuestos por el Consenso de Roma II y Roma III, donde particularmente se jerarquizan los aspectos positivos para el diagnóstico y los datos a descartar.

- Niño saludable de 1 a 12 meses de edad.
- Presencia de 2 o más regurgitaciones por día durante 3 o más semanas de evolución.
- Sin evidencia de náuseas, apneas, hematemesis, alteraciones posturales ni retraso de crecimiento.
- Sin evidencia de trastornos metabólicos, neurológicos o digestivos.

En el *ERGE* o reflujo patológico la presentación clínica varía según la edad, clasificándose en síntomas típicos y atípicos:

<b>Lactantes y niños pequeños</b>	Presentan regurgitaciones o vómitos recurrentes, irritabilidad, llanto, rechazo del alimento, mal dormir, hiperextensión del cuello (Síndrome de Sandifer), inadecuado progreso ponderal hasta el hallazgo de estrías de sangre al vomitar.
<b>Neonatos y lactantes del primer semestre</b>	El reflujo gastroesofágico se ha asociado con episodios de aparente amenaza de la vida (EAAV) o ALTE ("Apparent Life Threatening Event"). Persiste a nivel mundial la controversia en relación a la concurrencia o causalidad de ésta asociación.
<b>Mayores y los adolescentes</b>	Refieren con mayor frecuencia epigastralgia o pirosis, náuseas, halitosis, eructos, sabor amargo en la boca y dolor retroesternal más que vómitos.

Las **formas extra digestivas** (o síntomas atípicos) son la reiteración o persistencia de laringitis, sinusitis, tos crónica, particularmente nocturna, obstrucción bronquial, neumonías, otitis, disfonía, anemia, alteración en el esmalte dentario deben ser consideradas siempre. En ellos puede no haber vómitos y por ello, a ésta presentación del RGE se la ha denominado RGE oculto o silente.

*La disfagia, si bien es poco frecuente, debe ser considerada un signo de alarma.*

La enfermedad por reflujo de larga evolución requiere una terapéutica agresiva para reducir el riesgo de secuelas graves como la estenosis péptica y el esófago de Barrett, que ya están descritos en edad pediátrica.

## METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

### Historia clínica y examen físico

El RGE puede ser diagnosticado por examen físico adecuado e historia típica de reflujo, como la presencia de vómitos e irritabilidad.

Sin embargo, no se ha encontrado buena correlación entre el interrogatorio y el examen físico con los hallazgos endoscópicos de esofagitis, ni con la pHmetría.

### Estudios Complementarios

Los estudios complementarios deben ser indicados e interpretarlos el especialista. El pediatra debe seleccionar a quien derivar y por eso es fundamental diferenciar clínicamente RGE fisiológico vs ERGE.

## Seriada esófagogastroduodenal

Se utiliza para evaluar la anatomía, la presencia de estenosis pilórica, membranas duodenales, hernia hiatal o mal rotación.

Tiene baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de reflujo (31% a 83% y 80% a 82%, respectivamente) comparada con la pHmetría.

### **Foto 1. Radiografía: estudio contrastado donde se observa la presencia de hernia hiatal con estenosis esofágica péptica**



## Monitoreo continuo del pH esofágico (pHmetría) de 24 hs

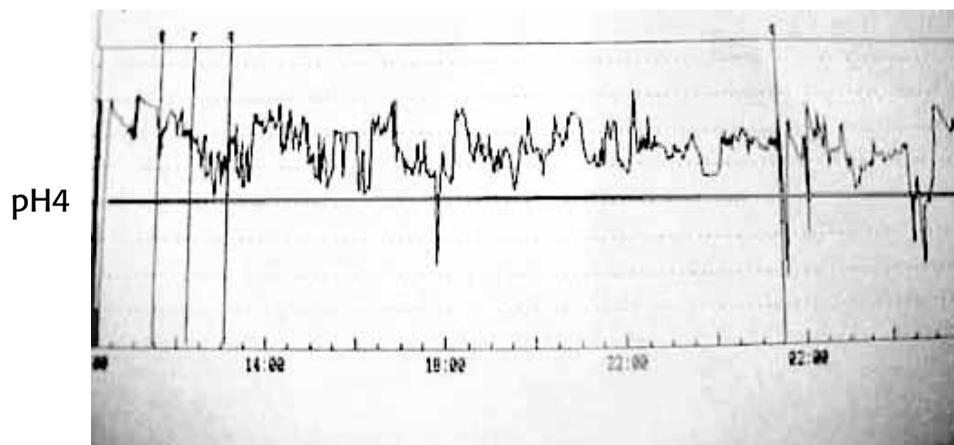
Es considerado el método patrón de oro para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico. Cuantifica la exposición del esófago al ácido ("index of esophageal acid exposure") evaluando la cantidad de episodios, la duración de los mismos, así como la relación temporal entre los síntomas y el episodio de reflujo (correlación sintomática positiva mayor al 50%, según las series).

Se define un episodio de reflujo ácido a aquel que presenta pH menor de 4, durante un determinado tiempo, en general 15 a 30 segundos. El índice de reflujo aceptado como normal varía según las edades, siendo considerado en adultos 6%, niños 5,4% y lactantes 11,7%.

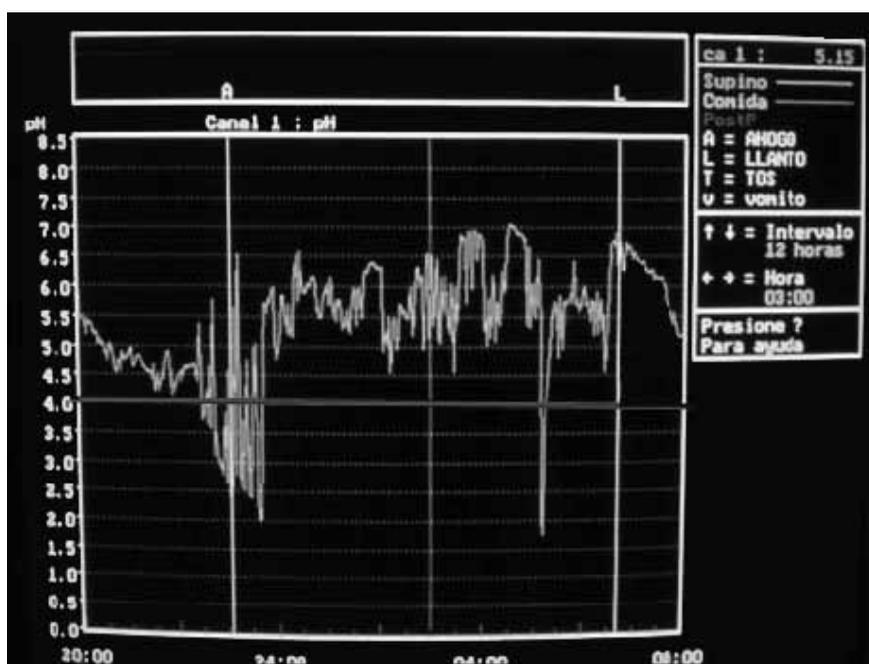
Se encontró alta asociación entre el aumento de la exposición al ácido del esófago, medido por pHmetría, y la presencia de esofagitis erosiva, hallado por anatomía patológica, aunque no con la gravedad de la misma.

La debilidad de este método radica en la falta de detección de los episodios de reflujo no ácido, presentes sobre todo en el período posprandial de los lactantes, dada la alimentación alcalina abundante, que podría interferir con el registro, así como la menor secreción ácida fisiológica de los niños pequeños. En algunos trabajos se evaluó la secreción normal de ácido del estómago, llegando a equipararse a la del adulto alrededor de los dos años de vida.

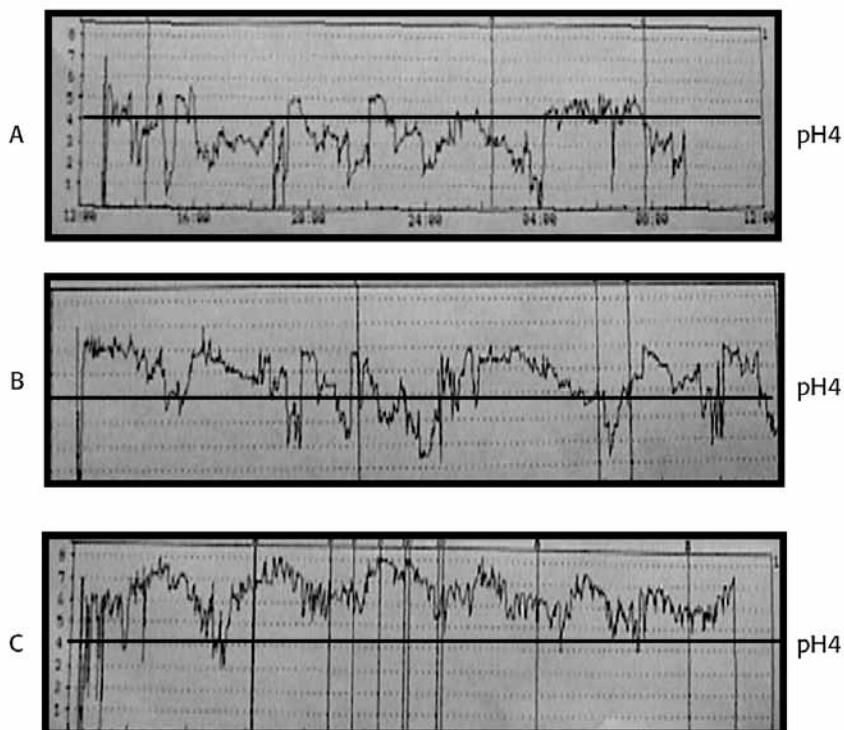
**Gráfico 1. Registro de pHmetría normal**



**Gráfico 2. Correlación de un síntoma (x) con un episodio de RGE ácido**



**Gráfico 3. Registros de 3 pHmetrías: A. Registro patológico. B. Respuesta insuficiente a un determinado tratamiento médico. C. Respuesta óptima a otro esquema terapéutico**

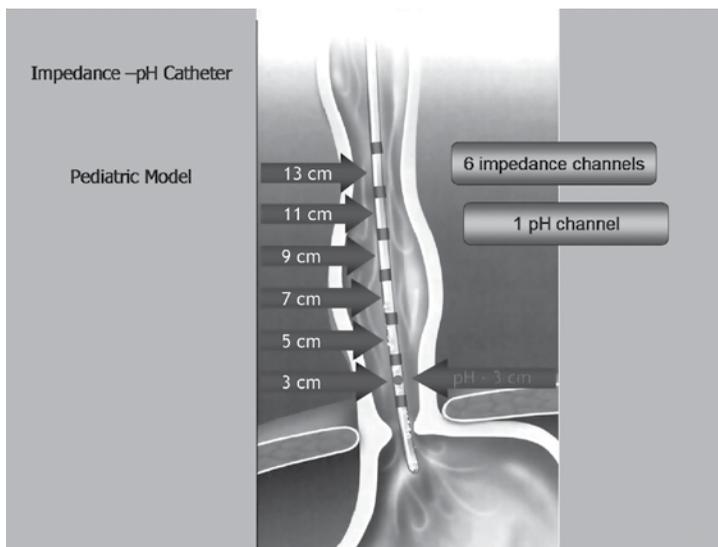


### Impedanciometría esofágica multicanal intraluminal con pHmetría

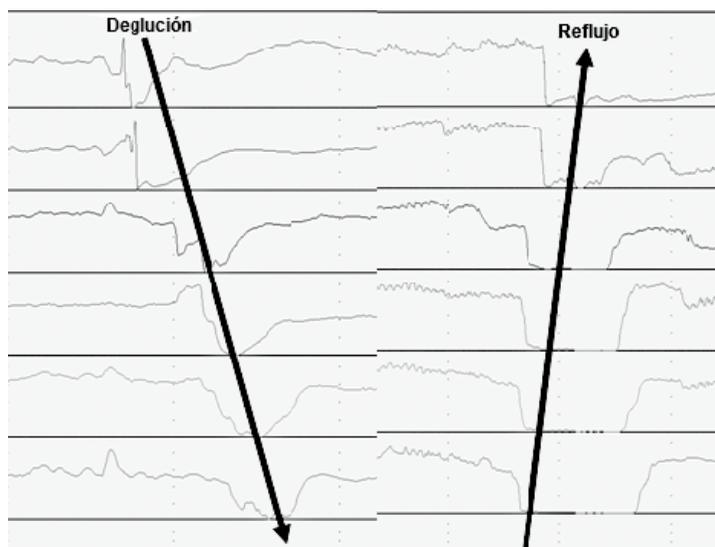
Es una nueva herramienta que se basa en que el pasaje del bolo a través de los diferentes segmentos del esófago determina una caída de la impedancia, detectando episodios de reflujo tanto ácidos como no ácidos. A este método se le suma la pHmetría, logrando, entonces, la detección de cada episodio por separado, así como la altura alcanzada por el episodio de reflujo.

En algunos trabajos se halló un 40% de episodios de reflujo no ácidos en pacientes respiratorios, que no hubieran sido detectados con la pHmetría convencional, demostrando ser útil en la detección de episodios de reflujo en pacientes con síntomas atípicos. Es una técnica novedosa, que requiere más tiempo para su análisis y aun no existen valores de normalidad para edad pediátrica.

**Gráfico 4. Se observa la sonda de IIM con pHmetría**



**Gráfico 5. Registro donde observa como la IIM discrimina entre una deglución y un RGE**



## Endoscopia y biopsia

Resulta esencial para determinar la presencia y severidad de la esofagitis, las estenosis benignas, el esófago de Barrett, así como excluir otros diagnósticos como la esofagitis eosinofílica, la enfermedad de Crohn o la esofagitis infecciosa (Ver fotos 2, 3 y 4 de la separata).

*Siempre se debe biopsiar, ya que pueden existir cambios histológicos sin una observación macroscópica evidente.*

Una vez establecido el diagnóstico de esofagitis por reflujo, se debe corroborar mediante una segunda endoscopia la curación de las lesiones luego de finalizado el tratamiento.

## Centellografía

Mediante la ingesta de tecnecio radioactivo, se observa el vaciamiento gástrico y la existencia de microaspiraciones. Se recomienda obtener el último barrido a las 24 horas para la detección de aspiración tardía.

## Manometría

Es un estudio de utilidad para la valoración de la motilidad esofágica, por lo tanto, es necesario en el diagnóstico de acalasia, de las colagenopatías y es importante para la toma de decisiones quirúrgicas en pacientes complejos.

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Los diagnósticos diferenciales varían según la edad.

Ante un neonato o lactante pequeño con vómitos a repetición, poca ganancia de peso o descenso del mismo, corresponde realizar pruebas de laboratorio con hemograma, urea, estado ácido base, cuerpos reductores en orina, chequear la pesquisa neonatal, en busca de enfermedades metabólicas. También se deberá descartar obstrucciones gastrointestinales como la estenosis hipertrófica del píloro, la presencia de membrana o atresia duodenal, mal rotación intestinal, entre otras patologías.

En algunos lactantes con vómitos recurrentes, irritabilidad y mal progreso de peso en los que pudiera considerarse como otra etiología la alergia a la proteína de la leche de vaca, se ha sugerido la utilización de fórmulas hidrolizadas extensas o elementales durante dos semanas, como prueba diagnóstica y terapéutica. Esta conducta debe realizarse sólo por dos semanas con la contraprueba correspondiente para confirmar éste diagnóstico y sólo así indicar total exclusión de lácteos. Se recomienda precaución con ésta indicación para evitar el sobre-diagnóstico de ésta entidad y un injustificado costo psíquico y económico para la familia.

Otros diagnósticos a recordar son: la esofagitis eosinofílica, la rumiación, el síndrome de vómito cíclico (S.V.C.) y los trastornos motores como la gastroparesia.

*Los signos de alarma clínica no compatibles con ERGE son:*

*Comienzo de los vómitos después del 6° mes de vida o esporádicos. Pensar en hipertensión endocraneana / Vómitos de tipo bilioso / Distensión abdominal / Importante y brusca pérdida de peso / Fiebre / Hepatoesplenomegalia: pensar en enfermedades metabólicas.*



## TRATAMIENTO

### Reflujo Fisiológico

En el lactante “regurgitador o vomitador feliz” reafirmar ante la familia los siguientes conceptos:

- Estos episodios no tienen ninguna repercusión en el lactante y la mayoría desaparecen antes del sexto mes de vida.
- La leche materna es el mejor alimento ya que permite un mejor vaciamiento gástrico con menor número de episodios.
- Si el niño es alimentado con fórmula puede proponerse el espesamiento de la misma con cereal de arroz o maíz o usar fórmula comercial espesada (AR).
- Disminuir el volumen de cada toma a 20 ml/ kg de peso, así se evita la distensión gástrica, factor favorecedor del RGE.
- Asegurar la correcta ganancia de peso.
- No movilizar al bebé en forma intempestiva después de comer.
- Para dormir optar por la posición supina, en plano inclinado a 30 a 45 grados con algún arnés que evite se doblen sus piernas.
- Respetar la demanda alimentaria del niño sin forzarla.
- Evitar el uso de ropa ajustada en la cintura.
- Evitar fármacos que disminuyan el tono del EEl o incrementen la acidez gástrica.
- Fortalecer un buen vínculo madre-hijo-familia.
- Promover medidas higiénico-ambientales, evitando lugares contaminados, el hacinamiento y el humo de cigarrillo.

### Enfermedad por reflujo gastroesofágico

*En la enfermedad por reflujo gastroesofágico el objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas, curar la esofagitis, realizar un adecuado manejo global para evitar así complicaciones.*

Se postulan cambios en el estilo de vida con modificaciones dietéticas, diversos medicamentos y, en ocasiones, cirugía.

## Cambios en el estilo de vida

Difieren según la edad. En lactantes, modificaciones en las técnicas de alimentación y cambios en las fórmulas, como el espesamiento de las mismas, disminuyen el volumen refluído pero no modifican la exposición al ácido. Se postula en algunas ocasiones, la utilización de fórmulas hidrolizadas durante dos semanas como prueba terapéutica por la superposición de síntomas con alergia a leche de vaca.

En los adolescentes se recomienda, al igual que en los adultos, la prevención de los factores agravantes como el sobrepeso, evitar el hábito de fumar y el alcohol.

## Tratamiento farmacológico

El abordaje farmacológico contempla dos posibilidades: una de ellas, aumento de tono del esfínter esofágico inferior, para lo cual se utilizan fármacos con actividad proquinética, en desuso por dudosa eficacia, y la otra alternativa es el uso de fármacos que producen disminución del contenido ácido del estómago, fármacos antiácidos, considerado el tratamiento más efectivo para el control de los síntomas, la curación de la esofagitis y la disminución del índice de exposición al ácido, tanto en niños como en adultos.

Otro grupo de fármacos incluyen los protectores de mucosa, como el **sucralfato, magaldrato y alginato**.

Los **antagonistas H2** del receptor de histamina (bloqueantes H2), como la ranitidina, famotidina fueron los primeros antiácidos utilizados, con una efectividad del 70% en la resolución de la esofagitis luego de seis semanas de tratamiento, en comparación con un placebo (15%) en dos estudios controlados. La desventaja de estos fármacos es la presencia de taquifilaxia, y la necesidad de administración a intervalos cortos cuando se administra en forma endovenosa para mantener eficacia. La dosis recomendada de ranitidina es 5-10 mg/kg/día.

Los **inhibidores de la bomba de protones (IBP)**, demostraron ser efectivos en la resolución de los síntomas moderados a severos de ERGE luego de 3 meses de tratamiento, en el 93% de los pacientes, siendo efectivo en la resolución de la esofagitis erosiva en el 82% de los pacientes tratados. En otro estudio presentado se halló mejoría con ranitidina del 70% en la resolución de los síntomas y el 30% restante mejoró con un ciclo de 8 semanas de omeprazol, demostrando una respuesta mayor de la inhibición ácida con IBP respecto a los bloqueantes H2.

La dosis recomendada en pediatría de lanzoprazol es de 1-2,8 mg/ kg/ día, máximo 30 mg, omeprazol: 0,7-3 mg /kg /día en dos tomas diarias. Si bien son drogas relativamente nuevas, ya existen varios estudios que demuestran que son seguras y bien toleradas en pacientes pediátricos.

Según la última guía "*Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines*" realizada en forma conjunta por la Sociedad Europea (ESPGHAN) y la Americana (NASPGHAN) de Gastroenterología Pediátrica ya publicada en JPGN en octubre 2009, los 3 inhibidores de bomba aprobados y con uso recomendado en niños y adolescentes son: omeprazol, lanzoprazol y esomeprazol.

Los fármacos que actuarían neutralizando el ácido en el estómago no demostraron ser más efectivos que los inhibidores del ácido en la disminución de los síntomas de reflujo así como en la curación de la esofagitis, sumado a esto están compuesto por metales pesados como el aluminio, el cual se absorbe y puede provocar en su uso prolongado, intoxicación con osteopenia, anemia hemolítica, por lo cual no debieran recomendarse.

Los **proquinéticos** no son muy utilizados actualmente en los niños por restricciones en el uso clínico debido al potencial riesgo de prolongación del QT (cisapride-domperidona).

La metoclopramida pasa la barrera hematoencefálica siendo la dosis tóxica y la terapéutica muy cercanas. Su efecto asociado a los inhibidores de la secreción ácida es el de mejorar el vaciamiento gástrico, aumentar el tono del EEl, mejorando el clearance de ácido.

La **domperidona** tiene idéntico efecto sobre el QT que el cisapride y no ha sido aprobado por la FDA, no recomendándose su uso, además de contar con insuficiente literatura científica que los avale en lactantes y niños.

