

Simposio Aspectos en PNIE en Anticoncepción

ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON DISFORIA PREMENSTRUAL

DRA. MARIA INES MARTINEZ

URUGUAY

Se denomina síndrome premenstrual (SPM) al conjunto de síntomas físicos y/o emocionales que típicamente se inician en la fase lútea del ciclo menstrual y cesan en los primeros días de la regla, sin recurrencia hasta el día 13° del nuevo ciclo. Se repiten mes a mes y se acompañan de repercusión en las actividades cotidianas. Su prevalencia se estima en el orden del 40% de las mujeres que menstruan. En un porcentaje menor (5%) predominan los síntomas psíquicos, constituyendo el trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Este último, es considerado como la expresión más severa del SPM, que se caracteriza clínicamente por severas alteraciones del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional.

Al igual que para el SPM, la etiología del TDPM es desconocida. Las posibilidades etiológicas más aceptadas son las relacionadas con alteraciones en los niveles de neurotransmisores, alteraciones en los patrones de secreción hormonal, prostaglandinas y ritmo circadiano, que a su vez desencadenan una gama de síntomas afectivos.

El rol de los esteroides ováricos sobre los cambios físicos y conductuales asociados con el TDPM no está claramente definido, no obstante, los síntomas solo se presentan en ciclos ovulatorios, si se suprime la ovulación desaparecen. El planteo de si se trata de un exceso de estrógenos, o de un defecto de la progesterona, no está aclarado. Se postula que las mujeres que padecen TDPM tienen un eje hipotálamo-hipofisario más sensible a las hormonas ováricas.

Existen otras hipótesis que implican a las β -endorfinas, al sistema serotoninérgico y, a otros neuroesteroides, así como a la incidencia de factores genéticos.

En la búsqueda de un método anticonceptivo para las portadoras de TDPM, parecería lógico suponer que los anticonceptivos hormonales (ACH) serían la elección, ya que a través de la anovulación lograrían combinar el efecto contraceptivo buscado con un efecto terapéutico sobreagregado. Sin embargo, no todos los preparados ofrecen los mismos beneficios clínicos, por el contrario, algunas combinaciones estro-progestínicas pueden empeorar los síntomas del estado de ánimo. El gestágeno, así como el esquema de administración deben ser contemplados en la elección. La drospirenona es un gestágeno de última generación, derivado de la espirolactona, antagonista de la aldosterona con actividad diurética, que ha demostrado mejorar el edema, la mastalgia, la depresión y la irritabilidad premenstrual. El esquema con período libre de hormonas más corto, favorece una mayor supresión en el desarrollo folicular con una mayor estabilidad en los niveles hormonales a lo largo del ciclo.

Si los ACH estuvieran contraindicados, se seleccionará el método anticonceptivo más apropiado para la paciente y se optará por un tratamiento específico para los síntomas de la esfera psicológica. En general se acepta que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), administrados en forma continua o intermitente durante la fase lútea son relativamente eficaces, dependiendo cual sea el síntoma predominante.

ANTICONCEPCION EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DRA. ANALIA TABLADO

- No existe una “sexualidad de las personas con discapacidad”
- La sexualidad es una sola: la Sexualidad Humana

Existen una serie de mitos y de prejuicios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, pero gozan de una serie de derechos, por lo que los profesionales debemos

informar sobre lo concierne a su sexualidad a fin de los pacientes que puedan ejercer sus derechos, no tomar la decisión por ellos y dar asesoramiento sobre anticoncepción

ANTICONCEPCIÓN en DISCAPACIDAD FÍSICA

Para la elección de un MAC se deben tener en cuenta: si hay trastornos circulatorios o de coagulación, el grado de sensibilidad, la destreza manual, las interacciones farmacológicas si la persona está deprimida o si tiene problemas con la higiene menstrual.

ABSTINENCIA PERIÓDICA: Poco recomendable por baja eficacia, en especial en ciclos irregulares, suelen tener dificultad para evaluar el moco cervical por trastornos motores o V.V. frecuentes

PRESERVATIVO: es un método eficaz y alta efectividad, especialmente indicado en pacientes con lesiones medulares, requiere la participación de la pareja para su colocación en dificultades motoras, indispensable ante riesgo de E.T.S.

DIAFRAGMA: requiere destreza física, uso dificultoso en pacientes con trastornos motores

A.C.O.: contraindicada ante riesgo elevado de tromboflebitis y/o tromboembolias

Métodos con progestágenos solos: sería una buena opción por la disminución del sangrado menstrual y su alta eficacia

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: informar sobre su uso. No contraindicada

DISPOSITIVO INTRAUTERINO: dificultades en la colección y dificultad diagnóstica en caso de EPI por falta de sensibilidad

S.I.U.: alta eficacia y duración prolongada, con iguales dificultades que el D.I.U.

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA: ideal en pacientes con lesiones medulares sin deseos de fertilidad, con conocimiento de que es irreversible y libre consentimiento informado.

ANTICONCEPCIÓN EN DISCAPACIDAD MENTAL

En la discapacidad mental leve suele haber una idealización de la maternidad. Si bien sería conveniente disuadirlos de la procreación no por eso deben anular su vida sexual

ABSTINENCIA PERIÓDICA: desaconsejada por la baja eficacia y por la dificultad del paciente por su uso adecuado, ya que requiere capacidad intelectual y autodisciplina

PRESERVATIVO Y DIAFRAGMA: necesidad de iniciativa, capacidad intelectual y destreza manual del usuario. El asesoramiento debe ser repetido, con paciencia y uso de material educativo concreto. Único MAC indispensable para prevención de E.T.S.