*Sigue existiendo cisapride en forma de gotas pero debe conocerse que el mismo ha sido retirado en USA por la FDA por su riesgo arritmogénico. Sólo se puede utilizar en protocolos de investigación.*

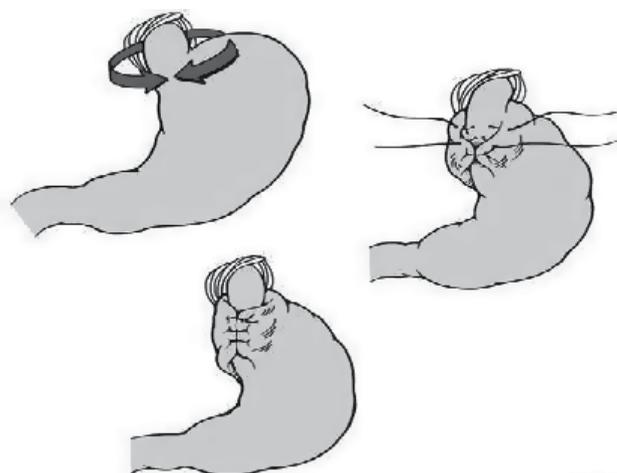
La indicación inicial del tratamiento farmacológico es resorte del especialista, pero si ya se encuentra medicado correctamente y ha tenido buena respuesta, el control de la dosificación lo puede hacer el pediatra.

## Cirugía

Actualmente existe una terapéutica farmacológica muy efectiva por lo cual las indicaciones de cirugía se han restringido a las siguientes situaciones: inadecuada respuesta al tratamiento médico o recurrencia de los síntomas a pesar del mismo, presencia de reflujo no ácido con repercusión clínica por ello, ALTE severo y todos aquellos niños con compromiso neurológico con riesgo de aspiración.

Las complicaciones quirúrgicas han ido disminuyendo por la mayor experiencia de los equipos quirúrgicos. El abordaje y la técnica quirúrgica dependerán de las características del paciente y del entrenamiento del equipo, siendo la funduplicatura de Nissen, la más utilizada en nuestro medio. Según las distintas series descritas en la literatura se observa un alivio de los síntomas entre un 60 y 92%, siendo la complicación más frecuente la disfagia y dificultad de eructar en un 6% de los pacientes.

### Gráfico 6. Cirugía de Nissen (Funduplicatura)



# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. No todos los niños que vomitan tienen RGE, pero todos los RGE presentan vómitos.  
 V  F
2. Se encuentran vómitos recurrentes en dos tercios de los niños de cuatro meses de edad, pero solo entre un 5 a 10% en mayores de un año.  
 V  F
3. Cuando la cantidad o duración de los episodios de reflujo supera la capacidad defensiva de la mucosa esofágica, se producen consecuencias desfavorables y surge la enfermedad: ERGE o "reflujo patológico".  
 V  F
4. Entre los diagnósticos diferenciales que se deben plantear en los lactantes se encuentran: alergia a la proteína de la leche de vaca, la esofagitis eosinofílica, la rumiación, el síndrome de vómito cíclico (S.V.C.) y los trastornos motores como la gastroparesia.  
 V  F
5. Frente a una importante y brusca pérdida de peso se debe pensar en primera instancia en reflujo patológico (ERGE).  
 V  F
6. La radiografía seriada esófagoduodenal tiene alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de reflujo comparada con la pHmetría.  
 V  F
7. La Impedanciometría esofágica multicanal intraluminal con pHmetría detecta episodios de reflujo tanto ácidos como no ácidos.  
 V  F
8. Una vez establecido el diagnóstico de esofagitis por reflujo, se debe corroborar mediante una segunda endoscopia la curación de las lesiones luego de finalizado el tratamiento.  
 V  F

## RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Defina Reflujo gastroesofágico (RGE).

.....

.....

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

2. Enumere los criterios a tener en cuenta para el diagnóstico de RGE.

.....

.....

3. Menciones los principales síntomas del reflujo patológico (ERGE).

.....

.....

4. Explique la principal debilidad del monitoreo continuo del pH esofágico (pHmetría) de 24 hs. para el diagnóstico de reflujo en lactantes.

.....

.....

## ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

1. Martín, de 3 meses, es traído a la consulta por presentar vómitos alimentarios, en casi todas las tomas. No refiere irritabilidad, ni alteraciones del sueño, tiene un buen progreso ponderal y es alimentado con pecho exclusivo. Examen físico: dentro de la normalidad.

A. ¿Cuál es su impresión diagnóstica?

.....

.....

B. ¿Qué estudios realizaría para confirmar su diagnóstico?

.....

.....

C. ¿Qué tratamiento indica?

.....

.....

## EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

2. Julián de 18 meses presenta su cuarto cuadro de broncoobstrucción. Está tratado con glucocorticoides inhalatorios a altas dosis desde los 10 meses, observándose persistencia de las crisis. Concurren derivados por su neumólogo para investigar reflujo.

*A.* ¿Cuál es su impresión diagnóstica?

---

---

*B.* ¿Qué estudios realizaría para confirmar su diagnóstico?

---

---

*C.* ¿Qué tratamiento cree sería el más adecuado?

---

---

3. ¿Qué diagnósticos diferenciales se plantea con Luis, un neonato que presenta vómitos a repetición y poca ganancia de peso?

---

---

## CONCLUSIONES

El RGE es un cuadro frecuente y benigno de la infancia que suele resolverse espontáneamente en los dos primeros años de la vida. No se debe estudiar ni medicar. Corresponde favorecer la lactancia materna, reforzar el vínculo madre-hijo y cuidar todas las medidas higiénico-ambientales.

*Estudiar solo aquellos niños con clínica muy sugestiva de ERGE o reflujo patológico e indicar tratamiento con métodos diagnósticos positivos.*

Recordar la existencia de las presentaciones extra-esofágicas (RGE oculto o silente) que pueden incluso cursar sin síntomas digestivos.

Tener presente los distintos signos de alarma que obligan a pensar en otras patologías más allá del RGE.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Armas Ramos H, Ferrer González JP, Ortigosa Castillo L. Reflujo gastroesofágico en niños. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP.
- Cirincione V, Sica G, Castagnino M y Dillon M. Impacto del reflujo gastroesofágico y faringolaríngeo en la vía aérea superior. Arch Argent Pediatr 2007;105(3):253-259.
- Michail S. Reflujo gastroesofágico. Pediatrics in Review Vol 28 Sept 2007;(7):253-263.
- Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.(NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr Vol 49 October 2009;(4).

## BIBLIOGRAFÍA

- Christopher Slocum, Orenstein S. Infant Apnea and Gastroesophageal Reflux: A critical review and Framework for Further investigation. Pediatric Gastroenterology 2007;9:219-224.
- Colletti RD, Christie DL, Orenstein SR. Statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGN). Indications for pediatric esophageal pH monitoring. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995;21:253-262.
- Locke GR, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. Gastroenterology 1997;112:1448-1456.
- Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Pediatric Practice Research Group. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:150-154.
- Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy: a pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med 1997;151:569-572.
- Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, et al. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;32: (suppl):S1-S31.
- Sondheimer J. Expanding the definition of GE reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;34:511-512
- Treem WR, Davis PM, Hyams JS. Gastroesophageal reflux in the older child: Presentation, response to treatment and long-term follow-up. Clin Pediatr 1991;30:435-440.

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## CLAVE DE RESPUESTAS

### IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Falso. No todo lo que vomita es RGE, ni todo RGE vomita.
2. Verdadero.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Falso. Este signo de alarma clínico no es compatible con reflujo patológico.
6. Falso. Tiene baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de reflujo (31% a 83% y 80% a 82%, respectivamente).
7. Verdadero.
8. Verdadero.

### RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. El reflujo gastroesofágico se define como el simple pasaje retrógrado del contenido gástrico al esófago. El RGE es un fenómeno fisiológico que se produce principalmente después de las comidas, durante un período breve de tiempo que no causa enfermedad. El mejor ejemplo del RGE fisiológico es el típico lactante que vomita y/o regurgita con variable intensidad, sin otros síntomas acompañantes, que crece y duerme bien, que se conoce como "vomitador o regurgitador feliz". Este cuadro se va a resolver espontáneamente, en un 85 a 90% de los casos, entre el primero y el segundo año de la vida. No se debe estudiar ni medicar.
2. Los criterios clínicos propuestos por el Consenso de Roma II y Roma III para el diagnóstico de RGE son:
  - Niño saludable de 1 a 12 meses de edad.
  - Presencia de 2 o más regurgitaciones por día durante 3 o más semanas de evolución.
  - Sin evidencia de náuseas, apneas, hematemesis, alteraciones posturales ni retraso de crecimiento.
  - Sin evidencia de trastornos metabólicos, neurológicos o digestivos.
3. En el ERGE o reflujo patológico la presentación clínica varía según la edad.

Lactantes y niños pequeños: regurgitaciones o vómitos recurrentes, irritabilidad, llanto, rechazo del alimento, mal dormir, hiperextensión del cuello (Síndrome de Sandifer), inadecuado progreso ponderal hasta el hallazgo de estrías de sangre al vomitar.

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

Neonatos y lactantes del primer semestre: el reflujo gastroesofágico se ha asociado con episodios de aparente amenaza de la vida (EAAV) o ALTE (“Apparent Life Threatening Event”).

Mayores y los adolescentes: refieren con mayor frecuencia epigastralgia o pirosis, náuseas, halitosis, eructos, sabor amargo en la boca y dolor retroesternal más que vómitos.

4. La principal debilidad de la pHmetría radica en la falta de detección de los episodios de reflujo no ácido, presentes sobre todo en el período post prandial de los lactantes, dada la alimentación alcalina abundante, que podría interferir con el registro, así como la menor secreción ácida fisiológica de los niños pequeños. En algunos trabajos se evaluó la secreción normal de ácido del estómago, llegando a equipararse a la del adulto alrededor de los dos años de vida.

## ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

### 1. Martín

- a. Lactante “vomitador feliz”.
- b. No requiere estudios.
- c. Recomendar a la madre continuar la LM exclusiva respetando la demanda alimentaria del niño sin forzarla. Posición semisentada para dormir, raciones más pequeñas y más seguidas. Evitar el uso de ropa ajustada en la cintura. No movilizar al bebé en forma intempestiva después de comer. Promover medidas higiénico-ambientales, evitando lugares contaminados, el hacinamiento y el humo de cigarrillo.

### 2. Julián

- a. En este paciente habría que evaluar la presencia de reflujo gastroesofágico con sintomatología extradigestiva.
- b. La impedanciometría esofágica multicanal intraluminal con pHmetría es el estudio actual de elección para realizar diagnóstico de reflujo gastroesofágico, ya que puede evaluar reflujo ácido y no ácido, este último también postulado como importante en la sintomatología extradigestiva. Si no se cuenta con esta herramienta se puede indicar la pHmetría esofágica, con doble canal y/o endoscopia.
- c. Inhibidores de la bomba de protones.

### 3. Luis

Corresponde realizar pruebas de laboratorio con hemograma, urea, estado ácido base, cuerpos reductores en orina, chequear la pesquisa neonatal, en busca de enfermedades metabólicas. También se deberá descartar obstrucciones gastrointestinales como la estenosis hipertrófica del píloro, la presencia de membrana o atresia duodenal, mal rotación intestinal, entre otras patologías.

# Capítulo 2

## Vínculo y Apego

### **Dra. Alicia Oiberman**

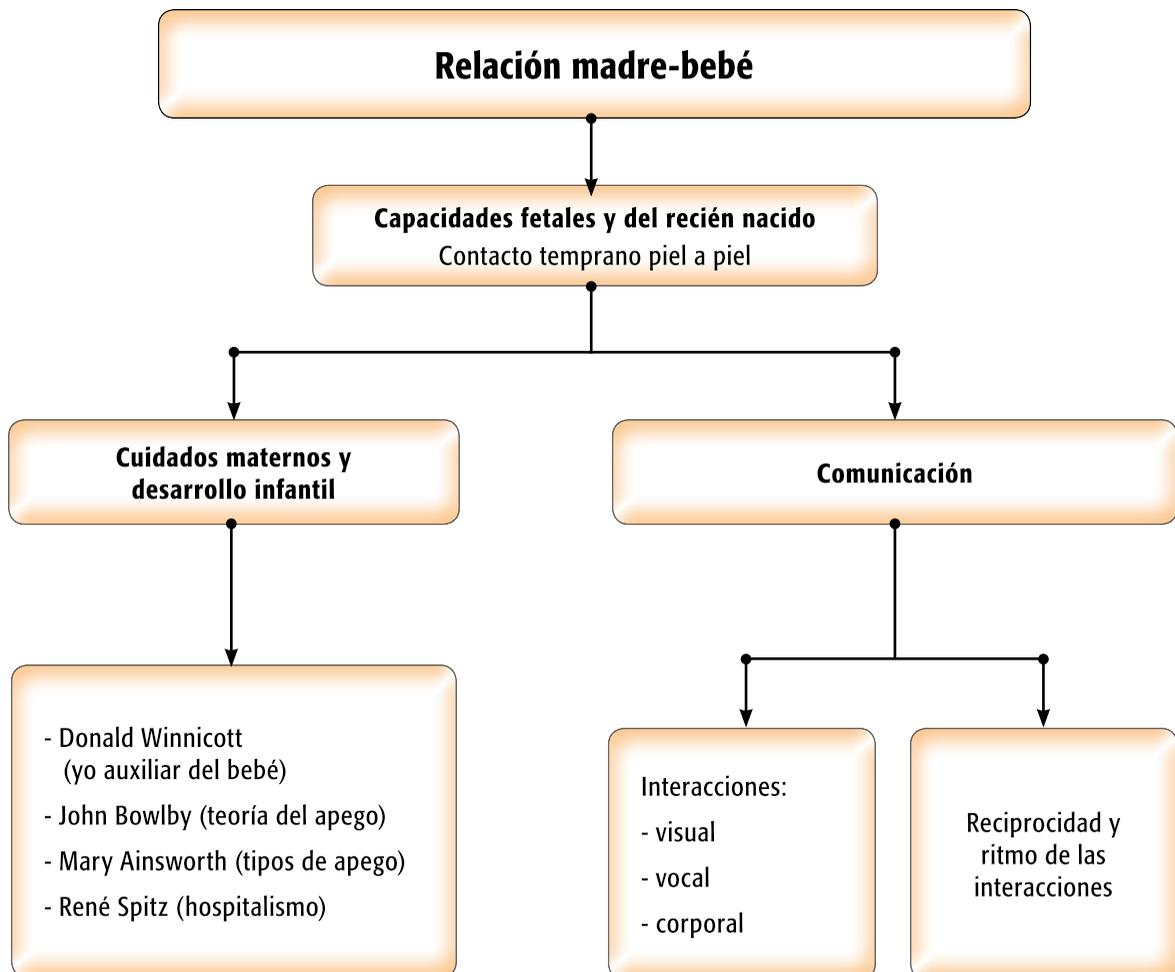
Doctora en Psicología. Investigadora Independiente del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental, unidad ejecutora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CIIPME-CONICET).

Profesora y Coordinadora del Programa de Psicología Perinatal de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

## OBJETIVOS

- Reconocer la importancia de los cuidados maternos en el desarrollo infantil.
- Explicar el concepto de hospitalismo desarrollado por René Spitz.
- Describir el "método de situación extraña" para observar conductas de apego.
- Describir los tres tipos de apego formulados por Mary Ainsworth.
- Explicar el concepto de "yo auxiliar del bebé" elaborado por Winnicott.
- Mencionar conductas que correspondan a los modos privilegiados de la comunicación madre-bebé.

## ESQUEMA DE CONTENIDOS



## INTRODUCCIÓN

La imagen más difundida del bebé es la de un ser incompleto: ella tiene su asidero real en la inmadurez del recién nacido humano, inmadurez que, en algunos aspectos, no se encuentra en otras especies animales. Sin embargo, hoy sabemos que esta imagen no considera adecuadamente y en su real magnitud la gran complejidad y riqueza del recién nacido.

En los últimos años el bebé ha pasado de ser visto como un ser puramente fisiológico y reactivo a ser reconocido como una personita sensible y proactiva. Los estudios neurobiológicos disponibles en los últimos diez años avalan firmemente la idea de que el desarrollo madurativo en el hombre sienta sus bases en los primeros dos meses de la gestación; en lo que concierne al sistema nervioso central, la morfología global de los hemisferios cerebrales ya está realizada. Actualmente despierta mucho interés el empuje de crecimiento del cerebro humano, que comienza a partir del último trimestre del embarazo y continúa hasta los 18-24 meses de vida posnatal. La mielinización del cerebro es tan rápida y amplia que al final del primer año de vida ya tiene un aspecto similar al del adulto.

*Los expertos en neurociencias han llegado a la conclusión de que el crecimiento acelerado de la estructura cerebral en el período posnatal parece depender de una adecuada interacción con el medio ambiente.*

Los genes no determinan más que un potencial de conexiones, siendo el medio indispensable para la expresión de ese potencial. La maduración posnatal de los circuitos límbicos del sistema autónomo es influida significativamente por la oferta y la regulación de las experiencias sociales y afectivas que le proporciona el cuidador principal del niño. Varias investigaciones comprobaron que la interrupción temprana de la relación de apego madre-hijo tiene un efecto negativo en la plasticidad del cerebro y predispone a patologías psicológicas futuras.

*En el ser humano el fenómeno de la maternidad excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural y psicológico.*

Es necesario diferenciar la maternidad como hecho biológico del maternaje. En sentido amplio el concepto de maternalización designa el conjunto de cuidados prodigados al niño dentro del clima de ternura activa, atenta y continuada, que caracteriza el sentimiento maternal. El maternaje es el desarrollo psicoafectivo que generalmente acontece en una mujer cuando tiene un hijo. La maternidad produce en la mujer los siguientes cambios:

- transformación corporal y hormonal,
- cambio de estatus social,
- identificación con su propia madre,
- transformación de la imagen corporal en dos tiempos: primero, al producirse el embarazo y después del nacimiento del bebé,
- transformación del sentimiento de identidad personal.

*La maternidad representa una crisis evolutiva y vital que afecta a todo el grupo familiar.*

La mujer atraviesa esta crisis en función de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente (conyugal, familiar y social), las características del bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico de su familia.

S. Freud (1856-1939) planteaba que la madre adquiere una importancia única, inalterable y permanente; deviene, para los dos sexos, el objeto del primero y más importante de todos los amores, prototipo de todas las relaciones amorosas ulteriores.

Sin embargo, el amor maternal no es de ninguna manera, un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple y sin conflictos, como casi siempre aparece representado en el imaginario colectivo. Por el contrario es un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se mezclan estrechamente el amor y la agresividad, el reconocimiento del otro y la confusión con él. D. Winnicott (1896-1971) pediatra y psicoanalista inglés, demostró la ambivalencia del sentimiento maternal, principalmente en los primeros meses de la vida del niño. El sentimiento maternal es ambiguo, porque el recién nacido es vivido por su madre como diferente y propio a la vez; es una realidad propia y una fantasía materializada. Los procesos que se desarrollan en esta etapa encuentran su sentido en las relaciones conscientes e inconscientes de la madre con su niño. A su vez, estas relaciones se basan en las que ella tuvo con sus propios padres; muchas veces una experiencia de crianza muy rígida condiciona una actitud similar de la mujer con su propio hijo.

El nacimiento puede llegar a ser un momento "crítico" para la madre, ya que ella ha tenido que integrar al niño a su propia imagen corporal y luego deberá separarse de él; durante nueve meses ella vivió a su niño como parte de sí misma y luego tiene que reconocerlo como un ser independiente. La lactancia le permite, en cierta forma, seguir unida al bebé; pero el destete posterior va a significarle una ruptura; el inicio de la locomoción del niño con la que el niño consigue alejarse por sus propios medios del cuerpo maternal también puede ser interpretada como una ruptura o separación.

*Los logros evolutivos que el niño adquiere, y que lo llevan a una mayor independencia, tienen su correlato en la psiquis materna. Cada logro del bebé enfrenta a la madre con nuevos desafíos que debe superar valiéndose de sus propios recursos, internos y externos.*

## CUIDADOS MATERNOS Y DESARROLLO INFANTIL

Los primeros trabajos en psicología que abordaron el tema de la relación madre-hijo presentaban al niño como un objeto pasivo sobre el que se ejercían diferentes influencias parentales. Metafóricamente, estas concepciones, veían al lactante como un pedazo de arcilla sobre el cual los padres podían modelar. El bebé era descrito como un ser desorganizado, receptor pasivo de la educación.

S. Freud ya en 1911, en "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", afirmaba la unidad del bebé y los cuidados maternos. Winnicott retomó esta idea de la unidad bebé-cuidados maternos señalando que no hay posibilidad de desarrollo psíquico sin alguien que "interprete" las necesidades del niño. Asignó a la madre el rol de Yo Auxiliar del bebé que compensa su inmadurez psíquica; denominó preocupación maternal primaria a esta capacidad de registrar las necesidades del niño. Una madre "suficientemente buena" tiene muy variadas capacidades que han de estar casi siempre disponibles para el bebé. Las más importantes son:

- capacidad para ponerse en el lugar del bebé,
- capacidad de darse cuenta de lo que el bebé necesita e identificarse con sus necesidades,
- capacidad de estimular y calmar al bebé.

En los últimos 30 años se pasó de la teoría de la madre "todopoderosa", organizadora de la interacción, al reconocimiento del rol activo del bebé. Investigaciones sobre las capacidades sensoriales e interactivas del recién nacido revolucionaron las primeras concepciones sobre el tema y se pasó a considerar al bebé como un ser complejo que interactúa desde el principio con los adultos que lo rodean.

## Capacidades fetales y del recién nacido

Se puede decir que el niño nace emotiva y cognitivamente estructurado.

*El bebé viene al mundo con una gran cantidad de capacidades sensoriales inscritas en su patrimonio genético.*

Boris Cyrulnik, nacido en Burdeos en 1937, sufrió la muerte de sus padres en un campo de concentración nazi del que él logró huir cuando sólo tenía 6 años. Sus aportes han contribuido al desarrollo del concepto de resiliencia (capacidad de los seres humanos sometidos a una adversidad, para superarla e incluso salir fortalecidos de la situación). Como neuro-psiquiatra plantea que cuando el bebé humano llega al mundo ya tiene una preferencia sensorial, que es hipersensible a una configuración de estímulos como por ejemplo el seno materno y la areola que está envuelta por un olor que lo tranquiliza; las palabras maternas son desde el nacimiento un objeto sensorial estimulante que promueve los comportamientos de succión del bebé.

Ciertas técnicas como la ecografía han permitido hacer un seguimiento del desarrollo del feto y comprobar la existencia de ciertas competencias sensoriales, sobre todo en el área del gusto y de la audición. El feto se calma cuando escucha sonidos graves, luego de nacer se calmará con la misma música que escuchó en su vida fetal; puede reconocer la voz de su madre y su ritmo cardíaco: al apoyar el recién nacido sobre el pecho materno se observa como lo percibe y le resulta familiar.

En relación al reconocimiento del rostro humano materno se comprobó que la madre es identificada por su olor alrededor de los 10 días de vida y por su voz al final del primer mes.

**Capacidades visuales.** Ya en 1942, Ling observó los movimientos de los ojos de los bebés de 0 a 6 meses demostrando que desde el primer día de vida existe una fijación rudimentaria que se hace estable alrededor del quinto día. Más adelante se probó que el recién nacido no solamente presenta actividades de fijación visual sino que, en estado de vigilia, sigue con sus ojos un objeto en un arco de 90 grados.

**Capacidades auditivas.** Investigaciones muestran que a partir de las 22 semanas de gestación es posible un condicionamiento fetal a partir de una estimulación sonora externa. Investigaciones experimentales han mostrado con certeza que los bebés de pocos días de vida reaccionan a la voz de su madre de una manera particular aún en ausencia de toda otra fuente de información. La entonación de la voz parece jugar un rol esencial en el reconocimiento de la madre cuando ella no está presente en su campo visual.

**Capacidad olfatoria.** Se ha demostrado que desde el nacimiento el bebé puede identificar olfatoriamente el pecho de su madre. Hay experiencias que muestran su preferencia por el pezón que no ha sido lavado previamente cuando se coloca sobre el vientre materno piel a piel. Experiencias con compresas embebidas en leche de su madre son reconocidas al sexto día de vida, como respuesta aprendida.

**Tacto.** Es el sentido que aparece más temprano; el embrión de dos meses reacciona cuando se lo toca. Durante el proceso de nacimiento la superficie de contacto se amplía, la posición del bebé cambia muchas veces, las contracciones uterinas masajean su cuerpo, el líquido amniótico que constituía su medio habitual desaparece. La envoltura uterina se hace sentir más que nunca en el momento en que se hace expulsiva, antes de dejar al bebé librado al frío que jamás había sentido.

Ashley Montagu (1905-1999) antropólogo inglés destacó la experiencia del nacimiento como una eventual ocasión de maduración. Durante el parto se da una estrecha comunicación entre los cuerpos: la madre se siente expulsante al mismo tiempo que el bebé se siente expulsado. Esta experiencia común y complementaria prepara el acceso a una nueva realidad de cada uno de los miembros de la díada. La madre tendrá que renunciar al contacto interior con su bebé y establecer un contacto piel a piel. Montagu, en sus conferencias y publicaciones destacó el papel humanizador que tiene este contacto piel a piel y la importancia que tiene la piel en las relaciones humanas.

## Contacto temprano madre-hijo

En el período posterior inmediato al parto las madres activan su mayor capacidad potencial para la respuesta cenestésica. Marie Thirion, pediatra francesa contemporánea, destaca que al final del parto la madre está completamente sumergida en sus endorfinas y que entre la madre y su bebé se establece una especie de realidad particular; plantea que se trata de un plano totalmente biológico porque la madre se encuentra en un estado secundario y utiliza esa palabra en el sentido hormonal del término; en ese momento es importante que nadie interfiera. Sostiene que luego del parto, si ese primer reencuentro es logrado, el resto será extremadamente fácil. Lo ideal es que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, colocando al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre.

*Este contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones sensoriales (tacto, olor, calor).*

Diversos estudios encontraron que este contacto piel a piel:

- reduce el llanto del bebé,
- lo mantiene más caliente,
- mejora la interacción con el niño,
- ayuda a las madres a desarrollar la lactancia de manera más satisfactoria.

En un estudio reciente de Edmond y colaboradores (2011) se mostró que el inicio temprano de la lactancia, dentro de la primera hora, ofrece la posibilidad de evitar el 22% de muertes neonatales. En la Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño (OMS-UNICEF) se promueve mantener contacto piel a piel durante la primera hora de vida del bebé y practicar el alojamiento conjunto.

## Teoría del apego

**John Bowlby** (1907-1990) médico, psicoanalista inglés, es considerado uno de los psiquiatras más importantes del siglo XX. En 1940 presentó una teoría acerca de la génesis de la neurosis en la que formula que los factores ambientales de los primeros años de la vida son determinantes. Introduce la palabra *attachment* que se traduce como apego. El apego es un vínculo afectivo que una persona forma con otra, lazo que los une en el espacio y que perdura a través del tiempo.

*El apego es el vínculo afectivo que desarrolla el niño con sus cuidadores y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un desarrollo saludable.*

Bowlby al proponer el paradigma del apego para definir la naturaleza de los lazos entre el bebé y su madre pone en juego las hipótesis fundamentales de la teoría freudiana: que el niño inicialmente forma una unidad con los cuidados maternos y que la representación de la madre es el fruto de un largo proceso que opera gracias a la capacidad del bebé de reactivar las huellas mnémicas correspondientes a los cuidados maternos que han satisfecho sus necesidades.

La teoría del apego creada por Bowlby se fundamenta en la influencia que tienen las primeras relaciones entre el lactante y quien lo cuida porque son las que proporcionan los cimientos necesarios para el posterior desarrollo del niño y contribuyen al bienestar psicológico o a la psicopatología.

*La tesis fundamental de la teoría del apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño está determinado, en gran medida, por la capacidad de respuesta de la madre y/o cuidador.*

La teoría del apego se basa en la necesidad del bebé de estar próximo a su madre, de ser acunado en sus brazos y ser protegido. Según Bowlby, los seres humanos nacen con la tendencia innata de apegarse a una persona protectora que los cuida. El trabajo de Bowlby estuvo influenciado por los aportes de K. Lorenz (1903-1989), uno de los padres de la etología, ciencia del comportamiento animal.

El apego de angustia, ansiedad o enfermedad desempeña un rol fundamental en la regulación del estrés en momentos. La falta de cuidados maternos pueden llevar a un desajuste en la integración social y a dificultades en las relaciones interpersonales. Bowlby también puntualizó que es el tipo de cuidados, disfuncionales o pobres, más que la ausencia de la madre en sí misma, lo que causa las dificultades (deprivación materna).

Al finalizar el primer año de vida, la historia de la relación le permite al niño comenzar a anticipar las respuestas de su cuidador a sus peticiones y a reaccionar de acuerdo a esas expectativas. De esta manera, se desarrollan diferentes tipos de relaciones: algunos niños se apegan con seguridad a sus padres y otros logran una relación de apego inseguro.

El apego garantiza la proximidad entre la madre y el bebé aún después de haber satisfecho necesidades tales como el hambre y el frío. Así es que el bebé no desarrolla un vínculo social con la madre solamente por la asociación de ella con la satisfacción del hambre o el alivio del dolor, sino que lleva consigo una tendencia biológica innata orientada al desarrollo de vínculos sociales.

El **vínculo de apego** tiene varios elementos claves:

- es una forma especial y perdurable de relación emocional con otra persona,
- proporciona consuelo, agrado, sosiego y placer,
- la pérdida, o amenaza de pérdida, de esa persona evoca angustia.

Es interesante establecer la diferencia entre el apego y las conductas de apego. El niño dispone de dos grandes tipos de conductas que favorecen su contacto con la madre.

- Conductas con valor de señales que solicitan la aproximación de la madre: diferentes tipos de llanto, sonrisa, balbuceo y, más tardíamente en el desarrollo, los movimientos de los brazos y la inclinación del tronco hacia delante.
- Conductas que lo acercan a la madre: la succión no alimentaria, el aferramiento, la búsqueda y, más tardíamente, el seguimiento a través del gateo y de la marcha.

*Las conductas de apego son vitales para la supervivencia. El apego como tal va a ser su aparición a partir del segundo semestre de vida.*

Bowlby y sus seguidores realizaron verificaciones experimentales y clasificaron las conductas de las madre por el grado de sensibilidad o insensibilidad que tenían frente a las señales del bebé. Se encontró una correlación entre la sensibilidad de la madre y el modo en el que el bebé se comporta con ella a partir de los 12 meses de edad. También se encontraron patrones de comportamiento de apego que permanecen a lo largo de la vida.

La OMS publicó en 1951 un informe elaborado por Bowlby –Cuidado materno y Salud mental– a partir de una serie de entrevistas con los mejores especialistas en desarrollo infantil.

**Mary Ainsworth** (1913-1999), discípula de Bowlby, realizó observaciones minuciosas del comportamiento de niños ugandeses y dedicó sus esfuerzos a describir los distintos modos de vinculación que los bebés pueden establecer con sus cuidadores.

Diseñó el **método de la situación extraña**<sup>1</sup>, para evaluar el apego entre el niño y su cuidador. La madre y el infante son observados en una secuencia de situaciones: madre-infante solos en un salón de juegos; un extraño entra al salón; la madre sale mientras que el extraño se queda y trata de consolar al niño; la madre regresa y consuela al niño; el extraño sale; la madre deja al infante completamente solo; el extraño entra para calmar al niño; la madre regresa y trata de consolar y distraer al infante. En esta escala observacional, los niños son confrontados con tres componentes estresantes:

- un medioambiente que no es familiar,
- la interacción con un extraño,
- dos breves separaciones de la madre/cuidadora.

El comportamiento de apego se activa o desactiva de acuerdo a ciertas condiciones. Entre las condiciones activantes se encuentran el hambre, la fatiga, un ambiente desconocido. La condición que pone fin a una conducta de apego es la percepción de la figura materna y la interacción con ella. Aferrarse a la madre es un intenso comportamiento de apego. La presencia de la madre puede brindar seguridad y facilitar la separación y la exploración del medio ambiente.

En sus observaciones, Ainsworth identificó tres tipos de apego:

- **Seguro:** los niños buscan interactuar con su cuidador y éste responde conforme a sus requerimientos; confían en que sus progenitores los ayudarán si se encuentran en una situación adversa, con esta seguridad se animan a explorar el mundo exterior; suelen protestar y reducir la actividad exploratoria cuando se los separa de su cuidador.
- **Inseguro evitativo:** el niño no busca interactuar con su cuidador, no protesta ante las separaciones y parece no estar angustiado; trata de desenvolverse sin el amor y/o apoyo de otras personas. Estos sentimientos son producto del constante rechazo-ausencia de la figura materna cuando el niño busca consuelo o protección.
- **Inseguro ambivalente:** el niño interactúa poco con su cuidador, mantiene una combinación de conductas de contacto y rechazo. Temeroso ante la exploración del mundo exterior, propenso al aferramiento. Puede protestar de forma intensa en la separación (lanzar juguetes o golpear a la persona que trata de calmarlo), en el reencuentro rechaza a la madre/cuidador. Estos sentimientos se ven favorecidos cuando la figura parental es accesible-colaboradora en algunas oportunidades y no en otras o cuando se utiliza la separación o abandono como medio de control.



1. Video disponible. Strange situation Mary Ainsword <http://www.youtube.com/watch?v=zWsyIVVvDdw&feature=related>

Mary Main y Judith Solomon (1990) describieron otro tipo de apego llamado **desorganizado o desorientado**: comportamiento incoherente o contradictorio, desorientado en el plano cognitivo y motor como si estuviese confuso.

*El "método situación extraña" se ha convertido en la prueba experimental por excelencia para evaluar apego en distintas culturas.*

En el tema del vínculo madre-hijo también hay que destacar los aportes de **René Spitz** (1887-1974), médico y psicoanalista, célebre en todo el mundo por sus trabajos sobre hospitalismo, término que utilizó para designar el conjunto de perturbaciones somáticas y psíquicas provocadas por la prolongada permanencia de los niños pequeños en una institución hospitalaria privados de la presencia y cuidados de su madre<sup>2</sup>.

Spitz desarrolló sus investigaciones inspirado en los trabajos de Anna Freud y Maria Montessori. A partir de 1935 se dedicó a la observación y estudio del desarrollo infantil focalizándose en la importancia de los cuidados maternos y los efectos de la privación emocional. Desde una perspectiva integradora del psicoanálisis en la psicología genética, se interesó por las primeras relaciones de objeto, los estadios, las carencias afectivas y los trastornos del lenguaje vinculados con la internación de niños pequeños en las instituciones hospitalarias. Fue un pionero en el estudio de la relación madre-hijo que caracterizó como una relación muy especial. "La gran cantidad de términos que se han aplicado a esta pareja, demuestra que se trata de una relación muy especial. Está aislada, hasta cierto punto, de lo que lo rodea y está unida entre sí por lazos extraordinariamente poderosos. Son lazos afectivos y, si se ha llamado al amor un egoísmo de a dos, esto resulta cien veces cierto en la pareja madre-hijo (Spitz, 1965).

## COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN MADRE-BEBÉ

Las nociones de comunicación, relación e interacción, han tenido un notable desarrollo en los últimos años, debido a que las mismas son utilizadas, frecuentemente, para estudiar la génesis de la comunicación humana. Al ser usadas indistintamente, es importante definir el significado de cada una.

"Comunicar" proviene de "munus" (en latín), y significa "función, servicio público". Comunicación es, desde un punto de vista histórico y etimológico, el hecho de hacer participar de algo a los demás.

*Comunicación es lo que acontece cotidianamente entre la madre y el niño.*

La comunicación es considerada como un conjunto de fenómenos dinámicos, que se desarrollan en un tiempo entre el niño y su madre. En la díada madre-bebé existe heterogeneidad y desigualdad en los componentes del sistema comunicacional; muchas

.....

2. Emotional deprivation in infancy: study by Rene Spitz 1952. Video disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=VvdOe10vrs4>

veces el bebé se expresa con una modalidad somática por la precariedad de su sistema psíquico y la madre con una modalidad predominantemente psicológica: ambos participantes difieren, de manera importante, en sus capacidades comunicativas. Es importante reconocer la disparidad entre ambos sujetos en referencia a los tipos de contribución que hace cada uno de ellos a la interacción y en referencia a la diferente estructura psíquica de los dos protagonistas.

Según Spitz, los signos y señales recibidos por el niño durante los primeros meses de vida pertenecen a las siguientes categorías del comportamiento humano: equilibrio, tensiones musculares, postura, temperatura, vibración, contacto, ritmo, tempo, duración, gama y matiz de los tonos. El niño va a responder con su propio cuerpo a las señales de la madre o quien haga de madre; estas señales forman parte de una comunicación no verbal, no dirigida y expresiva. La madre va a responder con signos y señales, con palabras, con gestos.

Spitz afirma que la madre adquiere *“una sensibilidad casi mágica con respecto a su bebé... es probable que durante el embarazo y el período que le sigue la madre vuelva a hallar una capacidad de percepción de orden cenestésico de la cual carece normalmente en otro período de su vida. Estoy convencido de que la mujer que cría a su hijo al pecho percibe inconscientemente señales que se nos escapan y sobre todo reacciona de manera inmediata sin la intervención de la sensibilidad consciente.”*

El transcurrir del tiempo es una variable importante a tener en cuenta: el niño día a día adquiere nuevas capacidades sensoriales y motrices que forman parte de su sistema de comunicación y que repercuten en la madre que se ve demandada para ajustarse a las nuevas exigencias del bebé; ante cada nuevo comportamiento del bebé la madre debe adaptar sus respuestas.

*La díada madre-bebé se sirve, fundamentalmente, de un diálogo no verbal: las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y de ser sostenido, todo ello forma parte del sistema comunicacional.*

Una de las características más importantes de la comunicación madre-hijo, es que los mensajes emitidos por el bebé son signos mientras que los procedentes del adulto son señales percibidos como tal por el niño. El signo está vinculado con la experiencia de otro objeto o de una situación, por ejemplo el llanto; en cambio, la señal, designa una conexión aceptada convencionalmente, entre un signo y una experiencia, ya sea esa conexión accidental, arbitraria u objetivamente presente (por ejemplo: las señales del ferrocarril, o para la madre: llanto-hambre o sueño).

El mensaje que procede del niño, al menos durante los primeros meses de vida, consta de signos, por ejemplo se arquea, frunce el ceño, agita las manitas mientras que los mensajes originados en el adulto, son señales dirigidas volitivamente.

El bebé es un ser muy sensible; en los primeros meses de vida, el sistema de percepción sensorial permanece en un estado de sensibilidad profunda que involucra a todo su organismo. Durante los primeros 6 meses, el sistema perceptual va cambiando desde lo que es llamado la recepción cenestésica hacia la percepción diacrítica. La organización cenestésica alude a la capacidad de percepción del orden de la sensibilidad profunda. El sistema cenestésico responde a las señales no verbales, no dirigidas, expresivas. Un ejemplo de ello es como influye la tensión muscular de la madre en el sostén del niño,

y como este responde a dicha tensión con una respuesta de tipo global, por ejemplo el llanto; la madre percibe los signos del bebé que están en relación directa con su nivel inconsciente y el bebé percibe las situaciones de angustia, aún cuando ella desee ocultarlas o disimularlas.

*El vínculo es producto de un proceso comunicacional continuo que se establece entre la madre y su recién nacido.*

El vínculo materno infantil se establece en un período extraverbal de uno de sus miembros pues comienza a instalarse muchas veces a partir de la gestación o a partir de la percepción de los movimientos fetales y se "formaliza" en el momento del nacimiento.

## Modos privilegiados de comunicación madre-bebé

*El deseo de retornar al estado arcaico en el cual madre-hijo vivían una situación dual inseparable, persiste en los meses posteriores al nacimiento.*

La causa de este deseo podría ser la separación brusca del cuerpo de la madre en un momento de "prematurez"; el ser humano, en relación a otras especies, nace aún muy inmaduro y por ello desarrollaría un cierto número de conductas vinculadas al acercamiento a la persona proveedora de calor, seguridad y alimentación.

Se sabe, a través de las observaciones, que en la interacción madre- bebé funciona la unidad mano-boca-ojos. El órgano activo para aferrarse es la mano, pero el bebé, al mirar activamente a los ojos de su madre, reemplaza esta conducta por la mirada; la distancia física es superada por la vista y los ojos van a tomar, cada vez más, el rol de órgano de búsqueda. El abrazo, las caricias, la extensión de los brazos hacia el otro, van a reemplazar la unidad perdida, y la palabra tiende obviamente, un puente hacia otro.

**Modalidad de interacción visual.** La mirada representa uno de los modos privilegiados de la comunicación entre la madre y su bebé.

*La mirada mutua es un potente acontecimiento interpersonal que evoca sentimientos muy intensos.*

Daniel Stern, norteamericano, médico psicoanalista nacido en 1934, especialista en desarrollo estudia el desarrollo del sí mismo (*self*) del infante y se focaliza en el período preverbal. Stern advierte que en nuestra cultura dos personas adultas no permanecen mirándose a los ojos durante mucho tiempo, raramente persisten más de algunos segundos pero no sucede así entre la madre y el bebé, que pueden permanecer mirándose mutuamente a los ojos durante 30 o más segundos. Según otros estudios las madres pasan mirando a sus bebés más de un 70% del tiempo al tenerlos en brazos en los primeros días de vida. La mirada de la madre es considerada como una conducta de apego, disparadora de poderosos sentimientos hacia el niño.

**Modalidad de interacción vocal.** Los gritos y el llanto constituyen el principal modo de comunicación por el cual el niño expresa, no solamente sus necesidades, sino también sus afectos, el lenguaje con el cual la madre se dirige al bebé constituye el otro aspecto de la interacción vocal.

*Dentro del repertorio de conductas maternas, la forma en la que una madre se dirige a su bebé es más importante que lo que dice.*

Las conductas verbales de las madres tienen las siguientes características:

- el tono de voz es casi siempre alto (con falsete),
- la intensidad de las vocalizaciones es casi siempre exagerada, comprendiendo una gama desde los sonidos susurrados hasta exuberantes exclamaciones,
- la duración de las vocales es más prolongada,
- las pausas entre cada párrafo están prolongadas, permitiendo más tiempo para asimilar lo que se acaba de decir,
- predominan las frases con forma interrogativa.

El diálogo vocal entre madre y bebé no es un diálogo corriente: se trata de un monólogo por parte de la madre, en forma de diálogo imaginario porque, aún cuando el niño responde vocalizando, la madre se comporta generalmente como si ya hubiese tenido respuesta; acorta sus párrafos y alarga las pausas entre los mismos como si esperara una respuesta vocal imaginaria por parte del bebé. Así es como el lactante está expuesto a una pauta temporal de vocalización-pausa que lo entrena para la trama temporal de un diálogo adulto. Por otra parte, esto demuestra que la madre considera al niño como un interlocutor potencial, y no como una simple prolongación de sí misma. Frecuentemente la madre y el lactante vocalizan al unísono. Parecen estar impulsados a lanzar sonidos juntos sobre todo cuando la interacción se hace más viva y animada. En estos casos, la vocalización está más al servicio de una función vinculante que como intercambio de información.

**Modalidad de interacción corporal.** Numerosos trabajos investigaron la forma en la que es sostenido o manipulado el bebé por su madre y la manera en la que el niño se "amolda" al cuerpo de ella.