ACO: con control estricto de los cuidadores. Produce ciclos regulares, disminuye sangrado menstrual y tiene alta efectividad. Posibilidad de interacción con otros medicamentos.

Métodos con progestágenos solos: Ventaja del uso mensual o trimestral, disminución del sangrado menstrual, alta efectividad y fácil control de administración

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS: Alta efectividad y larga duración, necesidad de seguimiento adecuado y no requiere motivación ni participación de la paciente

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA: Nadie debería ser sometida a la misma sin comprender plenamente el procedimiento y sin su pleno consentimiento

- Cuánto mejor sepa cómo manejarse socialmente.
- Cuanto más plenas y satisfactorias sean sus relaciones sociales.
- Cuánto más reforcemos su autoestima y el valor de si mismo
- Cuánta más información y recursos tenga para su autocuidado
- Más herramientas para ocupar roles adultos en la comunidad
- Más herramientas para protegerse de situaciones de abuso
- Más herramientas para vivir su sexualidad plenamente en la medida de sus posibilidades y respetando sus deseos.

“La sexualidad de las personas con discapacidad puede ser un valor importante en su vida, un valor que merece la pena cultivar y que puede contribuir a hacerles la vida un poco más feliz”

José García (La sexualidad de los marginados)

ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

DRA. SILVIA OIZEROVICH

Las enfermedades siquiátricas tienen una alta incidencia en gente joven con posibilidad de embarazo, por esto es importante poder brindar un método anticonceptivo eficaz.

Para abordar este tema los dividiremos en cuatro partes: 1. Enfermedad y sexualidad, 2. Impacto de la medicación en la sexualidad y el eje hipotálamo hipofiso gonadal, 3. Interacciones de los métodos anticonceptivos con las diferentes drogas que se utilizan en psiquiatría, 4. Abordaje del tema por los profesionales de la salud mental, 5. Determinación del método

1. Enfermedad y sexualidad: el aumento del número de parejas sexuales, el tener relaciones a cambio de drogas, la vulnerabilidad ante la coerción, la falta del uso del preservativo, hacen que estos pacientes constituyan un importante grupo de riesgo para las infecciones de transmisión sexual, SIDA y embarazos no programados
2. Impacto de la medicación siquiátrica en el eje hipotálamo hipofiso gonadal: drogas como la risperidona, sulpirida, olanzapina, haloperidol en diferentes grados aumentan la secreción de prolactina y de esta manera bloquean la secreción de GNRH provocando desde alteraciones del ciclo menstrual hasta amenorrea. Otras drogas como el ac. Valproico se las puede asociar al Síndrome de ovario poliquístico o resistencia a la insulina.
3. Interacciones medicamentosas: debemos saber que el etinil estradiol se metaboliza a nivel de la pared intestinal del intestino delgado por el citocromo P450 isoenzima CYP 3 A4 y luego se conjuga con sulfato permaneciendo en la luz intestinal, el 70% se absorbe, pasando a la circulación porta, solo un 38-48% llega a la circulación en forma biodisponible. El citocromo participa nuevamente desde el hígado, los metabolitos se excretan por vía urinaria y la otra parte formara el glucuronato de etinil estradiol, excretándose por la vía biliar. Tanto el sulfato como el glucuronato serán hidrolizados en intestino, liberando el etinil estradiol para que se absorba en el sistema porta hepático. Por lo tanto las diferentes drogas que se metabolizan por la misma vía serán afectadas.
4. Abordaje del tema por los profesionales de la salud mental: los estudios demuestran que los temas acerca del cuidado de la salud sexual y reproductiva no son tomados en su real magnitud y que este debe ser uno de los puntos a trabajar por los expertos en psiquiatría conformando equipos interdisciplinarios.
5. Determinación del método: Pacientes con riesgo de mala utilización se deberán utilizar aquellos que no dependan del paciente: DIU, inyectables. Pacientes que padezcan oligofrenia: se evaluará si hay apoyo familiar o se indicará DIU, inyectable o ligadura tubaria. En aquellos pacientes con esquizofrenia dependerá del tratamiento que este recibiendo, pero en general estos pacientes son medicados con neurolépticos, por lo tanto se les planteará el uso de DIU o ligadura tubaria y se evaluarán las diferentes interacciones para los implantes, inyectables o parches.

CONTRACEPÇÃO NA PERIMENOPAUSA

PROF. PAULO SPINOLA

CEPARH – Salvador, Bahia, Brasil

A mulher na perimenopausa frequentemente encontra dificuldades quando necessita optar por um método contraceptivo. Na mulher a fertilidade declina com o passar dos anos. Risco aumentado de anormalidades cromossômicas e também um risco aumentado para ambos mãe e filho com relação a taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal. No climatério alguns aspectos desejáveis da contracepção são: a eficácia do método, melhorar a qualidade da vida sexual, controlar os sintomas climatéricos, reduzir a incidência ou manifestações de patologias ginecológicas e proteger da osteoporose. O método anticoncepcional não deve mascarar o início da menopausa. Um dilema clínico é quando mudar da contracepção para a terapia hormonal. Considerar-se uma opção é dosar o FSH anualmente a partir dos 50 anos de idade e tendo cuidado na obtenção das amostras de sangue, entre os dias 6 ou 7 do não uso de hormônios. Falta de acesso aos métodos anticoncepcionais está associado com altas taxas de aborto induzido.