*Los ajustes corporales interactivos hacen pensar en un diálogo tónico.*

La situación de alimentación ilustra la importancia de las interacciones corporales: la postura de la madre implica en sí misma comunicación, expresa la actitud mental y afectiva de la madre, su comodidad, sus inhibiciones, su tensión o distensión.

En estas conductas posturales el bebé no es pasivo, sino que adopta su propia postura que puede ser más o menos tónica a veces, distendido, se acurruca contra la madre, pero otras, hipertónico, puede ponerse rígido.

*Siempre va a existir interacción entre la postura de la madre y la del bebé.*

Ante cada movimiento y modificación postural de una de las partes se hace necesario el ajuste del otro para que la interacción pueda ser armoniosa y distendida. La calidad de la interacción postural no tiene un carácter estático y definitivo, una eventual disarmonía tónica puede modificarse en un segundo momento, en la misma lactación. Esto es denominado reparación del error interactivo.

## Reciprocidad y ritmo en las interacciones madre-bebé

Al introducirse la idea de reciprocidad en la interacción madre-lactante, la conceptualización de la interacción pasó a una nueva etapa: ya no se pone tanto el acento en la naturaleza de los comportamientos del bebé o de la madre; no es tan decisivo conocer o estudiar la frecuencia, duración u otras características de lo que hacen o dicen los protagonistas de la interacción.

*El interés central es el nexo que existe entre la conducta del lactante, entendida como hecho comunicativo y la respuesta de la madre y viceversa.*

Las experiencias de ruptura de la reciprocidad revelan que ella es un elemento fundamental de la interacción. E. Tronick y D.J. Cohn en 1983 lo demostraron en una situación experimental denominada "still face" (rostro inmóvil)<sup>3</sup>: se pide a la madre que mantenga el rostro impassible en una situación cara a cara con su bebé, para testear la sensibilidad del lactante al mensaje afectivo de la madre. Cuando la madre deja su rostro inexpressivo, el niño primero reacciona con una breve sonrisa, esboza gestos, hace movimientos solicitando la atención de la madre pero luego se retira de la interacción con un rostro triste. Cuando la madre reinicia la interacción de la manera habitual, el niño se demora significativamente antes de comprometerse nuevamente en la interacción. Se podría pensar que el bebé es capaz de detectar las variaciones en la calidad afectiva del comportamiento maternal. Mientras la madre no responde a su expectativa él intenta primero reorientar la interacción y luego si la madre sigue sin reaccionar se vuelve pasivo.

**El ritmo de los intercambios en el sistema madre-bebé.** El ritmo en el cual se producen los intercambios es un aspecto fundamental para la regulación del sistema y es uno de los factores que hacen posible la reciprocidad de las conductas. Los trabajos sobre la organización temporal de los intercambios madre-bebé han puesto en evidencia su carácter cíclico y rítmico. La ritmicidad en los comportamientos del sistema madre-bebé tiene sus antecedentes en los ritmos biológicos intrauterinos. La bioritmicidad tiene fundamental importancia en el logro de la coherencia del sistema diádico. Luego del nacimiento se produce un restablecimiento extrauterino de la simbiosis en base al ajuste mutuo de los ritmos. Los ritmos biológicos esenciales son la secuencia vigilia-sueño, el ritmo alimentario, la placidez-llanto que dan fundamento a los ritmos psicológicos.

.....

3. Video disponible. Experimento con niños: cambio de cara <http://www.youtube.com/watch?v=9xLlitjhdJ4&feature=related>

Las madres al segundo o tercer día del nacimiento del bebé muestran la emergencia de una sincronía en la secuencia de la actividad llanto-respuesta materna. Entre el cuarto y sexto día de vida se va registrando más actividad durante el período diurno. En cambio, los bebés separados de sus madres, con un esquema de alimentación fijo durante los 10 primeros días de vida, presentan una acumulación de los registros de actividad en el período nocturno. Cuando se los pasa a los cuidados de una madre adoptiva, modifican el patrón de actividades que pasa a ser preferentemente diurno.

*El ritmo de sueño-vigilia predominante en el humano es el de vigilia diurna-sueño nocturno. El dormir a lo largo de la noche es un logro del desarrollo.*

Existe una jerarquía en los ritmos temporales: los de baja frecuencia son los ritmos de sueño-vigilia y los ritmos circadianos; los ritmos de alta frecuencia son los de atracción-retracción, búsqueda y aversión de las miradas y las danzas interaccionales que estudió Stern. La repetición de las comunicaciones de la madre de acuerdo a un ritmo regular permite al bebé integrar las estructuras rítmicas de su interacción con ella.

Lo importante de este “fondo” de ritmos es que cuando el sistema está ajustado, los participantes de la interacción comparten un marco de referencia temporal, un contexto común que los organiza a ambos en sus encuentros.

*La naturaleza rítmica de los comportamientos en el sistema madre-bebé y su estructuración temporal, permite la emergencia en el niño de las anticipaciones y de la percepción de un medio previsible y fiable.*

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Al final del primer año de vida la mielinización del cerebro del niño ya es similar a la del adulto.  
 V  F
2. El acelerado crecimiento de la estructura cerebral en el período posnatal es totalmente independiente de las condiciones del ambiente familiar y social.  
 V  F
3. Una temprana interrupción de la relación de apego madre-hijo tiene un efecto negativo en la plasticidad del cerebro.  
 V  F
4. El concepto de maternaje se refiere al desarrollo psicoafectivo que experimenta una mujer cuando tiene un hijo.  
 V  F
5. La maternidad es una crisis evolutiva que afecta solamente a la mujer.  
 V  F
6. Todos los autores coinciden en describir el amor maternal como un sentimiento simple, inalterable y definitivo.  
 V  F
7. Winnicott demostró la ambivalencia del sentimiento maternal principalmente durante los primeros meses de vida del bebé.  
 V  F
8. La lactancia es una de las formas de prolongar la "unidad" madre-hijo experimentada durante el embarazo.  
 V  F
9. Los logros evolutivos del niño que lo llevan a una mayor independencia tienen un correlato en la psiquis materna.  
 V  F
10. Winnicott sostiene que no hay desarrollo psíquico posible del niño si no hay alguien que "interprete" sus necesidades.  
 V  F
11. Alrededor de los 3 meses de vida un bebé es capaz de reaccionar a la voz de su madre aunque ésta no esté presente en su campo visual.  
 V  F

## EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

12. A partir del nacimiento el contacto interior que tenía la madre con su bebé será reemplazado por el contacto piel a piel.

V  F

13. Spitz, a mediados del siglo XX, describió el fenómeno del hospitalismo causado por la privación emocional.

V  F

14. Según Bowlby los seres humanos nacen con una tendencia innata a apearse a la persona protectora que los cuida.

V  F

15. Spitz describió tres diferentes tipos de apego.

V  F

16. M. Ainsworth diseñó el “método de la situación extraña” para estudiar la conducta de los niños pequeños frente a una situación de separación breve de la figura de crianza.

V  F

17. Las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y de ser sostenido forman parte del sistema comunicacional madre-hijo.

V  F

18. El contacto íntimo, piel a piel, inmediato al parto facilita el vínculo madre-neonato.

V  F

19. La situación experimental “rostro inmóvil” permite estudiar la reciprocidad en las interacciones madre-bebé.

V  F

20. El ritmo sueño-vigilia es uno de los ritmos biológicos esenciales.

V  F

### LEA LA SIGUIENTE SITUACIÓN CLÍNICA Y SEÑALE EL TIPO DE APEGO AL QUE CORRESPONDE

1. En un consultorio pediátrico un niño de 13 meses de edad es dejado solo en la sala de espera por breves minutos acompañado por la secretaria; el niño no parece molesto por la ausencia de la madre. Cuando la madre vuelve a ingresar a la habitación, el niño se muestra frío, indiferente, no busca el abrazo ni el confort materno y evidencia una autoconfianza prematura así como respuestas defensivas. ¿A qué tipo de apego corresponde este comportamiento?

- A) Apego seguro.
- B) Apego ambivalente.
- C) Apego evitativo.

## CONCLUSIONES

*La reciprocidad es un aspecto esencial de una interacción óptima.*

La reciprocidad "sostiene" la interacción y el contacto temprano piel a piel estimula esta reciprocidad. En la relación madre-bebé es el lazo que une los comportamientos de ambos. En la medida que ellos se "encuentran" las conductas se transforman en un acto comunicativo. Dicho encuentro implica que cada miembro del par influye sobre el otro produciéndose modificaciones afectivas en ambos, un acuerdo o mutualidad y una regulación mutua.

*La heterogeneidad y la desigualdad en los componentes del sistema comunicacional no impide el desarrollo de los canales comunicativos entre ambos. Muy por el contrario, expresándose cada uno con modalidades diferentes, llegan a establecer un estilo de comunicación pocas veces lograda en las diferentes relaciones humanas.*

Sólo la comprensión de estados emocionales especiales, como el enamoramiento, permite aproximarnos a la experiencia comunicacional madre-bebé; en el estado de enamoramiento, la mirada, el contacto corporal, las caricias, el lenguaje gestual van a tener un valor de comunicación.

Incorporar métodos de observación del binomio madre- bebé puede facilitar el estudio de las conductas de apego y contar con registros sistematizados de la calidad de la relación madre-bebé puede ser de importancia para decidir intervenciones clínicas, rápidas y oportunas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth M. The development of infant-mother interaction among the Ganda. En: Foss, MB. Comp. Determinants of infant behaviour II. Methuen, Londres, 1979.
- Bowlby J. El vínculo afectivo. Paidós, Buenos Aires, 1997.
- Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otaño L, Ferreira M, Ricci C, Casas O, Giordano D, Lardizábal. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006 Apr;117(4):e779-86.
- Cohen J, Tronick E. Communicative rules and the sequential structure of infant behavior during normal and depressed interaction. Baltimore. University Park Press, 1983.
- Cyrulnik B. La lactancia: una relación fundamental. CD.Rom de la Asociación "L' aube de la vie. Dirigida por Serge Lebovici y Bernard Golse. Paris, 2006.
- Edmond et al. Delayed breastfeeding initiation increases the risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006;117:380-386.
- Freud, S. Abregé de psychanalyse. Paris, P.U.F. 1967.
- Lebovici S. La madre, el bebé y el psicoanalista. Amorrortu, BuenosAires, 2005.
- Ling BA. A genetic study of sustained visual fixation and associated behavior in the human infant from birth to six months. *Journal of Genetic Psychology* 1942; 6: 222-77

- Main y Solomon Paus T, Collings AC, Leonard B. A Maturation of white matter in the human brain: a review of magnetic resonance studies. *Brain Res Bull* 2001;54:255-266.
- Melillo A. Sobre resiliencia. El pensamiento de Boris Cyrulnik. Disponible en [www.redsistemica.com.ar/melillo.htm](http://www.redsistemica.com.ar/melillo.htm)
- Montagu A. El tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas. Paidós. Buenos Aires, 2004.
- Oiberman A. Observando a los bebés. Técnicas vinculares madre-bebé padre bebé. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2008.
- Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/>
- Schore A. Apego, regulación de los afectos y el hemisferio derecho en desarrollo: relación de la neurociencia del desarrollo con la pediatría. *Pediatrics in Review* en español 2005;26(9).
- Spitz R. El primer año de vida del niño. Fondo de Cultura Económica. México, 1973.
- Stern, D. El mundo interpersonal del lactante. Paidós. Buenos Aires, 1997.
- Thirion M. La lactancia: una relación fundamental. CD.Rom de la Asociación "L`aube de la vie. dirigida por Serge Lebovici y Bernard Golse. Paris, 2006.
- Thirion M. La lactancia. Del nacimiento al destete. Editorial De Vecchi. Barcelona, 2007.
- Winnicott D. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Laia. Barcelona, 1983.

## CLAVE DE RESPUESTAS

### IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Verdadero.
2. Falso: el acelerado crecimiento de la estructura cerebral en el período posnatal parece depender de una adecuada interacción con el medio ambiente.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Falso: la maternidad es una crisis evolutiva que afecta a todo el grupo familiar.
6. Falso: el amor maternal ha sido descrito por Freud, Winnicott y otros autores como un sentimiento complejo, ambiguo, en el que se mezclan el amor y la agresividad, el reconocimiento del otro como diferente y la confusión o no discriminación.
7. Verdadero.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero.
11. Falso: a los 30 días de vida el recién nacido reconoce la voz de su madre aunque no la vea.
12. Verdadero.
13. Verdadero.
14. Verdadero.
15. Falso: fue Mary Ainsworth quien describió, a fines de la década de 1970, tres tipos de apego: a) seguro, b) inseguro evitativo, c) inseguro ambivalente.
16. Verdadero.
17. Verdadero.
18. Verdadero.
19. Verdadero.
20. Verdadero.

### LEA LA SIGUIENTE SITUACIÓN CLÍNICA Y SEÑALE EL TIPO DE APEGO AL QUE CORRESPONDE

- c) La descripción corresponde al tipo de **apego inseguro evitativo**.

# Capítulo 3

## Anticoncepción en las adolescentes y los adolescentes

### **Dra. Silvia Adriana Oizerovich**

Médica Ginecóloga. Docente adscripta UBA.

Profesora adjunta en la Universidad Favaloro.

Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva GCBA.

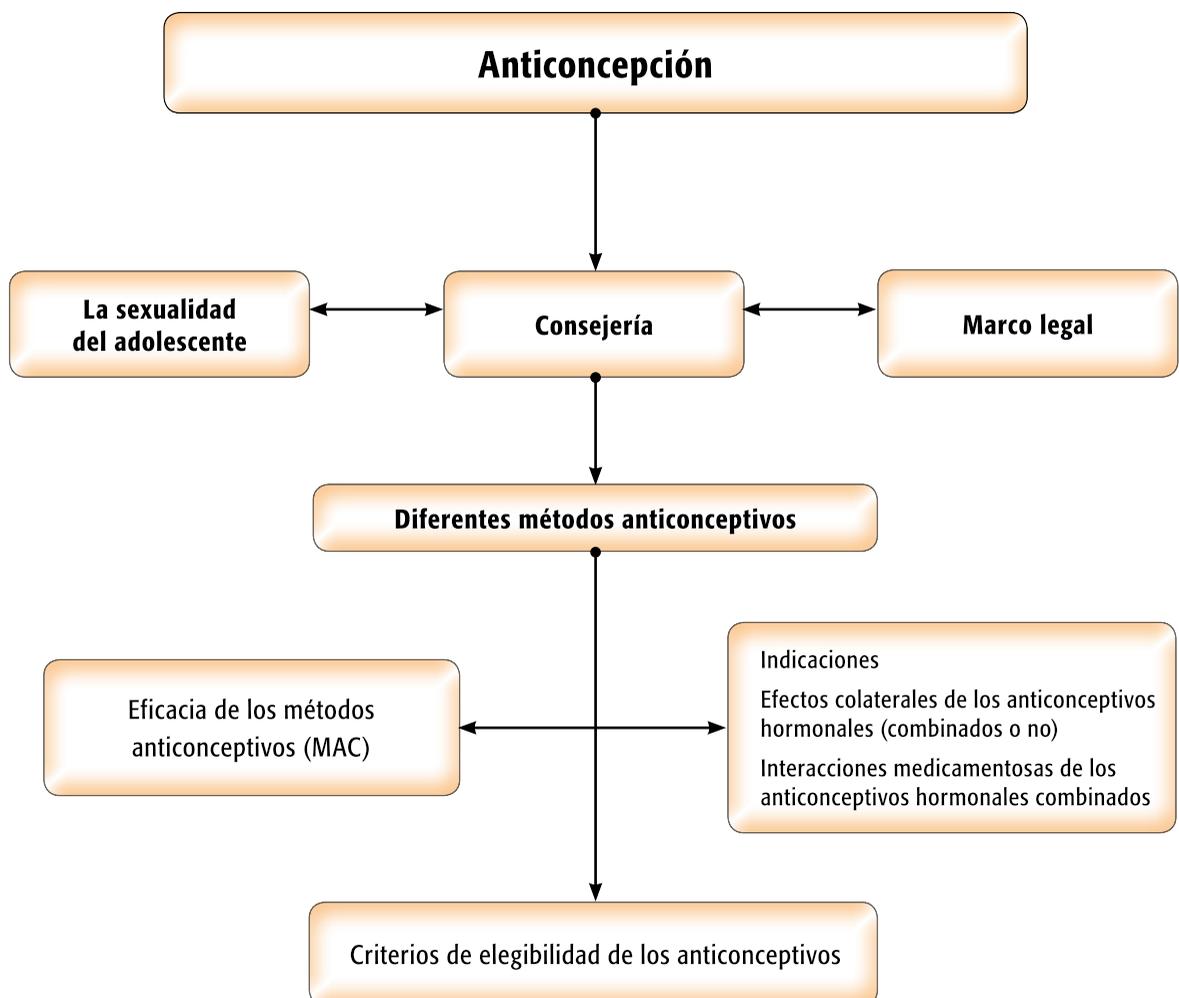
Presidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.

Ex presidenta de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.

## OBJETIVOS

- Identificar los diferentes aspectos que se deben incluir en la consulta de consejería sobre métodos anticonceptivos (MAC).
- Conocer el marco legal que sustenta las indicaciones médicas sobre MAC a los y las adolescentes.
- Revisar sus propios mitos sobre embarazo y anticoncepción.
- Describir los diferentes métodos anticonceptivos.
- Elegir el anticonceptivo más apropiado en cada caso en función de criterios de elegibilidad.

## ESQUEMA DE CONTENIDOS



## INTRODUCCIÓN

Anticoncepción en la adolescencia es uno de los ítems más importantes que los profesionales de la salud debe abordar, tanto por lo que significa para el/la adolescente vivir una sexualidad plena, como para evitar exponerse a situaciones de riesgo, como el embarazo no buscado, las infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

Según la Organización Mundial de la Salud, los aspectos que afectan la salud sexual de la población joven como la maternidad temprana, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la violencia y los comportamientos de riesgo deben ser abordados con una mirada integral.

Los **Objetivos de desarrollo del milenio** (ODM) son una iniciativa de carácter global que se creó en el año 2000 a partir de la Declaración del Milenio en las Naciones Unidas que fue firmada por 189 países, incluyendo la Argentina. Los ODM se componen de 8 objetivos y 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores. Se colocó en columna.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

**Objetivo 5: Mejorar la salud materna.**

**Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.**

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

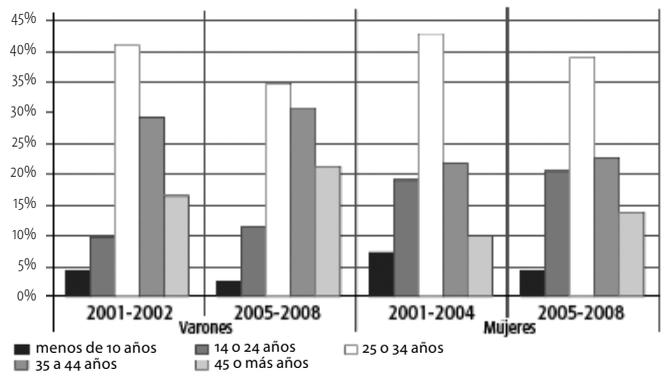
Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

En este capítulo, específicamente se abordarán los Objetivos 5 y 6.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), uno de cada 20 jóvenes en la Región está infectado con una ITS. En Argentina, la estimación del año 2005 de prevalencia de VIH en jóvenes de 15 a 24 años era de 0,6%, en México 0,2%, en Brasil 0,6%, en Colombia 0,5%.

Durante el período 2001-2008 se verifica en nuestro país un aumento en el porcentaje de jóvenes diagnosticados de VIH, de 10% (período 2001-2004) a 20% (período 2005-2008).

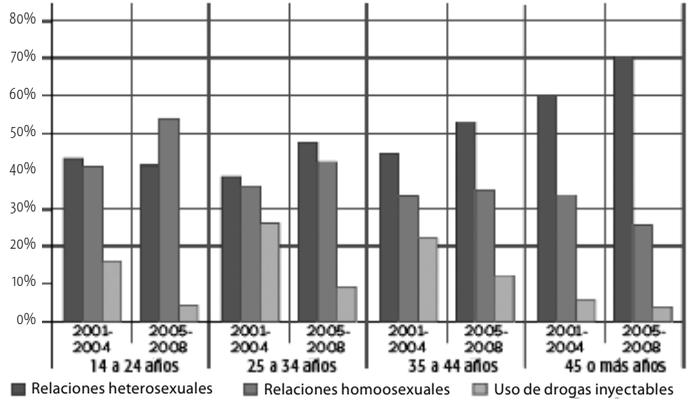
**Gráfico 1. Variación en las proporciones de grupos de edades diagnosticadas con infección de VIH por sexo. Argentina (2001-2008)**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2009).  
 "Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina". Año XII Noviembre de 2009. N° 26.

Actualmente la principal vía de transmisión del VIH entre los jóvenes varones de 14 a 24 años diagnosticados en Argentina es la sexual, ya sean prácticas heterosexuales u homosexuales.

**Gráfico 2. Vías de transmisión principales en varones por grupo de edad en períodos seleccionados. Argentina (2001-2008)**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2009).  
 "Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina". Año XII Noviembre de 2009. N° 26.

El concepto de salud reproductiva, cuyo autor es el médico y funcionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Mahmoud Fathalla, fue publicado por primera vez en 1988. En 1994 la OMS adopta una definición oficial, tendiente a enmarcar el concepto dentro del de la salud como estado completo de bienestar físico mental y social, abarcando la sexualidad, la reproducción, los derechos y el acceso a los servicios y a la información.

Esto supone la posibilidad de llevar una vida sexual satisfactoria con toda seguridad y de procrear libremente con tanta frecuencia como la persona lo desee.

Es también en la Plataforma para la acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1995) y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ONU, 1994), donde se establecen los lineamientos para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, incluidos los de adolescentes y jóvenes, reconociendo estos derechos como derechos humanos, y como parte inalienable integral e indivisible de los derechos humanos universales. Estos derechos se basan en los principios de la dignidad e igualdad humana.

*La salud sexual y reproductiva es actualmente una cuestión social de resonancia internacional.*

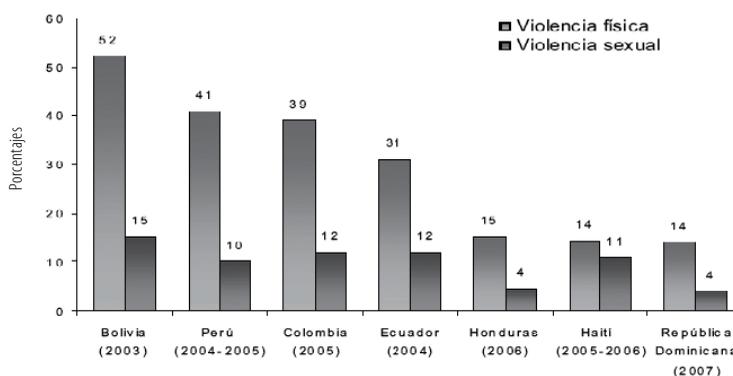
El Consejo de Derechos Humanos, órgano máximo en materia de Derechos Humanos de Naciones Unidas, reconoció el 11 junio 2009 en el 11º período que:

- Las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna son inaceptables y que ésta es una problemática de derechos humanos.
- La mortalidad y morbilidad materna prevenibles involucran una serie de derechos humanos de mujeres y niñas, incluidos el derecho a la vida, a la igualdad y no discriminación, a los beneficios del progreso científico, a la información y el derecho al más alto estándar de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.
- La mortalidad y morbilidad materna ocurre en todas las regiones y culturas del mundo y su eliminación es un reto colectivo.

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994) se definió a la violencia contra la mujer como "cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado".

La violencia contra la mujer es un punto importante también al abordar la consulta en anticoncepción dado que en muchas oportunidades esto se pone de manifiesto como forma de coerción en las relaciones sexuales.

### Gráfico 3. Violencia contra las mujeres



*Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2009.*

La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil realizó en el año 2003-2004 una encuesta a adolescentes mujeres en diferentes lugares de atención en nuestro país. Se tomaron 1.500 encuestas, de las cuales surge que 1.035 adolescentes habían iniciado sus relaciones sexuales.

En la primera relación sexual el 34% no tuvo ningún cuidado anticonceptivo. Los motivos más frecuentes que refirieron fueron:

- él no quería: 33%,
- por falta de información: 33%, y
- la primera relación no embaraza con el: 16%.

*Esto pone de manifiesto una vez más la necesidad del trabajo profundo sobre la problemática de género y la información desde edades tempranas.*

En el momento de la encuesta el 28% mantenía relaciones sexuales sin cuidado anticonceptivo alguno y un 6,7% utilizaba un método poco eficaz (coito interruptus y ritmo). Dentro del grupo que usa algún método anticonceptivo (MAC) el 43% utiliza preservativo solo, un 27% solamente anticonceptivos orales (ACO) y un 15% utiliza preservativo junto a otro método (preservativo + ACO). La valoración sobre la utilización del MAC fue adecuada en un 55%.

Es un reto promover que los jóvenes tengan conocimientos en salud sexual, en sus derechos sexuales y reproductivos, así como conocer las conductas sexuales que puedan determinar una mayor vulnerabilidad para contraer ITS y otras problemáticas relacionadas con la salud de las y los jóvenes a fin de generar acciones preventivas.

Para asesorar a los adolescentes debemos poder anticipar y brindar las herramientas necesarias para que tengan la posibilidad de decidir.

Es importante el trabajo desde la consejería: abordar todos los aspectos desde el ámbito biológico, psicológico y social. A su vez la importancia de explicarle cuáles son sus derechos para que de esta manera ellos puedan exigirlos.

*El pedido de un método anticonceptivo, es una consulta de urgencia y, como tal, debemos dar respuesta al mismo en forma rápida y segura. Se debe realizar una recomendación precisa, donde nada se dará por sobreentendido.*

Para que se pueda llegar a la elección de un buen método anticonceptivo, seguro y eficaz, debe ocurrir una situación de confianza entre el agente de salud y el adolescente. El médico, además de saber sobre los distintos métodos anticonceptivos y la forma en que se podrán obtener, debe tener conocimientos del desarrollo sexual y madurativo, e información acerca de cómo el adolescente se vincula con su medio.

Para poder abordar la consulta por anticoncepción debemos analizar los siguientes ítems:

1. La sexualidad adolescente.
2. Consejería. Aspectos de la consulta.
3. El marco legal.
4. Aspectos que médicos y agentes de salud deben conocer para trabajar en anticoncepción:
  - A. Los aspectos psicológicos y sociales: momento evolutivo del adolescente y situaciones de riesgo.
  - B. Mitos y realidades sobre la anticoncepción.
  - C. Realidad de los diferentes métodos anticonceptivos.
  - D. Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos.

## 1. LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

La transición de la niñez a la adultez presenta características que le son propias e independientes de la sociedad o la época en que éstas se producen. Hay algo que es particular, individual, que está presente y que define al adolescente como tal a través de las sociedades y las culturas.

La madurez biológica para la reproducción en las adolescentes se alcanza después de la menarca, sin embargo, no ocurre lo mismo con la madurez psicológica necesaria para ejercer un papel maternal y tampoco están presentes las condiciones sociales. Es esta asincronía madurativa biológica-psicológica y social que la/lo coloca en situación de riesgo.

## 2. CONSEJERÍA. ASPECTOS DE LA CONSULTA

*La consejería es la herramienta fundamental para el trabajo en salud sexual y reproductiva con adolescentes.*

La consejería es una estrategia de promoción de la salud que requiere de una buena interacción entre el profesional y él o la usuaria (Population Reports, 2003).

Es un proceso cara a cara de comunicación bidireccional en que un profesional de la salud asesora a un hombre o una mujer o a una pareja para identificar sus necesidades, ayudándolos a realizar una elección apropiada, de acuerdo a su situación particular. Se debe tener en cuenta que los/las usuarias deben recibir información adecuada para elegir libremente el método anticonceptivo a utilizar, lo que por lo menos debe incluir:

- Efectividad.
- Uso adecuado.
- Mecanismo de acción.
- Efectos adversos.
- Riesgos y beneficios.
- Signos y síntomas ante los cuales debe consultar.
- Información sobre retorno de la fertilidad al suspender el método.
- Información sobre protección de infecciones de transmisión sexual y SIDA (doble protección).

Perrotta G, en su tesis de maestría (aún sin publicar) remarca: “Los roles de género condicionan la posibilidad de las mujeres por ejemplo de negociar el uso del preservativo en las relaciones sexuales, por lo que suelen incurrir en riesgos para su salud sexual y reproductiva. También condicionan a los hombres y sus modos de demostrar su masculinidad”.

Frente al/la adolescente que llega a la consulta el médico debe ser capaz de:

- **Entablar una buena relación comunicativa.**
- **Enfocar la atención en el o la usuaria.**
- **Comunicar claramente la información.**
- **Brindar a las y los usuarias/os lo que eligieron.**
- **Evitar los propios prejuicios.**
- **Sentirse cómodo con el tema de la sexualidad.**
- **Abordar las cuestiones de género.**

Debemos saber que hay situaciones, miedos que los adolescentes deben vencer al momento de acercarse al sector salud:

- Temor a que se sepa que tienen relaciones sexuales.
- A ser vistos por sus padres, parientes o profesores.
- Creer que no les brindarán la información que requieren.
- Falta de privacidad y confidencialidad.

La elección del método dependerá entonces tanto de las características específicas o perfil del método como del perfil del adolescente.

Con respecto al adolescente o usuario es importante tener presente:

- La edad. Evaluar el nivel de motivación, aceptabilidad del método, si podrá cumplir o no con un método determinado.
- Si ya ha tenido relaciones sexuales, tener en cuenta número de parejas, frecuencia de las relaciones.
- Se debe abordar antes de prescribir el anticonceptivo adecuado, el nivel de riesgo existente. Valorar la seguridad del método y la percepción que tiene del adolescente acerca del método.

- Debe ser aceptado por el/ la adolescente, debe estar de acuerdo con su forma de pensar y con sus creencias y valores.
- El/ la adolescente debe saber cómo obtendrá su método y que no habrá dificultades para su obtención, sea esta a través del sistema público de salud, su obra social o sistema prepago.
- El nivel educativo del adolescente y su pareja.
- Familia. Qué piensa acerca de las relaciones sexuales, de los anticonceptivos, si lo/la van a acompañar en sus decisiones.
- Amigos. Si ya iniciaron relaciones, cuál método utilizan mayoritariamente, si tienen el hábito de ir a controlarse.

### 3. EL MARCO LEGAL

La *Convención sobre los derechos del niño* es un instrumento fundamental de los Derechos Humanos. La Asamblea General de las Naciones Unidas del 20/11/1989 con 191 ratificaciones establece: [...] «el mejor interés del niño [...] la no discriminación en la aplicación de los derechos [...] la obligación por parte del Estado de adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención [...] el derecho al más alto nivel de salud y tener acceso a los servicios médicos y rehabilitación, haciendo énfasis a los relacionados con la atención primaria de la salud y los cuidados preventivos...».

*Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N.º 25.673*, sancionada en 2002 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Esta Ley cumple con los tratados internacionales, con rango constitucional, reconocidos por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

El artículo 75, inc. 23) de nuestra Constitución Nacional, señala la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidas en ella y en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, antes mencionados.

Algunos puntos de la ley 25.673 para destacar:

**Artículo 2.** - Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- b) Disminuir la morbi mortalidad materno-infantil.
- c) Prevenir embarazos no deseados.

- d) Promover la salud sexual de los adolescentes.
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/ sida y patologías genital y mamarias.
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

**Artículo 3.** El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

**Artículo 4.** La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

En la reglamentación de la ley 25.673 encontramos:

**Artículo 4.** A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de **catorce** (14) años.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la Administración Nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de **catorce** (14) años, con sus padres o un adulto responsable.

Trumper E, en sus conferencias, lo resume: las dificultades no recaen en un déficit del marco legal, si no en la falta del reconocimiento unánime de la sociedad de los derechos de los adolescentes.

## 4. ASPECTOS QUE MÉDICOS Y AGENTES DE SALUD DEBEN CONOCER PARA TRABAJAR EN ANTICONCEPCIÓN

### A. Los aspectos psicológicos y sociales: momento evolutivo y situaciones de riesgo

Se debe tener en cuenta que el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, el número de parejas, el sentimiento de invulnerabilidad, pocos conocimientos acerca de salud sexual, la presión de los medios de comunicación, dificultades para acceder a los servicios, llevan a muchos adolescentes a exponerse a situaciones de riesgo.

Diferentes autores coinciden en entender que la adolescencia es un fenómeno muy particular, es el único estado normal del desarrollo humano que genera choques sociales tumultuosos y es asimismo el único que enfrenta una cantidad desproporcionada de situaciones riesgosas para la salud e incluso para la vida.

Dificultades que colocan al/la adolescente en situaciones de riesgo:

- Educación sexual deficiente.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales.
- Cambios de pareja, duración breve de la misma (monogamia sucesiva).
- Deficiente utilización de métodos anticonceptivos.
- Mensajes contradictorios del mundo adulto.
- Dificultades en la percepción de riesgo.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Sentimiento de invulnerabilidad (no tienen integrada la noción de riesgo).
- Dificultades para asumir responsabilidades.

El profesional que atiende adolescentes debe:

- Conocer el proceso madurativo.
- Poseer conocimiento de los métodos anticonceptivos.
- Informar-educar en prevención de embarazo no buscado e ITS.
- Ayudar a detectar y modificar conductas de riesgo.
- Respetar los derechos de los adolescentes.
- Conocer las dificultades para elegir y utilizar un método anticonceptivo.
- Ayudar a los/as jóvenes a desarrollar aptitudes de toma de decisiones y a sentirse seguros para obrar conforme a ellas.

## B. Mitos y realidades sobre la anticoncepción

En los **adolescentes** los principales mitos son:

- Carecer de pareja estable. ¿Para qué utilizar un método anticonceptivo?
- Él se cuida: ¿cómo? Las chicas no pueden preguntar o saber si esto es cierto o no.
- Por tener baja frecuencia de relaciones sexuales, no hace falta.
- Primera relación sexual no se embaraza.

Es importante destacar aquí, que no sólo los adolescentes tienen mitos o prejuicios, los **profesionales** de la salud también los tenemos.

- Muchos profesionales piensan que No van a iniciar relaciones sexuales aún, "son chicos". La edad inicio de relaciones sexuales no se ha modificado en los últimos 10 años, actualmente el promedio para nuestro país es aproximadamente el de 15,5 años con variaciones de 1 año de acuerdo a la región.
- Consultan pidiendo un método anticonceptivo y se le explica que aún no es conveniente y se realiza una derivación a otro especialista. Es probable que facilitemos una situación de riesgo. Se debe tener presente que la consulta por anticoncepción es una consulta de urgencia.
- A estas edades esta contraindicado el uso de anticonceptivos hormonales. Se considera edad ginecológica como el tiempo transcurrido desde la menarca. No hay una edad ginecológica mínima para su indicación. No hay trabajos en la bibliografía que apoyen la existencia de un probable perjuicio. Por lo tanto, con un criterio flexible se considera su indicación preferentemente a partir del segundo año de edad ginecológica, pero de ninguna manera esto es una limitante.
- La anticoncepción hormonal (ACH) provoca el cierre precoz de las epífisis. Disminución de talla. Los anticonceptivos hormonales utilizados no interfieren en el crecimiento.
- La ACH ocasionan alteraciones de la masa ósea: si bien esto no es sostenido por todos los autores, se recomienda utilizar formulaciones que contengan 30 µg de etinil estradiol, dada la necesidad de un nivel adecuado de estrógeno que permita alcanzar el pico de masa ósea que se completa al terminar la segunda década de la vida.

## C. Realidad de los diferentes métodos anticonceptivos (MAC)

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo durante una relación sexual.

**Tabla 1. Clasificación de métodos anticonceptivos**

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer	Calendario Moco cervical Temperatura basal Sintotérmico
Método de la lactancia - Amenorrea (MELA)	
Anticonceptivos de barrera. Son aquéllos que, por un mecanismo físico, impiden la unión del espermatozoide y el óvulo, al impedir el acceso de los espermatozoides al útero	Preservativo masculino Preservativo femenino Diafragma
Anticonceptivos hormonales Pueden ser combinados (estrógeno + progestágenos) o sólo de progestágeno	Anticonceptivos orales: combinados o de gestágeno solo Anticonceptivos Inyectables. Combinados mensuales Anticonceptivos inyectables de gestágenos sólo de depósito (trimestral) Implantes Anillos vaginales Parches Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU)
Dispositivo intrauterino (DIU) Hay 2 tipos	Medicado con cobre Medicado con gestágeno (levonorgestrel) (SIU)
Anticoncepción quirúrgica	Ligadura tubaria Vasectomía
Anticonceptivos químicos	Cremas/jaleas/tabletas/óvulos Esponjas
Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)	

### Eficacia de los métodos anticonceptivos (MAC)

La efectividad de los distintos métodos anticonceptivos se mide por número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método y la eficacia se mide según el uso: real o perfecto.

*La eficacia del MAC puede variar enormemente de una persona a otra porque está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo que se utilice.*

**Tabla 2. Tasas de embarazos cada 100 mujeres**

Método anticonceptivo	Tasa de embarazo primer año (*)	
	Uso consistente y correcto	Como se lo usa comúnmente
Orales combinados	0,8	3
Orales de progestágeno solo	0,8	3
Inyectables combinados	0,05	3
Inyectables de progestágeno solo	0,3	3
Implantes	0,05	0,05
Anillos vaginales	0,3	8
Parches	0,3	8
Preservativo masculino	2	15
Preservativo femenino	5	21
Diafragma con espermicidas	6	16
DIU con cobre	0,6	0,8
DIU con Levonorgestrel	0,2	0,2
Ligadura tubaria	0,5	0,5
Vasectomía	0,1	0,15
Anticonceptivos químicos	18	29
Método de la lactancia	0,9 (**)	2
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer	3	-

(\*) Tasas fundamentalmente de los Estados Unidos. Fuente: Trussell J. *Contraceptive efficacy*. En: Hatcher R y col., editores. *Contraceptive technology*. 19th revised ed. 2007. Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. *Contraceptive failure in the United States*. *Contraception* 2004;70(2):89-96.

(\*\*) La tasa para uso consistente y correcto de MELA es un promedio ponderado de 4 estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como es usada comúnmente es de Kennedy KI y col., *Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1996;54(1):55-57.

Para trabajar en anticoncepción es útil tener presente la siguiente categorización de prácticas previas recomendadas para el uso de anticonceptivos.

- Categoría A: esencial y obligatoria en todas las circunstancias para un uso seguro y efectivo.
- Categoría B: contribuye sustancialmente para un uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada según el contexto. Se debe realizar una valoración costo-beneficio.
- Categoría C: puede ser apropiado como prevención del cuidado de la salud pero no contribuye sustancialmente para el uso seguro y efectivo del método.
- Categoría D: no está sustancialmente relacionado con una rutina de prevención en salud o para el uso seguro del MAC.

**Tabla 3. Prácticas previas recomendadas para el uso de anticonceptivos**

	Anticonceptivos hormonales combinados	Progestágeno solo - minipíldora	DIU	Métodos de barrera	Abstinencia periódica
Examen ginecológico	C	C	A	C/A	C
Examen mamario	C	C	C	C	C
Citología cervical - Colposcopia	C	C	C	C	C
Laboratorio de rutina	D	D	D	D	D
Pesquisa de ITS (mujeres asintomáticas)	C	C	B	C	C
Tensión arterial	A/B	C	C	C	C
Consejería	A	A	A	A	A

Fuente: Johns Hopkins, Baltimore. USA 1999.

## I. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer (MBCF)

- Calendario.
- Moco cervical.
- Temperatura basal.
- Sintotérmico.

Se basa en la detección de las fases fértiles y la abstinencia coital en esos días. Se relaciona con la ovulación, la capacidad fecundante del espermatozoide y los cambios hormonales que se producen durante la ovulación que permiten objetivar signos clínicos: elevación de la temperatura basal, modificaciones en el moco cervical, en la citología vaginal, entre otros.

Los más conocidos son el Método del Calendario u Ogino-Knaus, los Días fijos, el Sintotérmico y el Método de Billings: este es el más utilizado, consiste en la visualización del moco cervical, capacitando a la mujer para que pueda diferenciar la fase húmeda, muy húmeda (fértil) y la fase seca (no fértil).

Estos métodos plantean dificultades para los adolescentes ya que se relacionan con la necesidad de una alta motivación, compromiso de la pareja para que ambos puedan cumplir con los períodos de abstinencia, buena resolución de la conflictiva sexual y reconocimiento de los propios genitales. No protegen de las ITS ni del SIDA.

## II. Método de la lactancia - Amenorrea (MELA)

La promoción de la lactancia materna exclusiva (LME) por seis meses y la lactancia continuada con alimentación complementaria oportuna, es recomendada mundialmente como forma de promover el crecimiento y desarrollo del niño y el vínculo con su madre.

*La lactancia es una forma de nutrición excelente que protege a los bebés contra las enfermedades, y es además un anticonceptivo natural para las mujeres, pero su protección anticonceptiva es variable.*

Cuando la madre da **“pecho exclusivamente”** (LME) significa que la alimentación es sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, además de la leche materna).

Cuando la madre da **“pecho casi exclusivamente”** significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero la mayoría de las ingestas (más de tres cuartos de todas las ingestas) son de leche materna.

MELA: es el método que usa la **amenorrea** (ausencia de menstruación) asociada a la **lactancia exclusiva**, para evitar un nuevo embarazo.

Esto ocurre cuando la lactancia es “a demanda”: entre **8 a 10 veces en el día, siendo alguna de ellas nocturna**, lo que provoca la falta de ovulación.

*La paciente que no tiene lactancia exclusiva puede ovular a partir de los 21 días posparto.*

Principios básicos que deben cumplirse:

- Sin menstruación.
- La lactancia es el único alimento del bebe.
- El recién nacido es menor de 6 meses de edad.
- Las mamadas son frecuentes.

Con estas condiciones el MELA protege a la mujer de un embarazo en un 98%, es decir 2 de cada 100 mujeres pueden embarazarse.

Por la dificultad que implica el cumplimiento de estos principios es que se recomienda utilizarlo con algún otro método. Informar a la pareja para que decida si asocian o no, otro método.

### III. Anticonceptivos de barrera

Son aquéllos que, por un mecanismo físico, impiden la unión del espermatozoide y el óvulo, al impedir el acceso de los espermatozoides al útero.

- Preservativo masculino (de uso más frecuente).
- Preservativo femenino.
- Diafragma.
- Otros: capuchón, barreras bucales.

*El preservativo masculino o condón es el único método anticonceptivo que también previene la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida. Por este motivo, debe usarse durante la penetración vaginal, anal y cuando se practica sexo oral.*

Ventajas Por qué los adolescentes los prefieren:	Desventajas Por qué los adolescentes no los prefieren:
<p>Es muy accesible.</p> <p>No necesita prescripción médica.</p> <p>No tiene efectos secundarios.</p> <p>Puede ser utilizado como método anticonceptivo complementario.</p> <p>Protege contra algunas infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/Sida.</p> <p>Después de abandonar su uso, se recupera inmediatamente la fertilidad.</p> <p>Bajo costo.</p>	<p>Se requiere motivación para su uso constante y correcto.</p> <p>Es necesario colocarlo bien para que sea efectivo.</p> <p>Las personas alérgicas al látex no pueden utilizarlo.</p> <p>En algunos casos, interfiere en la relación sexual.</p>

Es necesario que los profesionales que atienden consultas sobre anticoncepción sepan que:

- La entrega de preservativos es gratuita en hospitales y centros de salud del sistema público, para toda la población, incluidas aquellas personas menores de 14 años. Son entregados en todo el país por el Ministerio de Salud de la Nación.
- La entrega de preservativo no requiere autorización de los padres/tutores, ni la firma de ningún documento al respecto, ni la solicitud de ningún dato personal.
- En caso de rotura del preservativo o de uso incorrecto, se recomienda la toma de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), si es que la mujer no está utilizando otro método, y evaluar la posibilidad de contagio de VIH e ITS.

Los principales **consejos a los adolescentes** para el uso del preservativo son:

Uso correcto: los preservativos masculinos más comunes están enrollados sobre sí mismos y diseñados para aplicarse desde la punta del glande y desenrollarse a lo largo del pene erecto hasta cubrirlo completamente. Se debe advertir que al momento de colocarlo se debe comprimir el reservorio de la punta y luego desenrollarlo para disminuir la posibilidad de ruptura y al momento de retirar el pene se deberá sostener el preservativo desde la base para que no quede en la vagina de la mujer.

- Erotizar la colocación: tratar de que sea parte del juego.
- Colocarlo antes del contacto vaginal, ya que las secreciones penianas iniciales pueden contener espermatozoides.
- No utilizar lubricantes oleosos, ya que facilitan su permeabilización.
- Ser cuidadoso con el almacenamiento, ya que tienen vencimiento y se afectan con temperaturas extremas.
- En el sexo oral, boca-pene se debe usar preservativo (condón).

Realizaremos una mención especial para las **barreras bucales** debido al aumento que se está produciendo en el sexo oral tanto en parejas heterosexuales como homosexuales. Los condones de boca o barreras bucales son rectángulos hechos de látex que los dentistas usan para aislar un diente mientras trabajan. Se recomienda su uso en el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano como boca-vagina. Como originalmente no fueron diseñados para el sexo, estos tienden a ser más gruesos que los regulares. Otra manera de fabricar barreras bucales es utilizar condones cortados en sus extremos y luego en forma longitudinal o con papel film recortar un cuadrado de la dimensión necesaria a utilizar.

#### IV. Anticonceptivos hormonales

Pueden ser combinados (estrógeno + progestágenos) o sólo de progestágeno.

- Anticonceptivos orales: combinados o de gestágeno solo.
- Anticonceptivos inyectables combinados mensuales.
- Anticonceptivos inyectables de gestágenos sólo de depósito (trimestral).
- Implantes.
- Anillos vaginales.
- Parches.
- Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU).

Los anticonceptivos hormonales (ACH) son los más utilizados, junto con el preservativo. Trumper plantea que los adolescentes fundamentaban el rechazo al método por temor a los efectos colaterales, algunos de ellos relacionados a su imagen corporal: aumento de peso y acné. Las nuevas formulaciones, con dosis hormonales menores y nuevos gestágenos, han permitido alejar del consenso popular muchos de estos temores.

Requisitos para su utilización: dada la edad de este grupo etéreo y la baja frecuencia de patología, será fundamental una anamnesis detallada de los antecedentes personales y familiares y, el control de la tensión arterial, antes de la indicación de un método anticonceptivo hormonal, ajustándose a los criterios de elegibilidad.

Se realizará un examen ginecológico de ser posible y si corresponde un PAP, pero esto no interfiere de ninguna forma con la indicación y uso del método.

Las indicaciones son:

- **Edad mínima:** algunos autores sugieren esperar para indicar ACH 2 años posmenarca, a menos que la adolescente presente ciclos regulares. Sin embargo, otros autores han demostrado que luego de suspender los ACH las adolescentes recuperan su ciclicidad. Se debe evaluar riesgos-beneficios para indicar un anticonceptivo en cada caso. Referente al cierre de las epífisis se ha demostrado que no hay inconvenientes con el uso de ACH.
- **Masa ósea:** Algunos autores plantean que si la adolescente no alcanzó el pico de masa ósea debe utilizar dosis de 30 ugr de etinil estradiol. Otros opinan que el aumento de la masa ósea depende más del calcio de la ingesta y de la actividad física, que de la dosis de los ACH.

Clasificación de anticonceptivos hormonales

- Combinados orales.
- Combinados parenterales.
- Combinados transdérmicos.
- Progestágenos únicos.

### Monofásicos

La dosis de estrógeno y progestágeno es igual en todos los comprimidos.

Ejemplos:

Etinilestradiol: 35 mcgr + ciproterona 2 mgr 21 días, 7 días libres.

Baja dosis: 30-20 mcgr de etinilestradiol + gestágeno 21 días, 7 días libres.

Ultra baja dosis: 15 mcgr de etinilestradiol + gestágeno 24 días combinado con 4 días placebo.

- Diferentes gestágenos: levonorgestrel, gestodeno, desorgestrel, norgestimato, drospirenona, dienogest.
- Diferentes estrógenos: etinil estradiol (más frecuente su uso en este grupo etáreo), valerato de estradiol (aún no hay suficiente experiencia en el uso de este estrógenos en menores de 18 años).

Algunos profesionales de la salud, antes de comenzar a utilizar un MAC, solicitan estudios complementarios, por ejemplo: análisis de sangre, Papanicolaou (pap), ecografías o algún otro estudio. Sin embargo, estos estudios **no** son requisito para iniciar el MAC, ni motivo para postergarlo o negar su entrega.

*Solicitar estudios complementarios como requisito para indicar y/o entregar un MAC implica perder la oportunidad de iniciar a tiempo (antes de que ocurra un embarazo no buscado) uso de un método anticonceptivo*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no considera necesario la solicitud de estos estudios, sólo recomienda realizar una historia clínica y control de tensión arterial.

## Posología

*Primera caja:* para ser activas desde el primer comprimido deberán comenzarse a tomar el primer día de menstruación. Luego debe continuar con un comprimido todos los días. Si el envase tiene 28 comprimidos, en la última hilera/semana de ingesta, las pastillas cambian de color, y allí tendrá lugar la deprivación hormonal y el sangrado. Si la caja es de 21 comprimidos, menstruará en los días que suspende la toma, y comenzará la nueva caja al octavo día de la última pastilla ingerida, luego de los 7 días del intervalo libre.

En caso de iniciar otro día del ciclo, la usuaria deberá cuidarse con otro método (por ejemplo preservativo) durante 7 días. Recién a partir de la pastilla nº 8 estará protegida.

Ventajas Por qué los adolescentes los prefieren:	Desventajas Por qué los adolescentes no los prefieren:
<p>Altamente eficaz.</p> <p>Menstruaciones regulares y confortables.</p> <p>Desvinculado del coito.</p> <p>Beneficios no contraceptivos</p>	<p>Se requiere motivación para su uso constante y correcto. Obligatoriedad de la toma diaria.</p> <p>No protege contra las ITS.</p> <p>No protege contra el SIDA.</p> <p>Spotting.</p> <p>Mastalgia.</p>

**La regla de oro** en anticoncepción oral es el número 7. **Siete** son los días continuos que se deben tomar las pastillas para inhibir la ovulación.

El problema más frecuente de este método es el olvido de la toma diaria.

- Olvido menor de 1 toma: Tomar la pastilla cuando lo recuerde.
- Olvido de dos tomas: Tomar la pastilla, pero debe sumar el preservativo por 7 días.
- Se debe tener en cuenta si la píldora olvidada fue de la primera, segunda o tercera semana.

Olvido en la PRIMERA SEMANA	Tuvo relaciones sexuales en los últimos 5 a 7 días	Es recomendable utilizar anticoncepción de emergencia.
	No tuvo relaciones sexuales en los últimos 5 a 7 días.	Debe tomar la píldora olvidada en el momento que lo advierte, aunque signifique tomar dos comprimidos ese día y utilizar un método anticonceptivo de barrera como el preservativo en los próximos 7 días

Olvido en la SEGUNDA SEMANA	<p>Debe tomar la píldora olvidada inmediatamente en el momento que lo advierte, aunque signifique tomar dos comprimidos juntos.</p> <p>La eficacia anticonceptiva no se altera y no es necesario utilizar otro método anticonceptivo.</p>
-----------------------------	---

Olvido en la TERCERA SEMANA	Para envases con 21 COMPRIMIDOS	Se debe tomar la píldora olvidada aunque signifique tomar dos comprimidos juntos y continuar con la próxima caja sin dejar días libres. Ese ciclo no habrá privación.
	Para envases con 28 COMPRIMIDOS	Se deberá tomar la píldora olvidada, no tomar las pastillas placebo (se deben saltar) e iniciar otro envase. Ese ciclo no habrá privación.

*El riesgo de embarazo aumenta con el número de pastillas olvidadas, y es mayor en la primera semana.*

Si la adolescente tiene **vómitos**: si ocurren durante las 4 hs. posteriores a la toma/ingesta de la pastilla, hay 2 opciones:

1. Tomar la pastilla siguiente y adelantar todo un día.
2. No tomar la pastilla siguiente, continuar con la toma diaria de las pastillas y cuidarse 10 días con preservativo.

Si la adolescente presenta **diarrea**: como el etinil estradiol se reabsorbe en intestino, si la paciente presenta diarrea, disminuyen los clostridium, y la medicación no se absorberá. Se debe sumar el preservativo el tiempo de diarrea y 10 días más. Hasta que la flora se restablezca.

### **Combinados parenterales.** Dosis única mensual parenteral

Acetofenido de dihidroxiprogesterona 150 mgr + enantato de estradiol 10 mgr. Se aplica entre el 5 y 8<sup>vo</sup> día. Se repite con la menstruación.

Enantato de noretisterona 50 mcgr + 5 microgramos de Valerato de Estradiol. Se aplica la primera dosis el 1º al 5º día de la menstruación y luego una aplicación cada 30 días, lo que hace que su uso de menor lugar a error. Esta formulación es mucho mejor. Evita confusiones en la administración a diferencia de la anterior.

*El concepto que es necesario interrumpir por uno o varios meses la toma de anticonceptivos hormonales para “descansar” es una creencia popular carente de fundamento científico y pueden llevar a un embarazo no buscado.*

Muchas veces la causa del abandono de los anticonceptivos es el temor a supuestos efectos adversos del método que no son los reales.

## Combinados transdérmicos

**Parche:** Sistema transdérmico de liberación de 20 ug de etinilestradiol y 150 ug de norgestimato. Es discontinuo, se utiliza 3 semanas (**1 semanal**) y una semana libre. Se pegará en cualquier lugar del cuerpo evitando las mamas.

**Anillos vaginales:** Es un anillo flexible y transparente. Contiene 2,7 mg de etinilestradiol y 11,7 mg de etonogestrel dispersos uniformemente dentro del cuerpo del mismo, y que una vez introducido en la vagina por la usuaria permite una liberación constante, de 15 µg de etinilestradiol y 120 mg de etonogestrel.

Cada anillo tiene un ciclo de uso. Se inserta el 1<sup>er</sup> anillo el 1<sup>er</sup> día de menstruación, una vez insertado en la vagina se lo deja colocado durante 3 semanas. Se lo retira en la 4<sup>a</sup> semana, y de este modo tendrá el sangrado por privación (sangrado menstrual). Ese anillo se descarta.

## Efectos colaterales de todos los anticonceptivos hormonales (combinados o no)

El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método.

Aunque no es frecuente, algunas mujeres tienen efectos adversos cuando toman las ACH. La mayoría de estos posibles efectos adversos son pasajeros, pero es importante conocerlos y, si quedan dudas, consultar al profesional especializado.

- Cefaleas. Mareos. Náuseas. Mastalgia. Cambios de peso. Cambios de humor. Otros cambios físicos posibles: Incremento de unos pocos puntos en la presión arterial (mm Hg). Cuando el incremento de la presión se debe al AHC, la presión arterial cae rápidamente al interrumpir su uso.

*Los efectos colaterales no son signos de enfermedad. La mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar ACH.*

Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan nunca.

Recordar que en los primeros meses puede haber sangrado en momentos inesperados (sangrado irregular). Luego, menstruaciones más leves, más breves y más regulares.

## Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados

Las interacciones de mayor relevancia clínica son las relacionadas con el metabolismo hepático. El etinil estradiol se metaboliza a nivel hepático a través del citocromo P 450 isoenzima CYP3A4. Ante la administración de ciertas drogas que inducen fuertemente la actividad de este citocromo, se determinan importantes interacciones que afectan de manera significativa la eficacia del método.

**Rifampicina** (categoría 3 de la OMS). Es un potente inductor de las enzimas microsomales hepáticas, por lo tanto produce una **disminución de su biodisponibilidad, que prácticamente anula la eficacia anticonceptiva** tanto de los orales como de los inyectables. Es imprescindible indicar métodos adicionales de barrera durante el tratamiento y durante 4 semanas después de concluido.

Según la OMS la mayoría de los **antibióticos de amplio espectro** no afectan la efectividad de los anticonceptivos orales combinados (categoría 1 de los criterios de elegibilidad). Sí se debe prestar atención si se producen episodios de diarrea.

**Anticonvulsivantes barbitúricos** (categoría 3 de la OMS): estas medicaciones como los barbitúricos, primidona, carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato, felbamato, etosuximida y fenitoina, son también inductores microsomales hepáticos, por lo tanto disminuyen su biodisponibilidad.

El uso de la lamotrigina merece un comentario especial ya que en realidad aquí es el ACH el que altera el efecto de la droga.

Dado que habitualmente el tratamiento con anticonvulsivantes comprende períodos prolongados, **se recomienda el uso de métodos no hormonales.**

**Antirretrovirales:** pocos datos de estudios pequeños sugieren que diversos tratamientos con estas drogas pueden alterar la farmacocinética de una dosis única de los anticonceptivos orales, sin embargo no se han realizados estudios de los resultados clínicos y se desconoce la importancia.

**Progestágenos únicos:** Son utilizados durante la lactancia si no se utiliza el MELA, o en situaciones especiales donde los anticonceptivos hormonales combinados están contraindicados (hipertensión, migraña etc.).

Minipíldoras orales: Levonorgestrel 0,030 mg. No inhiben la ovulación. Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los espermatozoides, impidiendo así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Desorgestrel 0,75 microgramos. Es la única formulación a la fecha que produce anovulación.

Se indica 1 comprimido por día de manera continua a partir de la 6<sup>ta</sup> semana de puerperio o 1<sup>er</sup> día de menstruación. Al finalizar la caja se inicia la siguiente sin descanso, pudiendo producirse una privación o no.

Se recomienda su uso durante la lactancia (mientras la frecuencia de la lactancia es entre 5 y 6 veces por día y una de ellas nocturna).

Desorgestrel 0,75 microgr.: dada su acción anovulatoria puede utilizarse en los periodos finales de la lactancia o sin depender de ella.

Implantes subdérmicos: 1 cápsula que contiene 68 mg etonorgestrel (3 keto desogestrel). Duración: 3 años. Estará disponible en nuestro país.

Inyectable trimestral: Una dosis cada 3 meses. Acetato de medroxiprogesterona 150 mgr.

Puede utilizarse durante la lactancia. De uso frecuente en las comunidades del Norte de nuestro país. Es también de uso frecuente en aquellas adolescentes con malformaciones uterinas para evitar la privación.

El uso de anticonceptivos hormonales con progestágeno solo, estaría reservado para aquellos casos en que estuviera contraindicado el uso de estrógenos, durante la lactancia y ante la imposibilidad de instrumentar otros métodos anticonceptivos.

Así mismo sería conveniente en este grupo etáreo realizar un seguimiento que excede las necesidades reales del método: el 1<sup>er</sup> control se realizará al mes para evaluar su correcto

uso y conocer las posibles dificultades y/o efectos colaterales. Luego con un criterio flexible espaciar estos controles a lapsos de 3-6 meses.

*Por el riesgo y vulnerabilidad que presentan las/os adolescentes frente a las ITS y dado que el condón es el único método que puede brindar protección se recomienda el uso del "doble método" (preservativo y otro.)*

En la población adolescente la anticoncepción oral combinada (AOC) es uno de los métodos más utilizados. Esto se debe a su seguridad y eficacia.

Al estar su ingesta desvinculada del coito facilita aún más su utilización.

Siempre se debe incentivar el doble método: preservativo y AOC.

La doble protección se puede hacer con 1 o 2 métodos anticonceptivos, siempre que uno de ellos sea un preservativo.

La doble protección combina los beneficios de la prevención de las ITS / VIH y del embarazo no deseado.

## V. Dispositivos intrauterinos

Clásicamente, se ha considerado contraindicado este método en la adolescencia, tanto en la literatura como en nuestro medio, y esto se debió al mayor riesgo de complicaciones: enfermedad inflamatoria pelviana, perforación uterina, intolerancia y expulsión. Actualmente el concepto ha cambiado. La nuliparidad ya no constituye una contraindicación para el uso del DIU. Tiene categoría 2 de los criterios de elegibilidad de la OMS (los beneficios superan los riesgos). Las indicaciones y contraindicaciones son las mismas que para las mujeres con paridad previa. La bibliografía mundial y local no revela una mayor incidencia de complicaciones ni efectos adversos significativos que en las con partos previos. Sin embargo, el DIU no es el método de primera elección en la adolescente nulípara. En caso de indicarlo, debe enfatizarse la importancia de un comportamiento sexual adecuado y la utilización del doble método (DIU + preservativo sistemáticamente).

Existen situaciones en las que se recomienda el DIU como primera elección:

- Mujeres bajo tratamientos con medicación teratogénica.
- Mujeres con contraindicación para otros métodos (medicación que interactúa con la anticoncepción hormonal, imposibilidad de utilizar métodos de barrera, etc.).
- Adolescentes con discapacidad mental, en quienes no se puede confiar en el uso de otro método. En estos casos se podría contemplar la colocación aun no habiendo iniciado relaciones sexuales.

En caso de discapacidad mental se indica en primer lugar la anticoncepción inyectable, en una aplicación mensual.

El DIU brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación mas allá de la relacionada con su inserción desvinculado del coito, es de uso permanente y continuo, y demanda un seguimiento relativamente espaciado.

## VI. Anticoncepción quirúrgica

- Ligadura tubaria.
- Vasectomía.

De acuerdo a la Ley 26.130 de Anticoncepción quirúrgica este método se puede utilizar en mujeres y varones mayores de edad.

La anticoncepción quirúrgica (AQ) es un método anticonceptivo donde su reversibilidad no es del 100%, por lo tanto, debe tomarse como permanente. Se realiza a través de un procedimiento laparoscópico. Es recomendado para grandes multíparas y para las personas que no deseen tener hijos, o que ya tienen y no desean tener más.

## VII. Anticonceptivos químicos

- Cremas/jaleas/tabletas/óvulos.
- Esponjas.

Las cremas/jaleas/tabletas/óvulos son agentes surfactantes que actúan por contacto.

Ventajas Por qué los adolescentes los prefieren:	Desventajas Por qué los adolescentes no los prefieren:
Fácil de usar. No requiere de intervención del médico.	Se requiere motivación para su uso previo a la relación. No protege contra las ITS. No protege contra el SIDA.

## VIII. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

Conocida también como la **píldora anticonceptiva de emergencia/píldora del día después/píldora poscoital**.

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) es un método que se utiliza en forma posterior a una relación sexual sin protección o cuando falló el método que se estaba usando, con el fin de evitar un embarazo. Es un método seguro, efectivo y simple de utilizar.

*Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo no deseado. Por eso se llama de emergencia.*

En caso de que el embarazo ya se haya producido, la AHE no lo interrumpe, es decir que no provoca un aborto. Si la mujer ya está embarazada, la AHE no afecta al embrión en formación.

Las principales **indicaciones** son:

- Aquella mujer que haya tenido una relación sexual no protegida.
- Ante un uso incorrecto o accidente con otro método anticonceptivo.
- Violación. Está incluida en los protocolos de violencia sexual.

Su principal mecanismo de acción está basado en impedir o retrasar la ovulación. Provo- ca también un espesamiento del moco del cuello del útero, lo que dificulta el ascenso del esperma a las trompas de Falopio, sitio donde se produce la fecundación.

Criterio de elegibilidad: 1 (no tiene contraindicaciones).

### Posología

El Levonorgestrel (LNG) debe tomarse lo antes posible, ya sea 1 comprimido de 0,75 mgr y a las 12 hs el otro o como única dosis 1,5 mgr.

*La efectividad va disminuyendo con el correr de las horas por eso se recomienda tomar las AHE lo antes posible después de la relación sexual sin protección anticonceptiva. El retraso de la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 hs.*

La eficacia del LNG se ha demostrado hasta las 72-120 hs. dependiendo del tiempo en que se demore la ingesta de la misma.

Si no contamos con LNG podremos utilizar el viejo método de Yuzpe: Etilnil Estradiol 0,1 mgr y Levonorgestrel 0,5 mgr. Repitiendo la dosis a las 12 hs. pero la intolerancia gástrica es peor aún.

Cuando se usan dentro de las 72 hs, la tasa estimada de embarazos es de:

	Yuzpe	LNG
Tasa de embarazo	3,2%	1,1 a 1,3%
Tasa de efectividad	57-75%	85%

En el estudio de la OMS, la tasa de embarazos fue 0,5% (2 de 386 mujeres) cuando el método se usó en las primeras 12 horas después de la relación, y aumentó a 4,1% (6 de 146 mujeres) cuando se usó entre 61 y 72 horas después de la relación. Por eso, en la mayoría de los embarazos que se evitan, el acto sexual ha precedido a la ovulación.

**Tabla 4. Tiempo vs efectividad (% de embarazos prevenidos)**

	< 24 hs.	25-48 hs.	49-72 hs.	Total
Yuzpe	77%	36%	31%	57%
LNG	95%	85%	58%	85%

**Tabla 5. Eficacia estimada de la AHE (embarazos que se evitarían según día de uso)**

LNG*	Yuzpe **
Día 1-3: 91-69%	día 1- 3: 72,8% (uso correcto) 66,5% (uso típico)
Día 4: 83%	día 4-5 77,2% (uso correcto) 54,6% (uso típico)
Día 5: 31%	

\* 3.757 usuarias sanas que la mayoría la usaron correctamente.

\*\* 812 usuarias: solo 116 tomaron la pastilla después de las 72 hs.

Si llegan a producirse vómitos anteriores a las dos horas se sugiere volver a tomar los comprimidos habiendo previamente ingerido una medicación para disminuir los mismos.

Algunos autores plantean el uso del LNG por vía vaginal, aún los datos no son concluyentes al respecto.

## D. Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud realizó dos reuniones con expertos celebradas en marzo de 1994 y mayo de 1995, creando las Recomendaciones publicadas en el año 1996. En la tercera edición participaron 36 expertos de 18 países. Este grupo estaba formado no solo por los expertos y agencias de planificación familiar sino también incluía clínicos, epidemiólogos, policy-markers y expertos en programas y en identificación de la evidencia.

La OMS crea los criterios de elegibilidad considerando:

- **La inclusión de las condiciones de salud relevantes.**
- **Evaluando las condiciones basadas en la evidencia científica.**
- **Incluyendo las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.**
- **Incluyendo los aspectos relacionados con los servicios necesarios.**

Los criterios de elegibilidad se basan en analizar diferentes etapas de la vida, enfermedades que el individuo puede atravesar y el lugar de atención.

Los criterios se dividen en 4 categorías, las dos primeras no observan riesgo para la utilización de ese método anticonceptivo, en las categorías 3 y 4 es preferible utilizar otro método. La 1 y 2 las puede manejar personal no médico.

Para ubicar a una persona en estas categorías es esencial realizar una completa y cuidadosa historia clínica.

La elegibilidad médica para cada método anticonceptivo, con excepción de la esterilización quirúrgica femenina y masculina (ligadura tubaria y vasectomía), se clasificó según las **cuatro categorías siguientes:**

Categoría	
1	una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Situaciones en las que se administra ACH a adolescentes menores de 16 años y categoría en que se encuentra la prescripción

Preparados combinados	<i>Categoría 1.</i>
Progestágenos solos	<i>Categoría 2.</i>
Inyectables: combinados o con	<i>Categoría 2.</i>
Progestinas solamente	<i>A partir de esta edad: Categoría 1.</i>
DIU	<i>Categoría 2 por riesgo de expulsión e infecciones.</i>

Categoría 4 en ACH para adolescentes	<p>Lactancia durante las primeras 4 semanas postparto.</p> <p>Hipertensión arterial severa (sistólica &gt;160 / diastólica &gt;100 mm Hg) o asociada a daño vascular.</p> <p>Historia o presencia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar</p> <p>Cirugía mayor con inmovilización prolongada.</p> <p>Cardiopatía isquémica. Accidente cerebro vascular. Cardiopatía valvular complicada.</p> <p>Migraña con signos neurológicos focales.</p> <p>Factores múltiples de riesgo cardiovascular.</p> <p>Diabetes con nefropatía o retinopatía o con enfermedad vascular o con más de 20 años de duración.</p> <p>Hepatitis viral activa.</p> <p>Tumores hepáticos benignos o malignos.</p> <p>Cirrosis hepática descompensada</p>
--------------------------------------	---

Ver *Anexo*.

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. El pedido de un método anticonceptivo por parte de un adolescente, es una consulta de urgencia a la que se debe dar respuesta en forma rápida, precisa y segura.

V  F

2. A partir de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en la Argentina se debe brindar asesoramiento a los adolescentes mayores de 14 años, si son menores de esa edad deberán estar acompañados por un adulto responsable.

V  F

3. La ACH suelen interferir en el crecimiento de las adolescentes.

V  F

4. Antes de la indicación de un método anticonceptivo hormonal es necesario realizar una anamnesis detallada de los antecedentes personales y familiares y control de la tensión arterial.

V  F

5. En el uso de ACH, el riesgo de embarazo aumenta con el número de pastillas olvidadas, y es mayor en la primera semana.

V  F

6. La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) no provoca aborto en caso de que el embarazo ya se haya producido.

V  F

## RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Enumere algunas circunstancias que pueden exponer a los adolescentes a situaciones de riesgo.

.....  
.....

2. ¿Cuáles son los efectos adversos más comunes de los ACH?

.....  
.....

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

3. ¿Cuáles son las principales indicaciones de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)?

---

---

## ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

1. **María**, de 15 años de edad solicita un método anticonceptivo (MAC)

Antecedentes personales: alcohol semanalmente. Cigarrillos en las fiestas 8-10/día.

Ejercicio fuera del colegio: No.

Antecedentes tocoginecológicos: Menarca: 13 años. Ritmo Menstrual: 5/25-30;

Dismenorrea: moderada.

IRS: Hace 6 meses. Frecuencia de relaciones sexuales: 1/semana.

MAC: No.

Gesta: 0. Partos: 0

Examen físico: Peso: 44 kilos. Talla: 1,53m. TA: 110/60.

Examen mamario: Normal.

Abdomen: Normal.

Examen genital: Escaso flujo vaginal de color blanco.

A) ¿Qué tipo de anticonceptivo le ofrecería?

---

---

B) Si piensa en ACH ¿Qué tipo de anticonceptivo hormonal le sugeriría?

---

---

C) ¿Si los preparados de 30  $\mu$ gr o más no son bien tolerados en ésta paciente y usted tuviera que formular un preparado de 20  $\mu$  de EE se lo daría?

---

---

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

**2. Paula** es acompañada por una amiga de la misma edad porque inició relaciones sexuales con su novio de 18 años hace 1 año. Quiere saber cómo cuidarse mejor. No está tranquila con el preservativo.

Paula, cursa 4º año del secundario, practica deportes (hockey). Sus padres están separados y vive con la mamá y 2 hermanos.

Antecedentes familiares: Madre: hipotiroidea. Padre: colesterol aumentado. Abuela materna: operada de cáncer de mama.

Antecedentes personales: fuma 15/día. Toma alcohol sólo los fines de semana en fiestas y bailes, a veces "me paso". Alimentación variada. Varicela, rubeola.

Antecedentes ginecológicos: Menarca: 12 años; RM: 4/30; Dismenorrea leve, no medicación; MAC: preservativo. Frecuencia de relaciones 2 a 3 veces/semana; FUM: hace 15 días. Número de parejas sexuales: 3. Pareja actual: Juan. G:0 A:0.

Examen físico: normal. Talla: 167cm. Peso: 58 kg. IMC: 20.86. TA.100/60 mm Hg. Palpación tiroidea normal.

Examen ginecológico: Distribución pilosa acorde a sexo y edad. Genitales externos normales, vagina elástica; fondos de saco libres e indoloros; cuello posterior, de características normales; útero AVF, de características normales; anexos no se tactan. Examen mamario normal.

**A)** ¿Qué método anticonceptivo podemos ofrecerle a Paula para que este más tranquila?

1. Anticoncepción hormonal con 30 EE + preservativo.
2. Preservativo + AHE.
3. DIU + perservativo.
4. Todas son correctas.

**B)** ¿Cuál o cuáles serían de primera elección en esta paciente?

1. Anticoncepción hormonal con 30 EE + gestágeno y preservativo.
2. Preservativo + anticoncepción hormonal de emergencia.
3. DIU + preservativo.
4. 1 y 2 son correctas.

**C)** ¿Qué estudios se deben solicitar a Paula para la indicación de un anticonceptivo hormonal?

.....

.....

## EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

D) Paula comienza a tomar ACO con drospirinona y EE 30mg y concurre al control, diciendo que no los tolera que le producen náuseas y dolor de cabeza. ¿Qué otro método le puede recomendar?

---

---

E) Paula refiere que no quiere tomar hormonas y que hablando con su mamá decidió que quiere ponerse un DIU. ¿Qué contraindicaciones tendría Paula para la colocación de un DIU?

---

---

3. Lo llama por teléfono **Candela**, su paciente de 15 años. Le comenta que esta semana empezó a tomar las pastillas que usted le indicó y hoy se dio cuenta que se olvidó de tomarlas dos días.

¿Qué conducta asume?

---

---

4. Viene a la guardia **Sofía**, le comenta que está tomando ACH pero que se dio cuenta que se olvidó de tomar la del día de ayer (día 13) porque aún está en el blíster. ¿Qué indicación le da a Sofía?

---

---

5. Lo consulta Ramona, la mamá de **Carmen**, una adolescente con discapacidad mental ya que está preocupada por cuidar a la nena de "posibles accidentes". Además de la consejería a la mamá y a Carmen, en relación a los MAC ¿cuál es la indicación más adecuada y por qué?

---

---

## CONCLUSIONES

Cuando un/a adolescente se acerca a un profesional de la salud puede hacerlo desde la prevención, buscando información, asesoramiento, ante una duda o problema. Espera del equipo de salud una respuesta, un acompañamiento. La consulta en anticoncepción es una consulta de urgencia y como tal debe darse una respuesta. Si el objetivo es trabajar sobre factores protectores este punto es crucial, insoslayable. El pediatra tiene un importante rol ya que es el único que tiene contacto con la familia y los/las adolescentes.

Los enfoques con sensibilidad social y cultural son los que nos permiten el trabajo a nivel comunitario, afianzando los lazos, interactuando con los valores, creencias, tradiciones y estructuras sociales.

*El riesgo teórico de un método anticonceptivo siempre será menor frente a la posibilidad de un embarazo no buscado.*

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Manual de Ginecología Infanto juvenil. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Editorial Ascune SA; 2002.
- Anticoncepción del Siglo XXI. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Editorial Ascune SA, 2006.
- Pasqualini D, Llorens A. Salud y Bienestar de los adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. OPS/OMS - Facultad de Medicina//Universidad de Buenos Aires. Agosto 2010. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/elAdolescenteysusvinculos.pdf>
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3a ed. Ginebra: OMS, 2005. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562665.pdf> (Acceso 1 de julio 2010).  
-. [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia\\_de\\_metodos\\_anticonceptivos.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf)
- Ellerston C y col. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003,101:1168-71.
- Croxatto H. Anticoncepción de emergencia. Tratado Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Edit. Ascune Hnos. 1º Ed. 2005: 460-74.

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## CLAVE DE RESPUESTAS

### IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Verdadero.
2. Falso. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de **catorce** (14) años.
3. Falso. Los anticonceptivos hormonales utilizados no interfieren en el crecimiento.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.

### RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Dificultades que colocan al/la adolescente en situaciones de riesgo:
  - Educación sexual deficiente.
  - Inicio temprano de las relaciones sexuales.
  - Cambios de pareja, duración breve de la misma (monogamia sucesiva).
  - Deficiente utilización de métodos anticonceptivos.
  - Mensajes contradictorios del mundo adulto.
  - Dificultades en la percepción de riesgo.
  - Consumo de alcohol y drogas.
  - Sentimiento de invulnerabilidad (no tienen integrada la noción de riesgo).
  - Dificultades para asumir responsabilidades.
2. Los efectos adversos más comunes de los ACH son: Cefaleas. Mareos. Náuseas. Mastalgia. Cambios de peso. Cambios de humor. Otros cambios físicos posibles: Incremento de unos pocos puntos en la presión arterial (mm Hg). Los efectos colaterales no son signos de enfermedad. Suelen ser pasajeros y la mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar ACH.
3. Las principales indicaciones de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE): mujer que haya tenido una relación sexual no protegida. Ante un uso incorrecto o accidente con otro método anticonceptivo. Violación: está incluida en los protocolos de violencia sexual.

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

### 1. María

- A) Todos haciendo especial hincapié en el uso del preservativo y anticoncepción hormonal de emergencia si lo necesita o preservativo y anticoncepción hormonal.
- B) Preferiría los de 30ugr de Etinil estradiol (EE) porque aún no alcanzo el pico de masa ósea.
- C) Sí. El riesgo de un embarazo en la adolescencia puede ser mayor, que el riesgo de utilizar preparados de muy bajas dosis.

Las complicaciones maternas en el embarazo como la preeclampsia o las fetales como la prematuridad son más riesgosas que el uso de método hormonal.

Es frecuente que la adolescente que se embaraza tenga una nutrición inadecuada, o pocos hábitos saludables.

### 2. Paula

- A) 4. Podemos ofrecerle cualquier método.
- B) 4. El DIU si bien es una opción correcta no se indica de 1ª elección.
- C) No es necesario indicar ningún estudio.
- D) Podemos recomendarle a Paula: Preservativo + AHE o DIU + preservativo.
- E) No tiene ninguna contraindicación.

D.I.U.: Criterios de elegibilidad:

Categoría II de la O.M.S. (se puede utilizar):

Antec. de E.P.I. sin embarazo posterior. Bajo riesgo de ITS.

Menos de 48 horas de puerperio.

Nulípara o edad menor o igual a 20 años.

Hipermenorreas sin signos de anemia, endometriosis.

Dismenorrea intensa, anemia ferropénica.

Miomatosis, estrechez o desgarros cervicales u otra anomalía que no distorsione la cavidad uterina.

Anemia drepanocítica, talasemia.

Enfermedad cardíaca valvular sin complicaciones. ATB profiláctica (Idem categoría I).

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## 3. Candela.

Que tome la última pastilla olvidada y tome anticoncepción de emergencia (AHE).

Que utilice preservativo durante los 7 días posteriores.

4. **Sofía.** Debe tomar la pildora olvidada inmediatamente, aunque signifique tomar dos comprimidos juntos. La eficacia anticonceptiva no se altera y no es necesario utilizar otro método anticonceptivo.

5. **Carmen.** Lo más conveniente es la anticoncepción inyectable, en una aplicación mensual. También en adolescentes con discapacidad mental, en quienes no se puede confiar en el uso de otro método, se podría contemplar la colocación de un DIU, aun no habiendo iniciado relaciones sexuales.

# **Anexo 1**

## **Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**



# CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

## actualización 2008

### RESUMEN EJECUTIVO

En el documento *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, uno de los cuatro pilares de la guía para la planificación familiar basada en la evidencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se proponen recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a quién puede usar métodos anticonceptivos en forma segura. El objetivo de esta guía es que los responsables de la formulación de políticas y de la toma de decisiones, los directores de programas y la comunidad científica la utilicen en la preparación de programas nacionales de planificación familiar o salud sexual y reproductiva para el suministro de anticonceptivos. La primera edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* se publicó en 1996; las ediciones subsiguientes se publicaron en 2000 y en 2004.

Del 1 al 4 de abril de 2008, la OMS organizó una reunión del Grupo de Trabajo experto en el tema en Ginebra, Suiza, para modificar la tercera edición en respuesta a la evidencia recientemente publicada y para aportar recomendaciones sobre condiciones médicas adicionales. La reunión congregó a 43 participantes de 23 países, entre ellos/as nueve representantes de agencias. El Grupo de Trabajo experto estaba formado por expertas/os internacionales en planificación familiar, entre los que se contaban médicas/os, epidemiólogas/os, responsables de formulación de políticas, directoras/es de programas, expertas/os en la identificación y síntesis de evidencia; expertas/os en farmacología y usuarias/os de la guía. Se pidió a todos los integrantes del Grupo de Trabajo que declararan conflictos de intereses, si los había. Tres de ellos declararon tener conflictos de intereses relacionados con el tema de la reunión. No se les solicitó que se retiraran de la formulación de recomendaciones.

### MÉTODO DE TRABAJO

La OMS identificó las recomendaciones de la tercera edición para las que se contaba con evidencia nueva a través de un sistema que la identifica en forma continua (el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación o CIRE [por sus siglas en inglés], [www.infoforhealth.org/cire/cire\\_pub.pl](http://www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl)).<sup>1</sup> Posteriormente se realizaron revisiones sistemáticas para evaluar la totalidad de la evidencia para estas recomendaciones. La búsqueda exhaustiva en PubMed y en *The Cochrane Library* desde 1966 hasta enero de 2008 y el uso del sistema CIRE facilitaron la identificación de los estudios para realizar las revisiones sistemáticas. En la búsqueda también se incluyeron revisiones de las listas de referencia en los artículos identificados en la búsqueda bibliográfica y el contacto con expertos en el área. El Grupo de Trabajo experto recibió las revisiones sistemáticas antes de la reunión y fueron la base de las deliberaciones del Grupo durante la reunión. El Grupo estableció las recomendaciones mediante el consenso.

El Grupo de Trabajo experto formuló 251 recomendaciones nuevas para la 4ª edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Como resultado de las deliberaciones del grupo, la 4ª edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* incluirá el lupus eritematoso sistémico (LES) y se agregarán 12 subcondiciones nuevas a las que ya figuraban en la 3ª edición. Las 12 subcondiciones son obesidad en menores de 18 años, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (TVP/EP) y el tratamiento con

<sup>1</sup> Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: a new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; 28:483-490.



anticoagulantes; hepatitis viral aguda o exacerbación de la hepatitis viral; hiperplasia nodular focal del hígado; tres clases de terapias antirretrovirales (inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa [INTR], inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa [INNTR], inhibidores de la proteasa [IP] reforzados con ritonavir); Lamotrigina (anticonvulsivo) y cuatro clases de antimicrobianos (antibióticos de amplio espectro, antifúngicos, antiparasitario y rifabutina con rifampicina).

## CÓMO UTILIZAR ESTE RESUMEN

Este documento presenta una tabla para siete grupos de métodos anticonceptivos y resume: 1) los cambios en las clasificaciones médicas de elegibilidad para las recomendaciones incluidas en la tercera edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*; 2) condiciones cuya definición se modificó; y 3) recomendaciones para las condiciones o subcondiciones recientemente agregadas. Entre los métodos anticonceptivos se incluyen: los anticonceptivos orales combinados (AOC), el parche anticonceptivo combinado (PAC) y el anillo vaginal combinado (AVC); los anticonceptivos inyectables combinados (AIC); los anticonceptivos orales de progestina sola (AOPS); el acetato de medroxiprogesterona de depósito inyectable (AMPD) y el enantato de noretisterona inyectable (EN-NET); los implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG); los dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu) y los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG). Además, en el texto a continuación de la tabla se describen los cambios en la clasificación para los métodos de barrera y la esterilización quirúrgica femenina.

El Grupo de Trabajo experto consideró los criterios médicos para el inicio y la continuación del uso de estos métodos; cuando el Grupo determinó diferentes categorías de criterios de elegibilidad para el inicio y la continuación, esas diferencias se marcan en las columnas “I =Inicio” y “C=Continuación”. Cuando I y C no se indican, significa que la categoría es la misma para el inicio y la continuación.

La elegibilidad médica para cada método anticonceptivo, con excepción de la esterilización quirúrgica femenina y masculina, se clasificó según las cuatro categorías siguientes:

- 1 = una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo;
- 2 = una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados;
- 3 = una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método;
- 4 = una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

En los casos en que el Grupo de Trabajo determinó que era necesaria una guía adicional para una recomendación, el Grupo de Trabajo proporcionó una “aclaración” para la categoría asignada. Cuando los recursos para el criterio clínico son limitados, el marco de clasificación de cuatro categorías se puede simplificar a dos categorías. Con esta simplificación, la clasificación en una categoría 1 o 2 indica que una mujer es elegible según criterios médicos para usar el método. La clasificación en categoría 3 o 4 indica que una mujer no es elegible según criterios médicos para usar este método.

Las recomendaciones para la esterilización quirúrgica se definen según las cuatro categorías siguientes:

- A (Aceptar) = No hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.
- C (Cuidado) = El procedimiento normalmente se realiza en facilidades de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.

- R (Retrasar) = El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.
- E (Especial) = El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Se deben ofrecer métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al paciente o si hay cualquier otro retraso.

Los cambios están resaltados en negrita en la tabla y enumerados para los métodos de barrera y de esterilización quirúrgica. Las recomendaciones nuevas y actualizadas se publicarán en la 4ª edición de la guía. Para obtener la totalidad del texto de cada una de estas recomendaciones, consulte la 3ª edición de la guía (en <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>).

Se espera que las recomendaciones en la 4ª edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* tengan vigencia hasta 2011. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones de la OMS con sede en Ginebra será responsable de comenzar la revisión de la guía en esa fecha.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos  
actualización de 2008

Resumen de los cambios desde la tercera edición de <i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> (Los cambios están resaltados en negrita)								
CONDICIÓN	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU- Cu	DIU- LNG	ACLARACIÓN
<b>I = Inicio, C = Continuación, LM = Lactancia materna</b>								
<b>POSPARTO</b> (mujeres que están o que no están amamantando, incluidas las que tuvieron una cesárea)								
a) < 48 horas <b>incluida la inserción inmediatamente después de la expulsión de la placenta</b>						<b>1</b>	<b>1=sin LM, 3=LM</b>	
b) ≥ 48 horas a <4 semanas						3	3	
c) ≥ 4 semanas						1	1	
d) Septicemia puerperal						4	4	
<b>OBESIDAD</b>	2	2	1	1	1	1	1	
a) Índice de masa corporal(IMC) ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>								
<b>b) Menarca a &lt; 18 años e índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m<sup>2</sup></b>	2	2	1	<b>AMPD=2 EN-NET=1*</b>	1	1	1	No hay evidencia de un aumento de peso diferencial entre las adolescentes con peso normal y con sobrepeso que usan EN-NET; esta condición se clasifica como Categoría 1. Sin embargo, si la condición está presente a una edad < 18 años se clasifica como Categoría 2 debido a la evidencia sobre los efectos probables de EN-NET en la densidad mineral ósea. (Consulte Edad en la que aparece la condición).
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP)</b>								
a) Antecedentes de TVP/EP	4	4	2	2	2	1	2	
b) TVP/EP <b>agudas</b>	4	4	3	3	3	1	3	
<b>c) TVP/EP y recibe tratamiento anticoagulante</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
d) Antecedentes familiares (familiares de primer grado)	2	2	1	1	1	1	1	
e) Cirugía mayor								
(i) Con inmovilización prolongada	4	4	2	2	2	1	2	
(ii) Sin inmovilización prolongada	2	2	1	1	1	1	1	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1	

\* Consulte la columna Aclaración para esta clasificación

Crterios mdicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos  
 actualizaci3n de 2008

Resumen de los cambios desde la tercera edici3n de <i>Crterios mdicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> (Los cambios est1n resaltados en negrita)									
CONDICI3N	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG	ACLARACI3N	
<b>I = Inicio, C = Continuaci3n, LM = Lactancia materna</b>									
<b>ENFERMEDADES REUM1TICAS</b>									
<b>LUPUS ERITEMATOSO SIST1MICO (LES)</b>									
Las personas con LES tienen un riesgo mayor de sufrir cardiopat1a isqu1mica, accidente cerebrovascular y tromboembolia venosa. Las categor1as asignadas a estos trastornos en esta gui1 deber1an ser iguales para las mujeres con LES que sufren estas condiciones. Para todas las categor1as de LES, las clasificaciones se basan en la suposici3n de que no hay otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse en presencia de dichos factores de riesgo.									
a) Anticuerpos antifosfol1pidos positivos (o desconocidos)	4	4	3	3	3	1	1	3	Lupus eritematoso sist1mico y trombocitopenia severa para los DIU: la trombocitopenia severa aumenta el riesgo de hemorragia. La categor1a deber1a evaluarse seg1n la severidad de la trombocitopenia y sus manifestaciones cl1nicas. En mujeres con trombocitopenia muy severa que tienen riesgo de sufrir una hemorragia espont1nea, es probable que se justifique consultar a un especialista y administrar determinados tratamientos previos.
b) Trombocitopenia severa	2	2	2	3	2	3*	2*	2*	
c) Tratamiento inmunosupresor	2	2	2	2	2	2	1	2	
d) Ninguna de las opciones anteriores	2	2	2	2	2	1	1	2	
<b>ENFERMEDAD TROFOBL1STICA GESTACIONAL</b>									
a) Niveles reducidos o indetectables de $\beta$ -hCG	1	1	1	1	1	3	3		
b) Niveles persistentemente elevados de $\beta$ -hCG o enfermedad maligna	1	1	1	1	1	4	4		
<b>HEPATITIS VIRAL</b>									
a) Aguda o exacerbaci3n	3/4*	2	3	2	1	1	1	1	Hepatitis viral, aguda o exacerbaci3n: la categor1a debe evaluarse de acuerdo con la severidad de la condici3n.
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	
c) Cr3nica	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>CIRROSIS</b>									
a) Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1	1	
b) Grave (descompensada)	4	3	3	3	3	1	3		

\* Consulte la columna Aclaraci3n para esta clasificaci3n.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos  
actualización de 2008

Resumen de los cambios desde la tercera edición de <i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> (Los cambios están resaltados en negra)									
CONDICIÓN	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG	ACLARACIÓN	
<b>I = Inicio, C = Continuación, LM = Lactancia materna</b>									
<b>TUMORES HEPÁTICOS</b>									
a) Benigno	2	2	2	2	2	1	2		
i) Hiperplasia nodular focal									
ii) Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	3	1	3		
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	3	3	3	1	3		
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS</b>									
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL						I	C	I	C
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR)	1*	1	1	AMPD=1 EN-NET=1	1	2/3*	2*	2/3*	2*
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)	2*	2*	2*	AMPD=1 EN-NET=2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3*	3*	3*	AMPD=1 EN-NET=2*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
<p>Terapia antirretroviral y anticoncepción hormonal: los antirretrovirales pueden disminuir o aumentar la biodisponibilidad de las hormonas esteroides en los anticonceptivos hormonales. Hay escasa información que sugiere probables interacciones farmacológicas entre muchos antirretrovirales (especialmente algunos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa y los inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir) y los anticonceptivos orales. Estas interacciones pueden alterar la seguridad y eficacia del anticonceptivo hormonal y el antirretroviral. Por lo tanto, si una mujer que está en tratamiento antirretroviral, decide iniciar o continuar el tratamiento con anticonceptivos hormonales, se recomienda el uso sistemático de condones. El objetivo es prevenir la transmisión del VIH y compensar cualquier reducción posible en la eficacia del anticonceptivo hormonal. Si se opta por un anticonceptivo oral combinado, se debe usar una preparación que contenga un mínimo de 30 µg EE.</p> <p>La terapia antirretroviral y los DIU: se desconoce la interacción entre la terapia antirretroviral y el uso del DIU. No obstante, el SIDA como condición se clasifica como Categoría 3 para la inserción y Categoría 2 para la continuación a menos que la mujer esté clínicamente bien con la terapia antirretroviral en cuyo caso, tanto la inserción como la continuación en el uso se clasifican como Categoría 2 (Consulte SIDA).</p>									

\* Consulte la columna Aclaración para esta clasificación.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos  
 actualización de 2008

Resumen de los cambios desde la tercera edición de <i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> (Los cambios están resaltados en negrita)								
CONDICIÓN	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG	ACLARACIÓN
<b>I = Inicio, C = Continuación, LM = Lactancia materna</b>								
<b>TRATAMIENTO CON ANTICONVULSIVOS</b>								
a) Determinados anticonvulsivos (fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamacepina)	3*	2	3*	<b>AMPD=1 EN- NET=2*</b>	<b>2*</b>	1	1	<p>Determinados anticonvulsivos y anticonceptivos hormonales combinados: aunque la interacción de determinados anticonvulsivos con los anticonceptivos orales combinados, el parche y el anillo vaginal no produce daño a las mujeres, es probable que reduzca su eficacia. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres que son usuarias crónicas de algunos de estos fármacos. Si se opta por un anticonceptivo oral combinado, se debe usar una preparación que contenga un mínimo de 30 µg EE.</p> <p>Determinados anticonvulsivos y anticonceptivos solo con progestágenos: aunque la interacción de determinados anticonvulsivos con píldoras de progestina sola, con inyectables de EN-NET o con implantes de LNG/ETG no produce daño a las mujeres, es probable que reduzca su eficacia. Todavía se desconoce si al aumentar la dosis de hormonas en las píldoras de progestina se reducirá la eficacia. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres que son usuarias crónicas de algunos de estos fármacos. El uso de AMPD es Categoría 1 porque el tratamiento con determinados anticonvulsivos no afecta su eficacia.</p>
b) Lamotrigina	3*	3	1	1	1	1	1	<p>La recomendación para lamotrigina se aplica sólo a las situaciones en las que la monoterapia de lamotrigina se toma junto con los AOC. Los tratamientos anticonvulsivos que combinan lamotrigina y antiepilépticos no enzimáticos inductores (como el valproato de sodio) no interactúan con los AOC.</p>

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos  
actualización de 2008

Resumen de los cambios desde la tercera edición de <i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> (Los cambios están resaltados en negra)								
CONDICIÓN	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG	ACLARACIÓN
<b>I = Inicio, C = Continuación, LM = Lactancia materna</b>								
<b>TERAPIA ANTIMICROBIANA</b>								
a) Antibióticos de amplio espectro	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>b) Antifúngicos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>c) Antiparasitarios</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
d) Terapia con rifampicina o rifabutina	3*	2	3*	<b>AMPD=1 EN- NET=2*</b>	<b>2*</b>	1	1	<p>Terapia con rifampicina o rifabutina y anticoncepción hormonal combinada: Aunque la interacción de la rifampicina o la rifabutina con los anticonceptivos orales combinados, el parche y el anillo vaginal no es peligrosa para las mujeres, es probable que reduzca su eficacia. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en usuarias crónicas de algunos de estos fármacos. Si se opta por un anticonceptivo oral combinado, se debe usar una preparación que contenga un mínimo de 30 µg EE.</p> <p>Terapia con rifampicina o rifabutina y anticoncepción con progestágeno solo: Aunque la interacción de la rifampicina o la rifabutina con píldoras de progestina sola, con inyectables de EN-NET o con implantes de LNG/ETG no produce daño a las mujeres, es probable que reduzca su eficacia. Todavía se desconoce si el aumento de la dosis de hormonas en las píldoras de progestina disipa esta preocupación. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres que son usuarias crónicas de algunos de estos fármacos. El uso de AMPD es Categoría 1 debido a que es improbable que el tratamiento con rifampicina o rifabutina afecte su eficacia.</p>

\* Consulte la columna Aclaración para esta clasificación.

## Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos actualización de 2008

### **MÉTODOS DE BARRERA**

Para las condiciones de “menarca a < 18 años e índice de masa corporal de  $\geq 30\text{kg/m}^2$ ”, “TVP/EP y terapia anticoagulante establecida”, “lupus eritematoso sistémico”, “terapia con lamotrigina”, “hiperplasia nodular focal”, “hepatitis viral aguda o exacerbación” y “hepatitis crónica”, los métodos de barrera se clasifican como Categoría 1.

Para la condición “riesgo alto de VIH”, el diafragma (con espermicida) corresponde a la Categoría 4.

Para las condiciones de “infección por VIH” y “SIDA”, los espermicidas son Categoría 3.

Para la condición “terapia antirretroviral”, los espermicidas y el diafragma (con espermicida) son Categoría 3, con la siguiente aclaración: no existe una interacción farmacológica conocida entre la terapia ARV y el uso de un método de barrera. Sin embargo, la “infección por VIH” y el “SIDA” como condiciones se clasifican como Categoría 3 para los espermicidas y diafragmas. (Ver SIDA arriba).

### **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA**

La condición “TVP/EP y terapia anticoagulante establecida” se agregó para la esterilización quirúrgica femenina y corresponde a la Categoría E.

Las condiciones “lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o estado desconocido)”, “lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia grave” y “lupus eritematoso sistémico en tratamiento inmunosupresor” se agregaron a esterilización quirúrgica femenina y corresponden a la Categoría E. La condición “lupus eritematoso sistémico sin ninguna de las complicaciones arriba mencionadas” se agregó a esterilización quirúrgica femenina y es Categoría C.

Las condiciones “hepatitis viral crónica” e “hiperplasia nodular focal” se agregaron a esterilización quirúrgica femenina y son Categoría A.

Para la condición “cirrosis leve (compensada)”, la esterilización quirúrgica femenina es Categoría A.

## Obesidad

1. Bonny AE, Ziegler J, Harvey R, Debanne SM, Secic M, Cromer BA. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2006; 160:40–45.
2. Clark MK, Dillon JS, Sowers M, Nichols S. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *International Journal of Obesity (London)*, 2005; 29:1252–1258.
3. Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*, 2004; 70:269–275.
4. Kozłowski KJ, Rickert VI, Hendon A, Davis P. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *Journal of Adolescent Health*, 1995; 16:373–378.
5. Risser WL, Geffter LR, Barratt MS, Risser JM. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health*, 1999; 24:433–436.
6. Westhoff C, Jain JK, Milsom I, Ray A. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*, 2007; 75:261–267.

## Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar/terapia anticoagulante

7. Organisation mondiale de la Santé. Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998; 57:315–324.
8. Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T, Garb E. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999; 4:67–73.
9. Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999; 354:1610–1611.
10. Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B, Dokmeci F, Cengiz SD. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2005; 10:9–14.
11. Kingman CE, Kadir RA, Lee CA, Economides DL. The use of levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004; 111:1425–1428.
12. Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA, Hunt BJ. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*, 2006; 15:877–880.
13. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with haemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005; 193:1361–1363.

## Lupus eritematoso sistémico

14. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004; 43:1386–1389.
15. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004; 43:1178–1181.
16. Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyarkarn K, Nantiruj K, Sumenthikul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2007; 27:345–351.
17. Chopra N, Koren S, Greer WL, Fortin PR, Rauch J, Fortin J, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002; 29:1683–1688.
18. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991; 20:427–433.
19. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993; 32:227–230.
20. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttent F, Tron F, LeSavre P, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982; 25:618–623.
21. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993; 52:720–724.
22. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladmann DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992; 51:56–60.
23. Mintz G, Gutierrez G, Deleze M, Rodriguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984; 30:29–38.
24. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Research*, 1995; 8:137–145.
25. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, Grossman J, Hahn BH, Sammaritano LR, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005; 353:2550–2558.
26. Ramsey-Goldman R, Dunn JE, Huang CF, Dunlop D, Rairie JE, Fitzgerald S, et al. Frequency of fractures in women with systemic lupus erythematosus: comparison with United States population data. *Arthritis and Rheumatism*, 1999; 42:882–890.
27. Sánchez-Guerrero J, Uribe AG, Jiménez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005; 353:2539–2549.

# Crerios mcdicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos actualizaci3n de 2008

## Hepatitis viral y cirrosis

28. Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM, Thursby MW. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *Journal of the American Medical Association*, 1975; 233:979–980.
29. Di Martino V, Lebray P, Myers RP, Pannier E, Paradis V, Charlotte F, et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: Long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology*, 2004; 40:1426–1433.
30. Libbrecht L, Craninx M, Nevens F, Desmet V, Roskams T. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology*, 2001; 39:66–73.
31. Peishan W, Zemin L, Jinlan T, Weili X, Xuewen M, Fengge M. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2000; 9:245–246.
32. Shaaban MM, Hammad WA, Fathalla MF, Ghaneimah SA, El-Sharkawy MM, Salim TH, et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with past viral hepatitis. *Contraception*, 1982; 26:65–74.
33. Eisalo A, Konttinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *British Medical Journal* 1971; 3:561–562.

## Tumores hepáticos

34. Mathieu D, Kobeiter H, Maison P, Rahmouni A, Cherqui D, Zafrani ES, et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000; 118:560–564.
35. D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G, Rocher L, Belghiti J, Erlinger S, et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2001; 25:1008–1010.

## Terapia antirretroviral

36. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y, Coombs RW, Bardequez A, Thevanayagam L, et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS*, 2006; 20:1833–1841.
37. Vourvahis M, Kashuba AD. Mechanisms of pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interactions associated with ritonavir-enhanced tipranavir. [Review] [211 refs]. *Pharmacotherapy*, 2007; 27:888–909.
38. Danel C, Moh R, Anzian A, Abo Y, Chenal H, Guehi C, et al. Tolerance and acceptability of an efavirenz-based regimen in 740 adults (predominantly women) in West Africa. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2006; 42:29–35.
39. Clark RA, Theall K. Population-based study evaluating association between selected antiretroviral therapies and potential oral contraceptive failure. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004; 37:1219–1220.
40. Schöller-Gyüre M, Debroye C, Aharchi F, Woodfall B, Peeters MVK, Hoetelmans R. No clinically relevant effect of TMC125 on the pharmacokinetics of oral contraceptives. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV infection, November 12–16, 2006, Glasgow, UK.
41. Kearney BP, Isaacson E, Sayre J, Cheng AK. Tenofovir DF and Oral Contraceptives: Lack of a pharmacokinetic drug interaction. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1618. September 14–17, 2003, Chicago, IL.

42. Abel S, Whitlock L, Ridgway C, Saifulanwar A, Bakhtyari A, Russell D. Effect of UK-427,857 on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids, and the pharmacokinetics of UK-427,857 in healthy young women. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. September 14–17, 2003, Chicago, IL.
43. Joshi AS, Fiske WD, Benedek IH, White SJ, Joseph JL, Kornhauser DM. Lack of a pharmacokinetic interaction between efavirenz (DMP 266) and ethinyl estradiol in healthy female volunteers. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Abstract 348. February 1–5, 1998, Chicago, IL.
44. Chu JH, Gange SJ, Anastos K, Minkoff H, Cejtin H, Bacon M, et al. Hormonal contraceptive use and the effectiveness of highly active antiretroviral therapy. *American Journal of Epidemiology*, 2005; 161:881–890.
45. Frohlich M, Burhenne J, Martin-Facklam M, Weiss J, von Wolff M, Strowitzki T, et al. Oral contraception does not alter single dose saquinavir pharmacokinetics in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2004; 57:244–252.
46. Sinicco A, Raiteri R, Rossati A, Savarino A, Di Perri G. Efavirenz interference in estradiol ELISA assay. *Clinical Chemistry*, 2000; 46:734–735.
47. Muro E, Droste JA, Hofstede HT, Bosch M, Dolmans W, Burger DM. Nevirapine plasma concentrations are still detectable after more than 2 weeks in the majority of women receiving single-dose nevirapine: implications for intervention studies. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005; 39:419–420.
48. Burger D, van der Heiden I, la Porte C, van der Ende M, Groeneveld P, Richter C, et al. Interpatient variability in the pharmacokinetics of the HIV non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor efavirenz: the effect of gender, race, and CYP2B6 polymorphism. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2006; 61:148–154.
49. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertility & Sterility*, 2008; 90: 965–971.
50. Cohn SE, Park JG, Watts DH, Stek A, Hitti J, Clax PA, et al. Depot-medroxyprogesterone in Women on Antiretroviral Therapy: Effective contraception and lack of clinically significant interactions. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2007; 81:222–227.
51. Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women. *Contraception*, 2007; 75:37–39.
52. Matiluko AA, Soundararajan L, Hogston P. Early contraceptive failure of Implanon in an HIV-seropositive patient on triple antiretroviral therapy with zidovudine, lamivudine and efavirenz. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 2007; 33:277–278.
53. Zhang H, Cui D, Wang B, Han YH, Balimane P, Yang Z, et al. Pharmacokinetic drug interactions involving 17alpha-ethinylestradiol: a new look at an old drug. *Clinical Pharmacokinetics*, 2007; 46:133–157.
54. Watts DH, Park J-G, Cohn SE, Yu S, Hitti J, Stek A, et al. Safety and tolerability of depot medroxyprogesterone acetate among HIV-infected women on antiretroviral therapy: ACTG A5093. *Contraception*, 2008; 77:84–90.
55. Heikinheimo O, Lehtovirta P, Suni J, Paavonen J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women-effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction*, 2006; 21:2857–61.
56. GlaxoSmithKline. Fosamprenavir prescribing information, 2007.

57. Glaxo Smith Kline. Study APV10020. A Phase I, open label, two period, single-sequence, drug-drug interaction study comparing steady-state plasma ethinyl estradiol and norethisterone pharmacokinetics following administration of brevinor for 21 Days with and without fosamprenavir 700 mg Twice Daily (BID) and Ritonavir 100 mg BID for 21 Days in Healthy Adult Female Subjects [Web Page]. Available at <http://ctr.gsk.co.uk/Summary/fosamprenavir/studylist.asp>. (Accessed 12 January 2008).
58. Boehringer Ingelheim. Tipranavir prescribing information, 2006.
59. FDA Medical Reviewer. Aptivus (Tipranavir) Capsules. Application No.: 021814. Medical Review [Web Page]. Available at [http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2005/21814\\_000\\_Aptivus\\_medr2.pdf](http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2005/21814_000_Aptivus_medr2.pdf).

#### Terapia anticonvulsiva

60. Christensen J, Petrenaite V, Atterman J, Sidenius P, Ohman I, Tomson T, et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*, 2007; 48:484-489.
  61. Contin M, Albani F, Ambrosetto G, Avoni P, Bisulli F, Riva R, et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2006; 47:1573-1575.
  62. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005; 46:1414-1417.
  63. Sabers A, Ohman I, Christensen J, Tomson T. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*, 2003; 61:570-571.
  64. Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsy. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 2006; 273:255-256.
  65. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002; 28:78-80.
- #### Terapia antimicrobiana
66. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, 2002; 28:78-80.
  67. Trapnell CB, Connolly M, Pentikis H, Forbes WP, Bettenhausen DK. Absence of effect of oral rifaximin on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol/norgestimate in healthy females. *Annals of Pharmacotherapy*, 2007; 41:222-228.
  68. Chen YX, Cabana B, Kivel N, Pieniaszek H, Gilman S, Michaelis A. Lack of effect of rifalazil on ethinyl estradiol pharmacokinetics in healthy postmenopausal women. *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 2007; 45:418-422.
  69. Bacon L, Mina M. Unintended pregnancies with Implanon. [comment]. *Contraception*, 2006; 73:111; author reply 111-112.
  70. Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM, Dieben TO. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication. *Contraception*, 2004; 69:129-132.
  71. Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*, 2002; 2:6.
  72. Wanwimolruk S, Kaewwichit S, Tanthayaphinant O, Suwannarach C, Oranratnachai A. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1991; 31:179-181.
  73. McGready R, Stepniewska K, Seaton E, Cho T, Cho D, Ginsberg A, et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2003; 59:553-557.
  74. Archer JS, Archer DF. Oral contraceptive efficacy and antibiotic interaction: a myth debunked. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2002; 46:917-923.
  75. Fotherby K. Interactions with oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990; 163:2153-2159.
  76. Karbwang J, Looareesuwan S, Back DJ, Migasana S, Bunnag D, Breckenridge AM. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sant*, 1988; 66:763-767.

**Conflictos de inter**: Dr. A. Glasier: Trabaja en una clnica que recibe fondos de investigacin de cuatro empresas que elaboran diversos productos anticonceptivos. Dr J. Shelton: Es accionista de una empresa farmacutica que fabrica tratamientos antirretrovirales. Dra E. Weisberg: Recibe financiamiento para realizar investigaciones sobre anticonceptivos de cuatro fabricantes de anticonceptivos. Es miembro de la junta asesora de un fabricante de la vacuna antiviral del papiloma humano y de la junta asesora para la educacin sobre anticonceptivos fundada por un fabricante de anticonceptivos.

**Para más información se pueden poner en contacto con:**

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas  
Organización Mundial de la Salud  
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza  
E-mail: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)  
Sitio web: [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)



© Organización Mundial de la Salud 2009. Se reservan todos los derechos.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta tirada de 7.400 ejemplares se terminó de imprimir en enero de 2011 en

**IDEOGRAFICA**  
SERVICIOS EDITORIALES

(1038) Perón 935, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina