

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 14, N°1 (2018)

Editorial

Dra. Gabriela Kosoy
Presidente de AMAdA



Estimados colegas y amigos,

Bienvenidos a este nuevo número de la revista on line de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Es un gran honor y compromiso para mi estar a cargo de la conducción de esta Sociedad Científica por los próximos 2 años.

Agradezco a las autoridades de Comisiones Directiva y Científica por darme esta oportunidad y espero estar a la altura de mis predecesores, muchos de ellos grandes maestros para mí.

AMAdA fue fundada por los '90, por un grupo de talentosos tocoginecólogos, con la idea de difundir y promover conocimientos científicos acerca de la anticoncepción en ámbitos médicos a través de la docencia y en la Sociedad en general, donde fue importante trabajar para derribar mitos y barreras acerca de este tema sensible, como es la sexualidad, donde es frecuente que prevalezcan prejuicios y preconceptos por sobre el conocimiento científico, y que ha hecho que desde Amada no solo nos ocupáramos de los métodos anticonceptivos, sino también de generar acciones para promover los derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Sin embargo, nos encontramos con un grave problema de Salud Pública donde en el mundo más del 40% de los embarazos son no planificados, y con cifras cercanas al 70% en nuestro país, con su consecuencia que son los abortos en situación de riesgo, con procedimientos en condiciones inseguras con riesgo de vida para las mujeres, sobre todo jóvenes y de bajos recursos.

Afortunadamente es posible un cambio, y luego de un debate difícil, serio, responsable y profundo, donde sobre todo la Sociedad y las mujeres fueron escuchadas, estamos ya muy cerca de tener ley acerca de la despenalización/legalización del aborto, ya con media sanción en la Cámara de Diputados, y esperemos en el próximo número de esta revista, les pueda contar que ya la LEY es una realidad y los mismos realizados en condiciones seguras y en forma gratuita.

Desde AMAdA asumimos el compromiso de seguir promoviendo la prevención del embarazo no intencional, y a que todos diariamente desde nuestros lugares de trabajo, podamos fomentar la educación, prevención y promoción en Salud Sexual y Salud Reproductiva de nuestra población.

A los integrantes de Comisión Directiva y Comisión Científica, Comité Editorial, delegados del interior, etc. tenemos por delante dos arduos años de trabajo, y esperemos sigamos trabajando con el mismo ímpetu, como lo hemos hecho hasta ahora.

Los invito a disfrutar de los contenidos de esta Revista, de muy buen nivel científico, y un especial agradecimiento a las directoras del Comité Editorial Revista y WEB Dra. María Elisa Moltoni y María Laura Lovisolo y a los profesionales que participan de la misma por el gran esfuerzo para realizar la misma.

Asimismo, los invito a visitar nuestra página WEB, donde se ha actualizado la Sección Comunidad y que puedan compartir e invitar a sus pacientes a visitar la misma, donde encontraran información actualizada.

Para los Socios con cuota al día próximamente recibirán un código y contraseña para ingresar a través de la web a los videos y ver las excelentes presentaciones de la Jornada Conjunta Anticoncepción e Infecciones realizada en forma conjunta con ASAIGO el pasado 8 de junio.

Próximamente también recibirán información acerca de la Jornada Conjunta a realizarse próximamente con SAEGRE.

Los avances en comunicación también nuestro Facebook, y a seguirnos en Instagram a través de amada_saludreproductiva, gracias a la Dra. Lía Arribas .

Muchas Gracias

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gabriela Kosoy', with a stylized flourish at the end.

Dra. Gabriela Kosoy

Resultados de la inserción de DIU post evento obstétrico Hospital Materno neonatal Ramón Carrillo. Córdoba. Argentina 2015-2016

AUTORES:

M Martos, G Ingue, A Olmos, C Caffaratti, L Muñoz, M Caratti, A Faifer, P Mercado, L Avila, R Citroni, F Podestá, P Ríos, L Piscitelli.



Resumen

Introducción:

La anticoncepción postparto permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo antes de abandonar la unidad médica. Es atrayente porque se sabe que la mujer no está embarazada, existe una alta motivación por su parte y puede acceder rápido y fácilmente al método.

Objetivos:

Establecer la proporción de mujeres que solicitaron la colocación de dispositivo intrauterino con cobre (DIU) luego de recibir orientación durante su hospitalización, determinar las expulsiones observadas y las complicaciones presentes al primer mes de uso.

Material y métodos:

Estudio descriptivo prospectivo. Mujeres asistidas en centro obstétrico que solicitaron colocación de DIU post evento obstétrico entre enero 2015 y septiembre de 2016. En un segundo período el DIU sólo fue ofrecido a adolescentes y mujeres con paridad post parto. Se consideró que había expulsado el DIU aquella mujer en quien al mes no se podía visualizar el DIU mediante ecografía o cuando el DIU se observaba ocupando total o parcialmente el canal cervical. Analizamos características sociodemográficas, tipo de evento obstétrico, tipo de DIU y complicaciones.

Resultados:

En 223 y 227 mujeres el tipo de DIU insertado fue Multiload y TCU380A, respectivamente. Recibieron orientación anticonceptiva 812 mujeres, de las cuales 322 (39%) solicitaron la colocación de DIU. Del total de 450 mujeres a las que se les colocó DIU, 308 (68%) fueron en el post parto normal, 72 (16%) post cesárea y 69 (15%) post aborto. Sólo 86 (19%) fueron adolescentes y el DIU fue insertado en 126 (28%) de los casos post primer evento obstétrico, antecedente de 2 o 3 partos previos en 186 mujeres (43%) y más de 3 partos 131 mujeres (43%). Sólo volvieron a control al mes 225 (50%) mujeres, de las cuales se observó expulsión del DIU en 23 (10%); 12 y 11 entre aceptantes de Multiload y TCU380A, respectivamente. El porcentaje de expulsión en parto vaginal fue de 13%, de 3% en cesárea y 2% en post aborto.

Conclusiones:

La demanda de DIU post evento obstétrico es alta y el porcentaje de expulsiones y otras complicaciones está dentro de los avalados por la Organización Mundial de la Salud, por lo que es una alternativa valiosa para ser ofrecida a todas las mujeres asistidas.

Palabras clave: DIU, post parto, post aborto, expulsiones

Abstract

Assessment of IUD insertion during the post-partum and post abortion period.

M Martos, G Ingue, A Olmos, L Muñoz, C Caffaratti, M Caratti, A Faifer, P Mercado, L Avila, R Citroni, F Podestá, P Ríos, L Piscitelli.

Hospital Materno-neonatal, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introduction:

Postpartum contraception allows women during post-partum period to delay next pregnancy or finish her reproductive life. The objective of this strategy is to achieve all women's chance and facility to choose any contraceptive option before leaving the hospital. It is attractive for different reasons: It is known that women are not pregnant, they are highly motivated and they can access the method quickly and easily.

Objectives:

to assess the percentage of women requesting for IUD's insertion, after being advised during their hospitalization and evaluate features such as age, parity and obstetrical event. Moreover, to determine complications occurred throughout the first month of use.

Material and methods:

Prospective and descriptive study. Women assisted at the obstetrical center who requested for IUD's insertion after suffering an obstetrical event between January 2015 and September 2016 were included. In a second period, IUD was offered only to adolescents and multiparous women after delivery. We consider IUD's expulsion when IUD could not be visualized with an ultrasound examination as well as when it occupied the cervical channel totally or partially. We analyzed sociodemographic characteristics, obstetrical event, IUD type and complications. We analyzed if there was any significant difference between expulsion proportion depending the obstetrical event type.

Results:

We inserted 223 Multiload IUDs and 227 TCU380A IUDs. A total of 812 women received contraception advice, 322 (39%) of whom requested IUD's insertion. From the total of 450 women with IUD's insertion, 308 (68%) were assisted with vaginal delivery, 72 (16%) with C section and 69 (15%) with curetage post abortion. The age of women requesting IUD as contraceptive method, 86 (19%) were adolescent. Regarding parity, 126 women (28%) had the IUD inserted after their first obstetrical event, 186 women (43%) had 2 or 3 previous deliveries and 131 women (43%) had more than 3 previous deliveries.

From the total women with IUD inserted after an obstetrical event, 225 (50%) returned for the first month control and that was the group from which we could analyse the obtained results. From 225 controlled women IUD´s expulsion was observed in 23 (10%); 12 and 11 among users of Multiload and TCU380A IUD, respectively. When assessing the parity of women who expulsed IUD, 7 were nulliparous, 4 had a previous delivery, 6 were secundiparous and 6 were multiparous. The obstetrical event leading the IUD´s insertion was vaginal delivery in 21 women, 1 cesarean section and 1 abortion. The percentage of IUD´s expulsion after vaginal delivery was 13%, after cesarean section was 3% and post abortion was 2%.

Conclusions: There was a high request of IUD´s insertion after obtetrical events and complications occurrence was adequate to the percentages recomended by the WHO, therefore we consider this strategy very useful to be offerred to every single women assisted by the obtetrical team in our Hospital.

Introducción

Luego del nacimiento, el intervalo recomendado para planificar un nuevo embarazo es como mínimo de 24 meses y después de un aborto provocado o espontáneo, es de seis meses con el objetivo de reducir los riesgos maternos y perinatales del nuevo niño (1). Las complicaciones maternas y perinatales son mayores cuando el intervalo intergenésico es breve. Existe mayor riesgo de anemia materna, aborto, rotura prematura de membranas, prematurez, bajo peso al nacer, mayor mortalidad materna y del recién nacido en el primer año de vida (2).

Aproximadamente el 61% de los embarazos ocurren en un intervalo de tiempo menor a 24 meses. El 65% de las mujeres en su primer año post parto manifiestan la necesidad de posponer un nuevo embarazo, pero sólo el 26% de estas mujeres utiliza un método anticonceptivo en el primer año post parto (3).

Durante el período de embarazo y puerperio la mujer está muy motivada para recibir orientación sobre anticoncepción y a esto se agrega la oportunidad que brinda el parto institucionalizado donde el período de internación posibilita la interacción médico paciente. La inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) inmediatamente después del parto es atractiva porque sabemos que la mujer no está embarazada y es posible que exista una alta motivación de su parte para la anticoncepción. Para las mujeres con un acceso limitado a la atención médica, el parto brinda una oportunidad única para abordar la anticoncepción.

En un estudio de Colombia, el 95% de las mujeres que manifestaron querer una inserción inmediata postparto del DIU, lo recibieron. En cambio, sólo el 45% de aquellas que la querían posteriormente se sometieron a la inserción del mismo (1). Sin embargo, la inserción inmediata postparto del DIU también puede tener desventajas ya que el riesgo de expulsión puede ser inaceptablemente alto.

En 1966, The Population Council condujo un estudio con DIU postparto en 25 hospitales de 14 países, con tasa de expulsión a los 3 meses de 23,4 por 100 inserciones (rango 7%- 34,5%) y 1% de perforaciones (1). En 1970 unos estudios en Colombia encontraron 45% de expulsiones en DIU postparto a los 30 días post inserción (1). Estos resultados desalentadores causaron una interrupción de esta iniciativa innovadora en diferentes partes del mundo, hasta que en los últimos años de la década del 70 Newton en Londres y Thiery en Bélgica encontraron en sus experiencias una tasa baja de expulsión de 6 a 7 por 100 mujeres hasta los 30 meses. El éxito con éstas experiencias reavivó el interés por continuar con la estrategia de DIU postparto en diferentes organismos e instituciones.

Dado la escasa información existente en nuestro país los objetivos de este estudio fueron establecer la proporción de mujeres que solicitaron la colocación de DIU luego de recibir orientación durante su hospitalización, determinar las expulsiones observadas y las complicaciones presentes al primer mes de uso.

Material y métodos

El estudio fue realizado en el hospital Maternoneonatal de la ciudad de Córdoba, Argentina entre enero de 2015 y julio de 2016. Un grupo de médicos perteneciente al mismo equipo, que realizaba guardia semanal ofreció orientación sobre métodos anticonceptivos a todas las pacientes que ingresaron al Centro Obstétrico para finalización de un embarazo en el horario de trabajo del grupo de profesionales médicos de referencia durante los primeros 9 meses del estudio. Asistieron en total a 812 mujeres de las cuales 322 solicitaron la colocación del DIU luego de la consejería. Luego de setiembre de 2015, sólo se realizó orientación a adolescentes y múltiparas (4 gestas o más), colocándose 128 DIU más post evento.

En el caso de las inserciones post parto, todos los DIUs fueron colocados a los 10 minutos post alumbramiento mediante el uso de una pinza Phean. En el caso de cesárea fueron colocados a través de la incisión uterina antes de la histerorrafia y en los casos post aborto con el colocador plástico.

Las mujeres fueron controladas al mes post inserción, siendo que el control lo hacía el mismo grupo de profesionales que lo colocaban, mediante visualización del hilo en el orificio externo del cérvix o en caso de dudas o con hilos no visibles mediante ecografía. Aquellas mujeres en quienes se constató el DIU en canal cervical o ausente, fueron informadas inmediatamente y se les ofreció orientación anticonceptiva nuevamente con provisión del método elegido en la misma consulta. La selección de pacientes se realizó en base a los Criterios de Elegibilidad de Anticonceptivos de la OMS (4).

Resultados

Del total de pacientes a las que se les ofreció orientación sobre métodos anticonceptivos el 39 % solicitó colocación de DIU post evento. Respecto al análisis de edad y paridad de las mujeres que solicitaron DIU post evento, 86 (19%) fueron adolescentes (gráfico I), fue el actual el primer evento obstétrico de la solicitante para 126 mujeres (28%), antecedente de 2 ó 3 partos previos 186 mujeres (43%) y más de 3 partos, 131 mujeres (43%).



Gráfico I Distribución según edad de las mujeres que solicitaron colocación de DIU pos evento obstétrico.

Desde el inicio del estudio, enero de 2015 hasta julio de 2016 fueron colocados 450 DIUs siendo que 308 (68%) fueron en mujeres asistidas por parto normal, 72 (16%) por cesárea y 69 (15%) por aborto. Respecto al modelo de DIU, fueron colocados 223 Multiload y 227 TCu380A.

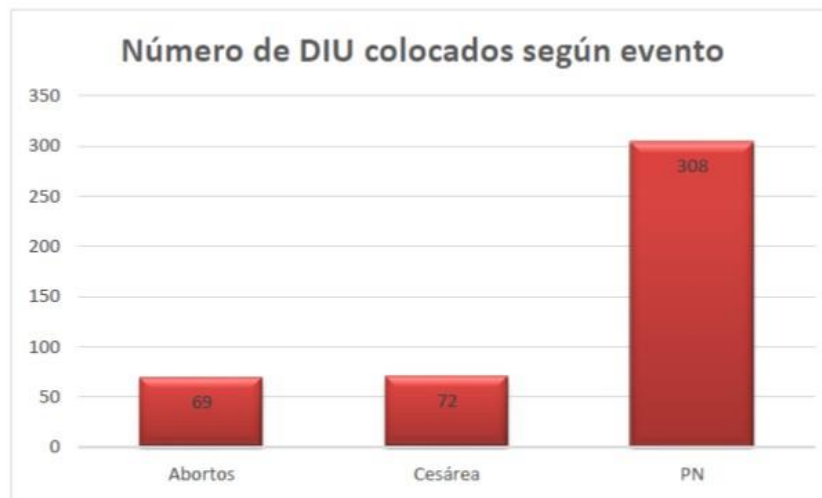


Gráfico II. total de DIU colocados según evento obstétrico.

Sólo volvieron a control al mes 225 (50%) mujeres, de las cuales se observó expulsión del DIU en 23 (10%); 12 y 11 entre aceptantes de Multiload y TCu380A, respectivamente. El porcentaje de expulsión en parto vaginal fue de 13%, de 3% en cesárea y 2% en post aborto.

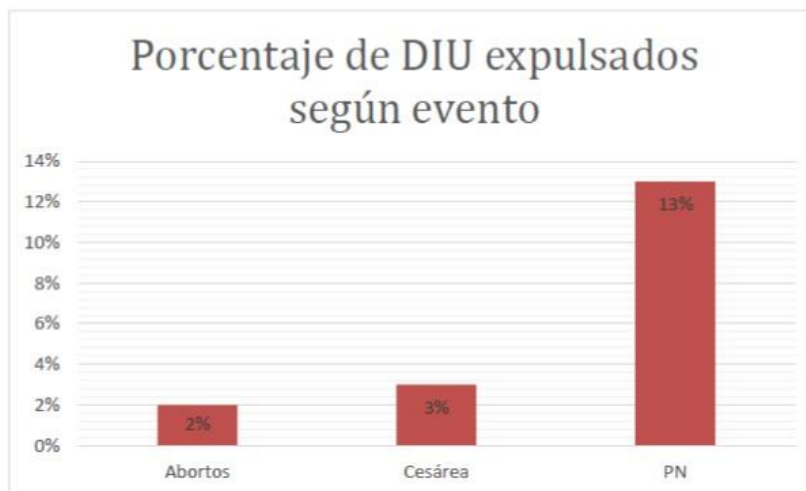


Gráfico III. Porcentaje de expulsión observado al primer mes de uso de DIU pos evento según el tipo de evento obstétrico.

Respecto a las complicaciones observadas, hubo 3 casos de infección -2 luego de parto y uno post cesárea -, un caso de perforación (luego de un aborto) y un caso en que hubo que retirar el DIU por sangrado uterino abundante a las 24 hs.

Con respecto a la continuidad de uso entre aquellas 23 mujeres que expulsaron el DIU post evento, 15 solicitaron un nuevo método inmediatamente luego de ser informadas de la expulsión. De ellas, 13 solicitaron nuevamente DIU, que en todos los casos fue colocado en el mismo control, 6 mujeres volvieron a control al mes, en todas constatándose por ecografía la correcta ubicación del DIU. De las otras 7 no hay registro posterior por no haber vuelto a control. Por lo tanto, de 225 mujeres a las que se les colocó DIU post evento y fueron controladas al mes, quedaron con

método anticonceptivo provisto 213 (95%). De las dos mujeres restantes, una solicitó colocación de implante subdérmico y la otra inició toma de ACO.

Respecto a las pacientes con complicaciones, las 3 mujeres que fueron legradas por endometritis puerperal y se les extrajo el DIU, se retiraron del hospital sin método anticonceptivo. La paciente que presentó perforación uterina post legrado tampoco recibió nuevo método.

Discusión

Con este trabajo creemos que logramos establecer el porcentaje de mujeres que solicitaron DIU luego de recibir consejería y ese porcentaje fue similar al descrito por otras publicaciones.

Además pudimos determinar parcialmente las complicaciones presentadas durante el primer mes de uso; respecto a infección, hemorragia y perforación el control se pudo realizar adecuadamente en todas las mujeres a las que se colocó DIU por estar aún hospitalizadas y quedar registrado en la historia clínica, pero respecto a la expulsión sólo se pudo evaluar al 50 % del total de pacientes porque el resto de ella no retornaron al control. Si bien el porcentaje de expulsión obtenido de los casos que se pudieron controlar es bajo respecto a otras publicaciones no es concluyente por el elevado porcentaje de pérdida de datos que tuvimos. Deberíamos, marcando una limitación del estudio, mejorar las herramientas de captación y seguimiento de las pacientes.

Pero esa limitación marca otra de nuestras conclusiones: remarcamos justamente que la estrategia de DIU post parto ayuda a proveer anticoncepción a población que tiene dificultades para acceder a los controles posteriores, y que si bien la tasa de expulsión en DIU PP es mayor, eso se sopesa con la posibilidad de que la mujer no vuelva al sistema de salud para recibir otro método anticonceptivo efectivo luego. Esta pérdida de seguimiento puede estar denotando, justamente, la gran proporción de mujeres que habitualmente, sobre todo en el sistema público, no retornan al control, valorándose aun más la estrategia planteada, con la anticoncepción post parto inmediato, porque tal vez muchas mujeres no pudieron volver a la institución, pero al menos llevan la anticoncepción consigo, cosa que no hubiera sucedido si la anticoncepción se hubiera provisto solamente en la consulta puerperal luego del alta.

Bibliografía

1. Family Planning Division Ministry of Health and Family Welfare Government of India, IUCD Reference Manual for Medical Officers and Nursing Personnel 2013
2. Grimes D, Schulz K, van Vliet H, Stanwood N. Inserción inmediata postparto de dispositivos intrauterinos Biblioteca Cochrane Plus.
3. Suda t. r., Girija b., Nirmala Doreswamy, S. Feasibility of post partum insertion intrauterine contraceptive device-, india 2014
4. Criterios Médicos de elegibilidad para uso de Anticonceptivos. OMS 2015.

Otra bibliografía consultada

5. Guzmán a, Ferrando D, Lagos G. Inserción del DIU posparto en el Perú. Experiencia en nueve hospitales. Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°1 Febrero 1996

6. Tatum HJ, Beltran RS, Ramos R, Van Kets H, Sivin I, Schmidt FH Immediate postplacental insertion of GYNE-T 380 and GYNE-T 380 postpartum intrauterine contraceptive devices: randomized study.

7. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Guía práctica para profesionales de la salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2012

8. Blanchard, H., McKaig, C., ACCESS-FP El DIU: Una opción anticonceptiva para las mujeres en el posparto y posaborto Aug 2006

9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepción Intrauterina

Protocolo publicado en 2006.

10. Bonilla Rosales F1, Aguilar Zamudio ME, Cázares Montero Mde L, Hernández Ortiz ME, Luna Ruiz MA. Factors for expulsion of intrauterine device Tcu380A applied immediately postpartum and after a delayed period

11. Kapp N1, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review.

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) como una estrategia de la reducción de la Mortalidad Materna

AUTORES:

Dra. Malena Morales L.
Ipas - Bolivia
moralesm@ipas.org



Sin duda, una de las problemáticas que ha generado y genera en la sociedad enconados enfrentamientos es el estar a favor o en contra del aborto; probablemente, debido a posiciones basadas en conceptos religiosos, morales, éticos y de otra índole. A lo largo de la historia de la humanidad, se han registrado los distintos tratamientos con respecto al aborto, éstos se han ido modificando paulatinamente ya que, por ejemplo, en la época de grandes pensadores como Aristóteles y Platón, se lo abordaba como una forma de control poblacional manteniendo familias pequeñas, pero, sobre todo, éste era un derecho materno. Las sociedades griegas y romanas, que en la antigüedad se consideraban como las más avanzadas, legislaban que el aborto era legal y que mantenía la estabilidad social y económica de sus naciones.

En el siglo II, se comenzaron a registrar cambios de percepción radical con respecto al aborto entendiéndolo como un delito que merecía el exilio de la mujer, incluso la pena de muerte. Así se fue endureciendo el castigo contra las mujeres, no sólo desde la estigmatización del aborto, sino la penalización del mismo ya que se lo incluyó dentro de los Códigos Penales catalogándolo como un delito, cuya pena hoy en día, varía, en cuanto a los años de prisión, según cada país. Esta posición radical que adoptaron las diferentes sociedades generó un movimiento, en la década de los 60, que comenzó a luchar para acceder y ejercer los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como los más humanos de los derechos y, entre ellos, el acceso a un aborto legal y seguro.

Diferentes instancias mundiales, entre ellas, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo, 1994, se ocupan del aborto como un tema central y concluyen, en el Párrafo 8.25, que: *“Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen **los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública** y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia...”*.

En los encuentros posteriores de la CIPD +5+10 y +15 se continuó con las siguientes manifestaciones: “En circunstancias en las que el aborto no está en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar medidas que aseguren que el aborto es seguro y accesible. Medidas adicionales deben ser tomadas para salvaguardar la salud de las mujeres” (1999 CIPD+5 Párrafo 63iii).

Otra instancia internacional que también marcó historia es el Comité Para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer que recomendó que: *“...se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar*

procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad” (Recomendación General 19, 1992) y en 1999, en su recomendación general 24, insta a los Estados a “Enmendar la legislación que castiga el aborto a fin de abolir las medidas punitivas contra las mujeres”.




En el 2013, el Consenso de Montevideo señala que: “Reafirmando que la mortalidad materna es una afrenta a los Derechos Humanos y reconociendo que las muertes maternas en su abrumadora mayoría son prevenibles, preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”

En la República Argentina, el Artículo N.º 86 del Código Penal segundo párrafo establece que : “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

Si se ha realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;

Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para la práctica abortiva.

PRONUNCIAMIENTOS DE LA CIDH. Informe 2014

	Las altas tasas de mortalidad materna son generadas por la criminalización del aborto que obliga a las mujeres a recurrir a métodos inseguros y clandestinos
	El aborto es un problema muy serio para las mujeres, no sólo desde el punto de vista de la salud, sino también de sus derechos, incluyendo a la integridad y la privacidad.
	Reprueba el trato degradante de las personas operadoras sanitarias y autoridades públicas a mujeres sospechosas de haber realizado abortos clandestinos.

La respuesta a los pactos y convenios internacionales no ha sido la esperada ya que la legislación del aborto varía de acuerdo al país, en algunos se puede acceder de manera gratuita y libre dentro del sistema de salud pública; y en otros se manda a prisión a las mujeres que practiquen un aborto inducido.

En el 2017, Chile despenalizó el aborto bajo ciertas causales, por lo tanto, son seis los países en el mundo donde el aborto está totalmente restringido: El Vaticano, Malta, República Dominicana, Nicaragua, y El Salvador.

En América Latina, sólo Cuba, Uruguay y la Ciudad de México permiten la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) sin restricción en las primeras doce semanas de embarazo, el resto de los países latinoamericanos, incluyendo a Argentina, permite la ILE bajo ciertas causales: violación, malformaciones fetales incompatibles con la vida o que ponen en riesgo la vida o la salud de la

madre. Los diferentes grados de criminalización del aborto impuestos, sobre todo, por la influencia de la religión, no permiten el abordaje de esta problemática desde su real dimensión: la salud pública, cuya perspectiva, a través de convenios y tratados internacionales, afirma que la criminalización del aborto o Interrupción Legal del Embarazo (ILE) sólo promueve la clandestinidad y la inseguridad con un impacto negativo muy importante en la Mortalidad y Morbilidad Materna, obstruyendo que los sistemas de salud se ocupen del aborto desde el campo de la salud pública.

Esta conceptualización nos invita a que miremos al aborto en su real dimensión a través de tres características importantes: **magnitud, riesgo y costo**.

Los indicadores de Salud Reproductiva tienen relación directa con la frecuencia de los embarazos no deseados que podrían terminar en abortos inseguros tal como lo demuestra UNFPA con cifras alarmantes en su publicación Mejora de la Salud Reproductiva: “cada minuto 380 mujeres se embarazan, la mitad de ellas sin haberlo deseado ni planificado, 110 mujeres padecen complicaciones del embarazo, 100 mujeres se practican un aborto de los cuales 40 se realizan en malas condiciones, más de 350 millones de parejas carecen de acceso a métodos anticonceptivos costeables y más de 100 millones de mujeres en los países en desarrollo quieren aplazar el nacimiento de su próximo hijo”. Estas cifras se traducen en que “cada año 78.000 mujeres pierden la vida debido a abortos inseguros en casi todos los países en desarrollo”.

Otros datos proporcionados por el Instituto Guttmacher indican que en el mundo, cada año, se realizan 56 millones de abortos inducidos de los cuales el 80% se realizan en países en desarrollo, 47.000 muertes de mujeres se producen en el lapso de un año. En el cuadro siguiente se aprecia la frecuencia de la tasa de aborto:

NÚMEROS Y TASAS

**Estimaciones globales y regionales de aborto inducido,
1990-1994 y 2010-2014**

Mundo y región	Número de abortos (millones)		Tasa de aborto	
	1990-1994	2010-2014	1990-1994	2010-2014
Mundo	50,4	56,3	40	35
Países desarrollados	11,8	6,7	46	27
Países en vías de desarrollo	38,6	49,6	39	37
África	4,6	8,3	33	34
Asia	31,5	35,8	41	36
Europa	8,2	4,4	52	30
América Latina y el Caribe	4,4	6,5	40	44
América del Norte	1,6	1,2	25	17
Oceania	0,1	0,1	20	19

*Diferencia entre 2010-2014 y 1990-1994 fue estadísticamente significativa. *Abortos por cada 1.000 mujeres de 15-44 años.
FUENTE: Sedgh G et al, Las incidencias del aborto entre 1990 y 2014: Nivel mundial, regional y subregional y tendencias, The Lancet, 2016, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/abstract)
www.guttmacher.org

El riesgo de un aborto practicado bajo condiciones inseguras está relacionado directamente con la mortalidad y la morbilidad materna; el aborto, a nivel mundial, es responsable del 13% de la mortalidad materna que es uno de los indicadores que con mayor fidelidad muestra las diferencias sociales, así como las desigualdades y permite hacer una evaluación de los sistemas sanitarios y la accesibilidad a éstos. Demuestra cómo la desigualdad de género, la regulación de la salud sexual y reproductiva impactan negativamente, principalmente, en las mujeres.

Los países donde las leyes son menos restrictivas con respecto al aborto, la mayoría de los países europeos, tienen menores tasas de mortalidad materna. América Latina es una región con leyes más restrictivas y sus tasas de mortalidad son más elevadas. Los abortos practicados en condiciones inseguras derivan en enfermedades o lesiones en distintos grados: infertilidad, perforaciones uterinas, etc.

El costo de los abortos inseguros para el Estado ha sido investigado por autores como Vlassoff y colaboradores, y en su investigación denominada *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges* (Brighton, Institute of Development Studies, 2008 - IDS Research Reports 59) señalan que: "El 2006 se gastaron \$680 millones para tratar graves consecuencias de abortos peligrosos. Asimismo, se precisarán otros \$370 millones para satisfacer plenamente las necesidades de tratamiento de complicaciones derivadas de abortos peligrosos."

Otro dato del mismo estudio indica que: "En las regiones en desarrollo, el tratamiento de complicaciones derivadas de abortos inseguros impone una carga financiera considerable en los sistemas públicos de salud, así como en las mujeres y familias. Según estimaciones para el 2014, el costo anual para prestar atención postaborto en los países en desarrollo fue de 232 millones de dólares. Si todas las mujeres que necesitaban tratamiento lo hubieran recibido, el costo habría sido de 562 millones."

Los datos compartidos nos muestran una lacerante realidad que los Estados tienen la obligación de modificar, a través de políticas públicas, normativas que permitan el acceso a un aborto seguro y métodos anticonceptivos.

Los cambios en la legislación de los países con respecto a la criminalización del aborto han tenido un impacto positivo significativo en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna. En los cuadros siguientes ilustraremos esta información.

24

Efecto de la legalización el aborto en países con baja mortalidad asociada al aborto. Portugal

Antes de legalización:

- 2001 a 2007: 14 muertes maternas asociadas a aborto en 7 años
- Promedio: **2 por año**

Después de legalización

- 2008 a 2012: Una muerte materna asociadas a aborto en 5 años
- Promedio: **0,2 por año**

Bombas T. Acta Ob Gin Port. 2014. 8:108

26

México

Mortalidad Materna, Ciudad de México

Algunos autores han reportado una disminución de la mortalidad materna de entre 9 y 16% en mujeres de 15-44 años.

Otros rebaten a los sesgos de Koch & col, e invitan a una severa rigurosidad metodológica.

Despenalización del aborto 2007

- Se atendió 177.000 casos en el sector público.
- No se ha registrado ni una muerte materna. (Datos Ipas México)

Evolución de la Mortalidad Materna en el Uruguay durante la institucionalización gradual de la Estrategia de Reducción de Riesgo (2001-2010) y de la legalización del aborto (2012)

MUERTES MATERNAS					
Periodo	Nacidos Vivos	Aborto	Total	%Ab	RMM
2001-2005	251.568	25	67	37	26.6
2006-2010	237.051	4	51	8	21.5
2011-2015	240.768	3	37	8	15.4

Fuente: Briozzo et al. IJGO. 2016;134:S20-S23

Muertes causadas por aborto antes y después de la legalización en South Africa

Muertes por aborto en hospitales públicos al año

- 1994 (antes) **425**
 - 1998-2001 (después) **36**
- Dif. antes/después: -91%**

Fuente: Jewkes & Rees, 2005

Sin embargo, lograr frenar la mortalidad materna y las enfermedades derivadas de prácticas riesgosas no resultará sólo de un cambio de las normativas vigentes, sino de la ruptura de barreras personales, institucionales, geográficas y todas aquellas que impidan que una mujer pueda acceder, en un sistema de salud público, a una prestación de servicios LEGAL y SEGURA para la interrupción del embarazo. Deshaciéndonos de estos impedimentos, contribuiremos a una maternidad sin riesgos de adquirir alguna enfermedad o morir; por lo tanto, debemos apoyar y promover el control de las mujeres sobre su propia fertilidad. Este trabajo debe ser realizado por hombres y mujeres para promover relaciones sexuales consensuadas y responsables para disminuir la tasa de embarazos no intencionados/no planificados de los que, un gran porcentaje, deriva en la práctica de abortos inseguros o la interrupción de embarazos de acuerdo a las leyes establecidas.

Si una mujer cuenta con los servicios de salud, legales y sociales, y accede a métodos anticonceptivos de forma gratuita acompañados de una educación sexual que le permitan el ejercicio pleno de sus derechos, podrá planificar y decidir sobre el número de hijos/as y el cuándo tener descendencia, fomentando así una maternidad voluntaria.

Finalmente, si analizamos la magnitud del número de abortos que se practica en el mundo entero, el riesgo que representa para la vida y salud de las mujeres, los costos en los que incurren los gobiernos para tratar las complicaciones del postaborto, podríamos concluir y afirmar que: el aborto tiene carácter milenario, por lo tanto seguirá existiendo; y que la legislación restrictiva en la mayoría de los países en vías de desarrollo no ha podido disminuir los abortos en condiciones inseguras. Las mujeres que deciden practicar un aborto en condiciones inseguras, generalmente son mujeres con ingresos económicos limitados, y están al tanto del riesgo que corren sus vidas y su salud, sin embargo estos peligros no las detienen porque su situación de vida, su condición social, económica, etc. prácticamente, las obliga a interrumpir el embarazo. Ninguna mujer debería estar sometida a pasar por tales circunstancias. Las normativas vigentes en contra de la despenalización del aborto no responden a la realidad ni a las necesidades de las mujeres y afectan directamente su libertad, su salud, su vida; estas normativas son un ataque directo a la integridad de las mujeres, especialmente a las mujeres que tienen recursos económicos limitados.

Por lo tanto, la sociedad en su conjunto debe promover la despenalización del aborto para que la mujer que decida interrumpir su embarazo lo realice de forma gratuita dentro de un sistema de salud normalizado con las suficientes condiciones para obtener un procedimiento humanizado, libre de prejuicios y estigmatización con la finalidad de evitar más muertes de mujeres y lograr acceder a información de calidad sobre la Planificación Familiar o Anticoncepción para romper la

cadena de embarazos no deseados. La responsabilidad del embarazo no es sólo de la mujer, necesitamos y debemos construir una sociedad con hombres-compañeros, responsables que apoyen con su conducta la disminución de embarazos no planificados y así reducir la necesidad de abortar. No despenalizar el aborto seguirá exponiendo a más y más mujeres, de todas las edades, a una vida llena de miedo, de enfermedades, de abuso o, peor aún, las seguirá condenando a una muerte en condiciones inhumanas.

Nuevos estrógenos: esquemas, ventajas y desventajas

AUTORES:

Dra. Carlota López Kaufman
Jefa Sección Adolescencia – Dpto. Materno Infantil
Hospital Gral. de Agudos Bernardino Rivadavia
Buenos Aires, Argentina



Reprint:

Sección Adolescencia Tel (54 11) 4809-2000 int. 2127

lkaufman@fibertel.com.ar

Resumen

Evitar embarazos no planificados ha sido motivo de preocupación a lo largo de la historia de la anticoncepción. El hombre a través del tiempo ha buscado distintas técnicas y procedimientos para limitar el número de hijos, los cuales fueron influenciados por las características económicas, demográficas, sociales y religiosas que afectaron a los pueblos a través de los siglos.

Es así, que a través del tiempo se fueron ideando y estudiando una gran variedad de métodos, dentro de los cuales, los métodos hormonales han y siguen siendo los más investigados y estudiados, no solo para mejorarlos como anticonceptivos, y tener cada vez menos efectos indeseables, sino también por el descubrimiento de otras indicaciones y beneficios.

Los anticonceptivos orales combinados han pasado por varias etapas de evolución. Los avances más importantes para mejorar la eficacia, seguridad y tolerabilidad han sido las modificaciones en las dosis, incorporación de nuevos progestágenos y estrógenos naturales, y diferentes esquemas de administración.

Introducción

Desde la aparición del primer anticonceptivo oral combinado (ACO) en 1960, la píldora anticonceptiva ha sido utilizada por millones de mujeres en edad reproductiva.

Los avances en anticoncepción hormonal se debieron a que eran asociados a efectos adversos y colaterales como resultado de las dosis y características de sus componentes que llevaban a la discontinuación, con aumento de los embarazos no planificados.

En los intentos de mejorar estos resultados adversos se desarrollaron regímenes con dosis más bajas de etinilestradiol (EE), incorporación de nuevos progestágenos y estrógenos naturales, diferentes esquemas de administración, y reducción del intervalo libre de hormonas ¹

Disminución de la dosis de estrógeno

La disminución de la dosis de estrógeno fue motivada dado que a partir de los años '60, más específicamente en 1961, comenzaron a aparecer estudios epidemiológicos que demostraban su asociación con complicaciones como ACV, tromboembolismo e infarto de miocardio, y para

reducir otros eventos adversos (edema, tensión mamaria, náuseas) producto de la dosis de estrógeno. ^{2,3}

Pero a pesar de esa reducción, con 20 µg EE se observó un incremento del sangrado irregular (amenorrea o sangrado infrecuente, privación prolongada, manchado o "spotting"), y que estas alteraciones ocurrían con diferentes tipos y dosis de progestágenos encontrándonos ante otro riesgo como es la discontinuación temprana del anticonceptivo. Por lo tanto, era necesaria una mayor dosis de EE para mantener un buen control del ciclo. ⁴

Esquemas de administración

Otras de las modificaciones que se desarrollaron a través de los años fueron diferentes esquemas de administración para reducir riesgos y efectos adversos asociados al uso de ACO. Originalmente fueron diseñados para mimetizar el ciclo menstrual de 28 días (21 días de tratamiento activo y 7 días de intervalo libre). (Fig. 1)

Los primeros esquemas fueron monofásicos, y en los '80 aparecen los bifásicos y trifásicos para reducir las dosis de los esteroides en cada ciclo y simular las fluctuaciones fisiológicas del ciclo menstrual. ⁵

Pero la disminución de la dosis de estrógenos se asociaba con la aparición de síntomas durante el período libre de hormonas. Esto motivó que en los '90 se introdujeran los primeros ACO con reducción del intervalo libre (HFI - hormonal free interval - por sus siglas en inglés) (regímenes 24/4, 26/2), con el objetivo de reducir los síntomas del HFI y permitir un sangrado más corto y más leve que con los tradicionales 21/7. ⁶

Pero... el sangrado cíclico no es esencial. Las actitudes de las mujeres y profesionales hacia el uso de regímenes continuos y extendidos fueron evaluadas para determinar cómo era percibida la supresión de la menstruación. Las encuestas revelaron el interés de la mujer en reducir la frecuencia de la menstruación ⁶. Algunos estudios mostraron que el 37% a 46% de las mujeres desearían no menstruar. ⁷

Nakajima (2007) y Edelman (2014) demostraron que el esquema extendido con 84 días de estrógeno y gestágeno asociado a 7 días de placebo, y por lo tanto 4 sangrados/año tenía una efectividad muy buena, con disminución de los síntomas asociados al HFI ⁸, pero hay algunos reportes que mencionan la frecuente aparición de manchado luego de 4 ciclos. ⁹

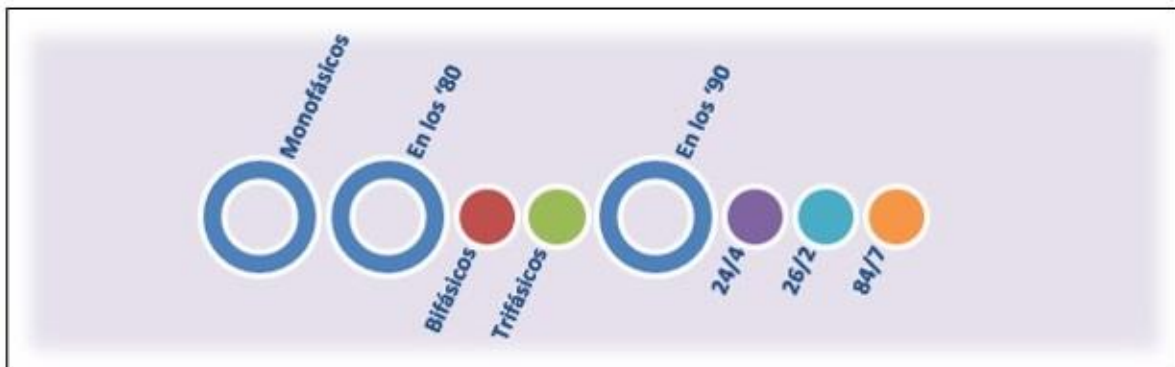


Fig. 1: Diferentes esquemas de administración

Estrógenos utilizados en anticonceptivos orales combinados (AOC 's)

Como mencionara anteriormente, la disminución en la dosis del EE (de 50 µg a 30 µg) se asoció a una disminución de los efectos cardiovasculares, pero, también se observó, que con dosis de EE 20 µg se presentaban altas tasas de sangrado irregular llevando a una discontinuación del uso del anticonceptivo.

Desde entonces, las investigaciones se orientaron a reemplazar el EE (estrógeno sintético) con estradiol (E₂) o valerato de estradiol (VE₂) (ambos estrógenos naturales) para mejorar los perfiles de seguridad y tolerabilidad, los efectos cardiovasculares, los parámetros hemostáticos, y el metabolismo lipídico. Pero, tenían un pobre control del ciclo, especialmente cuando formaban parte de un régimen monofásico o bifásico ^{10,11}

También, se deben tener en cuenta algunos factores que determinan la elección del método anticonceptivo en la mujer que incluyen la experiencia previa que se haya tenido con otros anticonceptivos hormonales, la facilidad para su uso, su tolerancia, la satisfacción con el método y la calidad de vida.

Hay estudios donde se menciona que el 29% de las mujeres que habían iniciado ACO lo discontinuaron por: efectos colaterales (64.6%), preocupación por los efectos adversos (13.1%) y las alteraciones en el ciclo (12%), y las que no estaban satisfechas debido a estos efectos deseaban evitar el uso de hormonas sintéticas o "hacer descansos para que su cuerpo se recuperara de las hormonas que ellas consideraban no naturales." ¹²⁻¹³

El estudio ZOCAL evaluó los cambios en la calidad de vida en mujeres que habían iniciado ACO con un estrógeno natural. Participaron 102 centros en España, y completaron el estudio 785 mujeres entre 18 a 49 años durante un periodo de 6 meses. Las formulaciones indicadas fueron E₂/NOMAC y VE₂/DNG. La Sociedad Española de Contracepción utilizó una escala validada para evaluar la calidad de vida en usuarias de ACO (SEC-QOL). Si bien el estudio tiene debilidades, pues hubo mayor cantidad de usuarias de E₂/NOMAC, y la duración fue solo de 6 meses, los resultados globales y secundarios (síntomas premenstruales, sangrado intermenstrual, duración e intensidad del sangrado, tasa de continuación y tolerancia) mostraron cambios favorables en aquellas usuarias que decidieron cambiar por un ACO con un estrógeno natural. ¹⁴

Por lo tanto, ante la indicación de un anticonceptivo hormonal, se debe tener en cuenta: el balance riesgo-beneficio, la elevada eficacia, adherencia y aceptabilidad para asesorar sobre el mejor método aplicable disponible.

Nuevos estrógenos. Esquemas

El primer estrógeno natural introducido fue el valerato de estradiol asociado al dienogest (VE₂/DNG) en un régimen dinámico con dosis decrecientes de VE₂ y crecientes de DNG, siguiendo ambos esteroides los patrones de un ciclo menstrual (26/2). (Fig. 2)

Cuadro 1: Diferencias entre gestágenos

Ventajas de los nuevos esquemas

• Control del ciclo (Fig. 4)

Las investigaciones realizadas desde los años '70 no solo se orientaron a mejorar los perfiles de seguridad y tolerabilidad, sino también, a mejorar la estabilidad del ciclo.

La potencia del E₂ sobre la proliferación endometrial es similar al EE, sin embargo, debido a la actividad de la 17β-hidroxiesteroide dehidrogenasa (17β-HSD), que es estimulada por los progestágenos, transforma rápidamente al E₂ en E₁, el cual no puede mantener estable la proliferación endometrial.

Además, los gestágenos reducen las concentraciones de receptores nucleares de E₂ disminuyendo la biodisponibilidad del mismo y la proliferación endometrial. Por lo tanto, parece que la disminución de la proliferación endometrial depende del efecto antiestrogénico del gestágeno.

Las nuevas formulaciones que combinan E₂ con un progestágeno con menor potencia antiestrogénica redujeron el endometrio inestable.

El predominio inicial de VE₂ evita el impacto negativo del progestágeno, y NOMAC inhibe la producción de E₁ a partir de E₂ logrando niveles más constantes de E₂ y la larga vida media del NOMAC produciría una proliferación endometrial más estable.¹⁵⁻¹⁷

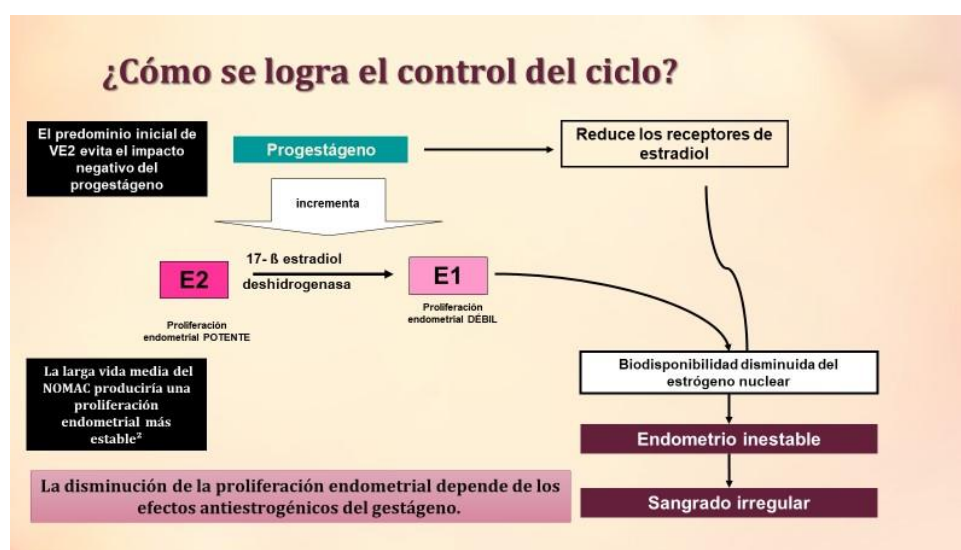


Fig. 4: Control del ciclo

• Patrón de Sangrado

En el régimen 24/4 los niveles estables de estradiol, y larga vida media del NOMAC han mostrado un sangrado más liviano, ausencia de sangrado esperado entre 3 al 25% de las usuarias, y sangrado intermenstrual entre 14 - 20%. Sólo 4% de las mujeres suspendió el tratamiento por sangrado inaceptable, en general porque no habían estado alertadas de la posibilidad de amenorrea.¹⁸

Con el régimen 26/2 los niveles estables de estradiol, y el fuerte efecto progestacional del DNG se observó un sangrado más liviano o manchado, ausencia de sangrado esperado (19-24%), y sangrado intermenstrual (13-23%).¹⁹

• **Sangrado menstrual abundante y/o prolongado**

El VE₂/DNG es un tratamiento efectivo en mujeres con sangrado menstrual abundante y/o prolongado sin patología orgánica reconocible.

La FDA lo aprobó en 2012 para el tratamiento del sangrado menstrual abundante (HMB, por sus siglas en inglés) que no es causado por ninguna condición en el útero, en las mujeres que eligen un anticonceptivo oral para el control de la natalidad.

Se realizaron dos estudios aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo para investigar la eficacia y seguridad de VE₂/DNG en el tratamiento del sangrado menstrual abundante (SMA) confirmado.

Un estudio se realizó en los EUA y Canadá²⁰ y el otro en Australia y varios países de Europa²¹. Los diseños y planes de análisis de ambos estudios fueron idénticos.

Fueron elegibles para participar en los estudios mujeres sanas con edades de 18 años o más que tenían sangrado menstrual abundante, prolongado o frecuente sin patología orgánica y que deseaban anticoncepción hormonal.

Cada estudio asignó aleatoriamente (2:1) a pacientes con 1 o más de los siguientes trastornos: Sangrado abundante - Sangrado prolongado - Sangrado frecuente.

Después de 6 meses de tratamiento, la mediana de pérdida sanguínea menstrual (PSM) mensual había disminuido 88% (de 142 mL a 17 mL por ciclo de tratamiento) en el grupo VE₂/DNG (n=269) en comparación con 24% (de 154 mL a 117 mL por ciclo de tratamiento) en el grupo placebo (n=152).²²

El VE₂ /DNG demostró ser un tratamiento efectivo para el SMA sin causa orgánica por reducción rápida, sustancial y sostenida del SMA, mejoría en parámetros de metabolismo del hierro, por un perfil de seguridad positivo, altamente tolerable, y mejoría en parámetros de productividad laboral y actividades de la vida diaria en mujeres con SMA.

• **Síntomas que se asocian al intervalo libre de hormonas**

Las usuarias de ACO han manifestado algunos síntomas asociados al intervalo libre de hormonas (HFI) (hinchazón, cefaleas, dolor pelviano, mastalgia) que pueden ser ocasionados por la disminución de las hormonas exógenas y las fluctuaciones de los estrógenos endógenos durante el HFI. Estos síntomas traen aparejados una disminución de la satisfacción y calidad de vida, una baja adherencia al ACO, y discontinuación de los mismos.

Algunos tratamientos han incluido regímenes de ACO con disminución del intervalo libre (continuos o extendidos) pero pueden causar sangrados no predecibles. La FDA ha aprobado diferentes regímenes: 24/4 – 26/2 – 84/7 y continuo por 365 días pues diferentes investigaciones han observado una mejor supresión del crecimiento folicular, reducción de los niveles de FSH, sangrados más breves, y disminución de la sintomatología por privación hormonal.

Estos regímenes pueden ser usados por cualquier mujer. El tipo de esquema puede ser determinado en base a las preferencias de la mujer y experiencia con diferentes regímenes. En

líneas generales, las jóvenes prefieren menos ciclos por año (4/año) mientras que las adultas prefieren no menstruar.²³

Con cualquier tipo de régimen extendido, el sangrado intermenstrual o manchado puede ocurrir y es necesario explicarlo antes de iniciar la toma. Si el sangrado se torna inaceptable, una suspensión de 3 días es conveniente.²⁴

El estudio fase III, multicéntrico, doble ciego HARMONY I y II demostró que el

VE₂/DNG proporcionó una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de la cefalea y dolor pelviano durante el HFI que un intervalo de 21/7 con un régimen trifásico con EE/Norgestimato o EE/LNG en mujeres entre 18 a 50 años, durante 6 ciclos de tratamiento.

Los principales resultados muestran que el VE₂/DNG produce una reducción del dolor pelviano y la cefalea durante el periodo que va del día 22 al día 28 del ciclo comparado con EE/LNG (HARMONY II).

Cerca del 50% de las usuarias tuvieron una reducción de 75% del dolor pélvico y de cabeza, en comparación al período previo al inicio del tratamiento, sin necesidad de toma de ningún analgésico. En cambio, solamente 30% de las usuarias de EE/LNG mostraron una reducción comparable de los síntomas. También tuvieron una reducción significativa en el uso de medicación de rescate (ibuprofeno 200 mg) en los últimos días del ciclo en comparación con las usuarias de EE/LNG ($p < 0.05$), según se ha mostrado en el análisis de los objetivos secundarios del estudio.²⁵

Otro de los síntomas que aquejan con frecuencia es la migraña relacionada con la menstruación (MRMs, según siglas en inglés).

El uso de VE₂/DNG durante 6 ciclos mostró una reducción de las migrañas, su duración e intensidad, y la ingesta de analgésicos en el HFI. También se observó una relación directamente proporcional entre la severidad de la cefalea y los días de dismenorrea y su intensidad.

Los niveles estables de E₂ en plasma, evitan la disminución abrupta de E₂, mecanismo señalado como factor desencadenante de la MRM. Sin embargo, este no parece ser el único mecanismo. La sobreproducción de las prostaglandinas (PG) durante la menstruación podría explicar la fisiopatología de la cefalea y la dismenorrea.

El DNG es un agonista específico del receptor de progesterona con potente actividad antiinflamatoria y antiproliferativa, que reduce significativamente la liberación de moléculas implicadas en los dolores relacionados con la menstruación.²⁶

Otro estudio prospectivo, multicéntrico, randomizado comparó los efectos de un anticonceptivo monofásico conteniendo 1.5 mg E₂/2.5 mg NOMAC (24/4) con un monofásico conteniendo 30 µg EE/3 mg DRSP (21/7) sobre los síntomas premenstruales y menstruales usando el Moos Menstrual Distress Questionnaire Form C (MDQ-C) que incluye 47 ítems para medir cíclicamente los síntomas premenstruales, menstruales e intermenstruales.

Los resultados observados favorecieron a NOMAC/E₂ en fase premenstrual y menstrual, salvo en los síntomas afectivos, excitación, sensación de bienestar, y aumento de energía o de actividad.

Las diferencias halladas en los síntomas premenstruales y menstruales con ambos regímenes pueden estar asociados a varios factores. El primer factor es la fluctuación en los niveles hormonales en el premenstruo que puede dar una variedad de respuestas anormales físicas,

endocrinológicas, neurológicas y psicológicas. La disminución inicial en el EE es vista en el inicio del HFI, llevando a la discontinuación. En cambio, cuando se administra NOMAC/E₂, es el mismo estrógeno que el endógeno, siendo compensado por el ascenso del E₂ endógeno. Además, la vida media del NOMAC es 50% más larga que la DRSP (46 hs vs 30 hs), dando niveles más constantes de progestágeno. Niveles hormonales más estables dan como resultado menor variación de FSH, del diámetro folicular y de grosor endometrial.

Probablemente los progestágenos tengan diferentes efectos sobre los neurotransmisores serotoninérgicos y gabaérgicos involucrados en la sintomatología neurológica y psicológica premenstrual.²⁷

• Efectos en la función sexual

El uso de ACO se ha asociado en algunas mujeres con efectos indeseables en la función sexual, especialmente en el deseo y la excitación (Deseo sexual hipoactivo -DSH- asociado al uso de ACO)

Se cree que los andrógenos juegan un importante papel en la función sexual, pero se desconoce el nivel crítico de andrógenos por debajo del cual puede verse afectada la función sexual.

Los ACO pueden disminuir los niveles de testosterona libre y total por su efecto antiandrogénico y por el aumento en los niveles de SHBG.

Los ACO con gestágenos que presentan mayor androgenicidad podrían ser una mejor opción para mujeres que experimentan una menor satisfacción sexual asociada al uso de ACO, y no existe evidencia que los gestágenos más androgénicos tengan menor probabilidad de producir disfunción sexual femenina.

La hipótesis que el VE₂/DNG puede ser efectivo en el tratamiento del DSH asociado al uso de ACO se basó en el menor aumento de los niveles de SHBG vs. ACO con EE/LNG, menor disminución del nivel de testosterona y del S-DHEA.

El dienogest es un gestágeno con propiedades antiandrogénicas.²⁸⁻²⁹

La combinación de EE/LNG se usa habitualmente para tratar el DSH asociado al uso de ACO.

El estudio STABLE tuvo como objetivo demostrar la “no-inferioridad” de VE₂/DNG vs. EE (0.03 mg)/LNG (0.15 mg) sobre la libido en mujeres con DSH asociado al uso de ACO (6 ciclos de tratamiento).

Fue el primer ensayo clínico que comparó dos ACO 's diferentes sobre el DSH asociado al uso de ACO con cuestionarios validados para investigar la función sexual (Female Sexual Function Index -FSFI)

Los resultados de este estudio señalan que los andrógenos no parecen tener un rol relevante del DSH relacionado con el uso de ACO, sino que esta situación es compleja de causa multifactorial. Se deben considerar otros efectos aparte de la androgenicidad del gestágeno.

Estos efectos pueden estar relacionados con la magnitud del aumento en la SHBG y su impacto sobre la testosterona libre, las acciones indirectas de los ACO, como el bienestar y la imagen corporal, y los efectos sobre la vagina. No se espera que el DNG reduzca los niveles de SHBG, debido a su menor androgenicidad y la menor afinidad a la SHBG y CBG.

Desventajas

Hasta el momento hemos desarrollado las ventajas de estos estrógenos naturales y sus esquemas. Pero nos queda el interrogante de las desventajas: ¿riesgo oncológico?, ¿riesgo cardiovascular?, ¿tromboembolismo venoso?

Las investigaciones deben continuar...

Conclusiones

- A pesar de los progresos de la anticoncepción, nos queda el gran desafío como es la reducción del embarazo no planificado.
- Personalizar la elección del método para mejorar la compliance y disminuir los temores alrededor de la anticoncepción hormonal
- Disminuir los riesgos – Mejorar los beneficios

Las nuevas formulaciones nos dan a los especialistas un abanico más amplio de opciones para poder ofrecerle a cada mujer... y que ella elija la alternativa que más le convenga.

Bibliografía

1. De Leo V., Musacchio M.C., Cappelli V., Piomboni P., Morgante G. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. *Human Reproduction Update*, Vol.22, No.5 pp. 634-646, 2016
2. ESHRE Capri Workshop Group. *Hum Reprod.* 2006; 12:483-497
3. Speroff L. Oral contraception. In: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*; Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 861-942.
4. Gallo MF, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003989.
5. Van Vliet HA, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Biphasic versus triphasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD003283
6. Guilbert E, Boroditsky R, Black A, et al. Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception, 2007. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29: S1-32.
7. Wiegratz I, Hommel HH, Zimmermann T, Kuhl H. Attitude of German women and gynecologists towards long-cycle treatment with oral contraceptives. *Contraception* 2004;69:37-42.
8. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;29:CD004695.
9. Anderson FD, Hait H. A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception* 2003;68:89-96.
10. World Health Organization Task Force on Oral Contraception. A randomized, double-blind study of two combined oral contraceptives continuing the same progestogen, but different estrogens. *Contraception* 1980;21:445-59.
11. Csemiczky G, Dieben T, Coeling Bennink HJ, Landgren BM. The pharmacodynamic effects of an oral contraceptive containing 3 mg micronized 17 beta-estradiol and 0.150 mg desogestrel for 21 days, followed by 0.030 mg desogestrel only for 7 days. *Contraception* 1996;54:333-8.
12. Moreau C, Cleland K, Trussell J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. *Contraception* 2007;76:267-272.
13. Cheung E, Free C. Factors influencing young women's decision making regarding hormonal contraceptives: a qualitative study. *Contraception* 2005;71: 426-431.

14. Lete I, de la Viuda E, Pérez-Campos E, Martínez MÁ, Sanchez-de la Rosa R, Novalbos J, Sánchez-Borrego R. Effect on quality of life of switching to combined oral contraception based on natural estrogen: an observational, multicenter, prospective phase IV study (ZOCAL study). *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016 Aug;21(4):276-84. doi: 10.3109/13625187.2016.1174206. Epub 2016 May 25.
15. Mueck AO, Sitruk-Ware R. Nomegestrol acetate, a novel progestogen for oral contraception. *Steroids* 2011 may;76(6):531-9
16. Stanczyk FZ, Archer DF, Bhavnani BR. Ethinyl estradiol and 17 β -estradiol in combined oral contraceptives: pharmacokinetics, pharmacodynamics and risk assessment. *Contraception*. 2013 Jun;87(6):706-27.
17. Ruan X, Seeger H, Mueck AO. The pharmacology of nomegestrol acetate. *Maturitas* 2012 april;71(4):345-53
18. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W y cols. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17 β -oestradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen *Eur J Contraception Reprod Health Care*. 2011; 16: 430-443.
19. Nelson A, Parke S, Makalova D, Serrani M, Palacios S, Mellinger U. Efficacy and bleeding profile of a combined oral contraceptive containing oestradiol valerate/dienogest: a pooled analysis of three studies conducted in North America and Europe. *Eur J Contraception Reprod Health Care*. 2013; 18 (4):430-443.
20. Jensen JT, Parke S, Mellinger U, Machlitt A, Fraser IS. Effective treatment of heavy menstrual bleeding with estradiol valerate and dienogest: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(4): 777-87.
21. Fraser IS, Römer T, Parke S, Zeun S, Mellinger U, Machlitt A, Jensen JT. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding with an oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest: a randomized, double-blind Phase III trial. *Hum Reprod*. 2011; 26(10): 2698-708.
22. Fraser IS, Parke S, Mellinger U, Machlitt M, Serrani M, Jensen J. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organic cause: pooled analysis of two multinational, randomised, double-blind, placebo-controlled trials of estradiol valerate and dienogest. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011; 16(4): 258-69.
23. Bitzer J. Hormone withdrawal-associated symptoms: overlooked and under-explored. *Gynecol Endocrinol*. 2013;29(6):530-535
24. Sulak PJ. Continuous oral contraception: changing times. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:355-74.
25. Nappi R, et al. Noncontraceptive benefits of the estradiol valerate/dienogest combined oral contraceptive: a review of the literature. *International Journal of Women's Health* 2014;6 711-718
26. Nappi RE, Terreno E, Sances G, et al. Effect of a contraceptive pill containing estradiol valerate and dienogest (E2V/DNG) in women with menstrually-related migraine (MRM). *Contraception*. 2013;88(3):369-375.
27. Witjes H, Creinin M D, Sundström-Poromaa I, Martin Nguyen A, Korver T. Comparative analysis of the effects of nomegestrol acetate/17 β -estradiol and drospirenone/ ethinylestradiol on premenstrual and menstrual symptoms and dysmenorrhea. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2015; 20: 296-307
28. Nappi RE, Davis SR, Parke S, Mellinger U, Serrani M. Effects of estradiol valerate/dienogest compared with ethinyl estradiol/levonorgestrel on libido. *Endocr Rev* 2011
29. Von Schoultz B. Clinical efficacy and safety of combined estradiol valerate and dienogest: a new no-bleed treatment. *Climacteric* 2003; 6(Suppl 2): 24-32.

Manejo actual de la Anticoncepción de Emergencia

AUTORES:

Dra. Bozza Lorena, Dra. De Nardo Bárbara, Dra. Belardo Alejandra
Sección Endocrinología Ginecológica, Servicio de Ginecología. Hospital Italiano
de Buenos Aires.

lorena.bozza@hospitalitaliano.org.ar
alejandra.belardo@hospitalitaliano.org.ar



Introducción

La anticoncepción de emergencia (AE), se define como cualquier medicación o dispositivo utilizado con el fin de evitar un embarazo no planificado (ENP), ya sea en mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección o por fracaso del método anticonceptivo (MAC). Se concibe como una medida de rescate y no está destinada a ser utilizada como un método anticonceptivo primario.¹

Si bien en la actualidad contamos con métodos anticonceptivos sumamente efectivos, el ENP sigue siendo un grave problema para la salud pública, no solo en nuestro país sino también a nivel mundial, y está en estrecha relación con los abortos provocados. Según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se calcula que en los países en desarrollo unas 214 millones de mujeres en edad fértil desean posponer el embarazo, pero paradójicamente, no utilizan ningún método anticonceptivo.² Esta problemática se vuelve aún más compleja, ya que se suma otro factor importante, y es que muchas personas por falta de acceso a métodos anticonceptivos apropiados y/o de información, no cuentan con la posibilidad de una vida sexual segura.

La anticoncepción de emergencia (AE) es una herramienta efectiva y accesible, y se la considera una estrategia importante para evitar un ENP.

En Argentina se encuentran actualmente disponibles tres métodos para AE: el Método de Yuzpe, el Levonorgestrel (LNG) y el DIU de cobre. Su uso es respaldado por muchas organizaciones internacionales de salud, incluida la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).³

El embarazo no planificado: Una problemática vigente

Se calcula que se producen alrededor de 208 millones de embarazos por año en el mundo, de los cuales cerca del 50% son no planificados y 33 millones de estos, surgen como consecuencia del uso incorrecto o de la falta de uso de un método anticonceptivo.²

Los embarazos no planificados, representan un problema de salud pública a nivel mundial, que se relaciona con costos importantes de salud, servicios sociales y un importante impacto psicológico para las mujeres y sus familias, que debe abordarse desde la prevención primaria.⁴

Las consecuencias más graves en la salud de las mujeres, derivan del embarazo interrumpido, realizándose bajo condiciones de clandestinidad e inseguridad.

Si bien el ENP, afecta a mujeres de todas las edades, una mención especial debe hacerse sobre las adolescentes, quienes constituyen la población más vulnerable. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial significativo, pero en la adolescencia su impacto es aún mayor. La OMS estima que anualmente, unos 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años cursan un embarazo⁴, en quienes casi un 80% de estos, son no planificados.⁵ En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (<20 años) respecto al total de nacimientos, se ha mantenido en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años.⁶

La alta tasa de ENP, tiene como consecuencia en esta población, una tasa alta de interrupción de los mismos. Un estudio de Falk y cols⁵ informa que hasta el 50% de los embarazos adolescentes conducen a abortos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en estas mujeres.⁴

En las adolescentes, el embarazo se asocia a mayor riesgo de morbilidad, tal como preeclampsia, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento de muerte intraparto y aborto espontáneo.⁵ Wilson y cols, encontró que las niñas menores de 15 años, presentan 4 veces más riesgo de muerte fetal intraparto y este riesgo se duplica en las adolescentes de 15 a 19 años en comparación con las mujeres de 20 a 24 años.⁷

Sus consecuencias no solo afectan la salud física, sino que el ENP produce un impacto negativo a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo personal, comprometiendo la educación, con la consiguiente deserción escolar, pobre inserción en el mercado laboral y malas condiciones socioeconómicas.⁴

La planificación familiar, la educación sexual y la cobertura de salud universal son las medidas de prevención primaria para esta problemática; mientras que el aborto seguro forma parte de la prevención secundaria.

Características de la AE

Un método anticonceptivo de emergencia ideal debería ser seguro, aceptable, fácil de usar, efectivo luego de las 120 horas de la relación sexual, y que esté disponible fácilmente.⁸ Si bien existen múltiples métodos de AE disponibles en nuestro país, en la actualidad ninguno cumple con todos los criterios anteriormente mencionados.

Potenciales indicaciones para la anticoncepción de emergencia⁹

- Ausencia de uso de método anticonceptivo
- Víctimas de agresión sexual en mujeres que no se encuentran usando un método anticonceptivo regular
- Falla del método anticonceptivo por uso inadecuado o incorrecto:
 - Rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo
 - Olvido consecutivo de ≥ 3 comprimidos de anticonceptivos orales combinados
 - ≥ 3 horas de retraso con respecto a la hora habitual de toma del comprimido de progestágeno solo (minipíldora) o ≥ 27 horas después del comprimido anterior
 - ≥ 12 horas de retraso con respecto a la hora habitual de toma del comprimido de desogestrel (0,75 mg) o ≥ 36 horas después del comprimido anterior.
 - ≥ 2 semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo.
 - ≥ 4 semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo con acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada

- ≥ 7 días de retraso en la administración del anticonceptivo inyectable combinado
- Desplazamiento, rotura, o extracción precoz del diafragma o capuchón cervical
- Fallo del coito interrumpido
- Error de cálculo en el periodo de abstinencia o mantenimiento de relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo
- Expulsión del DIU o del implante anticonceptivo hormonal.

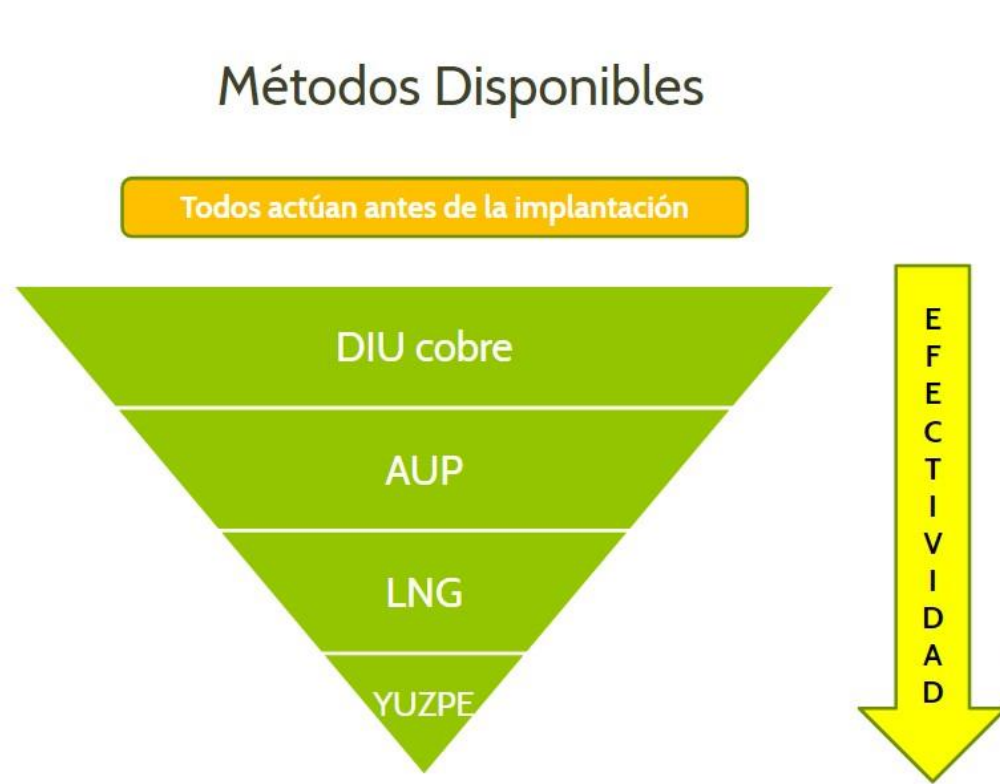
Ventana de Oportunidad

Se denomina ventana de oportunidad al tiempo que se dispone para administrar la AE y que la misma sea efectiva. Aunque el momento preciso de la ovulación es difícil de determinar con exactitud, el periodo de mayor riesgo se extiende desde los 5 días previos a la misma ya que los espermatozoides son viables en el tracto genital femenino durante aproximadamente 120 hs luego de la relación sexual.¹⁰ Si la ovulación se produce dentro de este periodo de tiempo, la fecundación podría tener lugar y la mujer estar en riesgo de embarazo.

Métodos Disponibles para ser usados como AE

Existen varios métodos efectivos para AE. Se enumeran según efectividad en la tabla N°1. En Argentina contamos con 3 métodos disponibles aprobados para AE: el DIU, levonorgestrel, y el Método de Yuzpe. Es importante hacer hincapié durante la consejería que ninguno de estos métodos protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Tabla N°1: Efectividad de los métodos disponibles para AE



DIU

El DIU de cobre es el método más efectivo para AE y es el único no hormonal. Presenta una tasa de embarazo menor de 0.1%.¹¹

Su *mecanismo de acción* principal consiste en la inhibición de la motilidad de los espermatozoides. Además, su presencia produciría una reacción inflamatoria estéril local, ejerciendo una acción tóxica sobre las gametas.³

La *ventana de oportunidad* es de 5 días desde la relación sexual no protegida, pero, al igual que los otros métodos, cuanto antes se coloque, mejor.¹¹

Además de brindar AE de alta eficacia, brinda anticoncepción a largo plazo, pudiendo ser utilizado como método anticonceptivo hasta por 10 años con una buena tasa de continuidad.¹ En un estudio realizado en pacientes que habían elegido el DIU como AE, se observó que el 64% de las usuarias continuaban con el dispositivo luego de los 12 meses de la colocación.¹² Esto demuestra el impacto beneficioso de este método sobre la disminución del riesgo de un ENP.

Lamentablemente la accesibilidad es limitada ya que requiere de un operador entrenado para la colocación, además del mayor costo inicial que presenta comparado con otros métodos.

Los riesgos de su uso son infrecuentes. Entre ellos podemos mencionar infección, expulsión, o perforación uterina (<1/1000 inserciones).¹³

El SIU-LNG (sistema intrauterino liberador de levonorgestrel), no se encuentra aprobado para AE.¹⁴

Levonorgestrel

El levonorgestrel, es el método más conocido y utilizado como método de AE. Consiste en la administración de una única dosis de 1.5 mg de levonorgestrel por vía oral o de dos dosis de 0.75 mg.

El *mecanismo de acción* principal es impedir o retrasar la ovulación ya que inhibe el pico pre-ovulatorio de la LH, impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo, no teniendo acción si la ovulación ya se produjo. Otro mecanismo de acción complementario es el espesamiento del moco cervical que dificulta la migración espermática. Este método no posee efectos sobre el desarrollo endometrial, y no impide la implantación del huevo ya fecundado.¹⁰

La *efectividad* depende del momento del ciclo en que se utilice y del tiempo transcurrido desde la relación sexual no protegida. Cuando se lo administra dentro de las primeras 24 hs de la relación sexual sin protección, su tasa de efectividad es superior al 95%, y esta disminuye a 58% si se administra luego de las 72 hs.¹ Otro factor que puede afectar la eficacia es el índice de masa corporal (IMC). La misma disminuye en pacientes con un IMC superior a 25, y es ineficaz en mujeres con un IMC mayor a 30, con una tasa de fracaso del 5,8%.¹¹ En 2015, Kapp y cols. combinaron datos de dos grandes estudios controlados y aleatorizados mostrando que las tasas de embarazo en mujeres que habían recibido LNG aumentaba significativamente de 1.4% entre las mujeres cuyo peso oscilaba entre 65-75 kg a 6.4% y 5.7% en los grupos de 75-85 kg y más de 85 kg, respectivamente.¹⁵

La ventana de oportunidad para su uso es de hasta 5 días luego de la relación sexual sin protección, pero como se mencionó con anterioridad, su efectividad disminuye en relación al

tiempo transcurrido entre la relación sin protección y el inicio de la toma, no siendo efectivo si se administra luego del pico de LH.¹

Las ventajas principales de este método consisten en que posee un bajo costo económico, es de simple acceso y fácil de utilizar. Según la OMS, no existe ninguna condición clínica por la cual los riesgos de su uso superen los beneficios, por lo tanto puede administrarse en mujeres que no pueden recibir anticoncepción hormonal combinada en forma continua, fumadoras, o en pacientes con migrañas, entre otras.¹⁶

Los efectos adversos son infrecuentes y no representan un riesgo para la salud de la mujer. Entre ellos podemos mencionar náuseas y/o vómitos, mastalgia y cefaleas.¹⁰ También pueden presentarse cambios en el patrón menstrual; mientras que el 50% tiene la menstruación en la fecha prevista, el 35% de las usuarias puede tener una menstruación adelantada y el 13% atrasada. Se recomienda la realización de un test de embarazo si la misma se retrasa más de una semana.

Método de Yuzpe

Este método hormonal consiste en la administración de dos dosis de 100 µg de etinilestradiol combinado con 500 µg de levonorgestrel, cada una de las dosis separadas por un intervalo de 12 horas.¹⁷

El *mecanismo de acción* al igual que el levonorgestrel, es impedir o retrasar la ovulación.

Este método es el que presenta menor eficacia, con una tasa de embarazo de 3.2%,

La ventana de oportunidad es de hasta 72 horas después de la relación sexual sin protección.¹⁰

Los efectos secundarios suelen ser importantes, e incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal, sensibilidad mamaria, cefalea, mareos y fatiga.¹⁷

En nuestro país no disponemos de productos que contengan la dosis exacta, pudiendo usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel. Si bien, este método no debe considerarse como primera elección, sigue siendo una opción muy importante cuando no existe otra alternativa.

Acetato de Ulipristal

El acetato de Ulipristal (AUP), es un modulador selectivo del receptor de progesterona (MSRP), con acción tejido específica. Se une a proteínas plasmáticas y se metaboliza por el citocromo P450 (CYP3A4). La dosis recomendada es de 30 mg administrados por única vez, vía oral.¹⁸

El mecanismo de acción primario es inhibir o retrasar la ovulación, ya que inhibe la liberación de LH hipofisaria e inhibe o posterga la ruptura folicular. Su efecto dependerá del momento del ciclo en que se lo administre: cuando se lo administra en fase folicular media inhibe el crecimiento folicular; si se lo administra antes o inmediatamente después del aumento de LH, inhibe 100% la ruptura folicular; si se toma cuando ya ha comenzado el aumento de LH, inhibe en un 79% la ruptura folicular; y si se lo administra durante el pico de LH no se inhibe.

Los mecanismos de acción secundarios son producidos a través de la acción sobre el endometrio, trompas, cérvix y espermatozoides.¹⁹

Sobre el endometrio actuaría sobre la receptividad endometrial y la implantación. Este mecanismo sería dosis dependiente: en dosis de 30 mg para uso de AE, no tendría efecto significativo en el espesor endometrial ni en la implantación y a la dosis diaria de 5 mg que se utiliza para el tratamiento de los miomas, se generarían los cambios endometriales con una disminución del espesor endometrial. Sobre las trompas el efecto es poco claro, es posible que tenga efectos agonistas sobre el receptor de progesterona, inhibiendo el movimiento ciliar y las contracciones musculares por lo que podría interferir con el transporte del ovocito o cigoto a través de las trompas. Sobre la función espermática inhibe la reacción acrosómica e hiperactivación inducida por progesterona.¹⁹

Se lo considera el método hormonal más eficaz para AE, con una tasa de embarazo de 0,9% a 2,1%.²⁰ En un metaanálisis de dos estudios en los que compararon Ulipristal vs Levonorgestrel, se observó que las probabilidades de embarazo entre las usuarias de ulipristal eran entre 42% y 65% más bajas que entre las usuarias de levonorgestrel en las primeras 72 y 24 horas luego de la relación sexual respectivamente.²¹ Como se mencionó con anterioridad, esta mayor eficacia de ulipristal se debe a que inhibe la ovulación incluso después del pico LH.

Al igual que el LNG, el ulipristal puede verse afectado por el peso corporal. Se ha demostrado que la efectividad disminuye en mujeres con IMC superior a 30 y es ineficaz en aquellas con IMC mayor a 35, con una tasa de fracaso del 2,6%. Sin embargo, su tasa de fracaso en las mujeres obesas es menor comparada con levonorgestrel.¹⁷

La *ventana de oportunidad* es de 5 días o 120 hs desde la relación sexual no protegida, siendo igual de eficaz al primer como al quinto día posterior a la misma.²⁰

Fue aprobado por la FDA en Junio de 2010 para AE. En nuestro país, no está aprobado para dicha indicación. Recientemente fue aprobado solo para el tratamiento médico de la miomatosis uterina en dosis de 5 mg.

Otros fármacos

La mifepristona, es un MSRP, que se encuentra disponible como AE en pocos países como China y Rusia. La dosis es de 10 a 25 mg. En dosis más altas de 600 mg, tiene efecto abortivo.¹

La combinación de meloxicam, inhibidor de COX - 2, en dosis de 15 mg junto con LNG, ha demostrado que podría bloquear la ruptura folicular incluso después del pico de LH. En un estudio piloto la administración de meloxicam solo (15 o 30 mg durante cinco días) habría demostrado ser eficaz para interrumpir la ovulación.²²

En el caso de la anticoncepción hormonal de emergencia de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizarla superen los beneficios de su uso (categorías 1-2).¹⁶

Consideraciones clínicas

Existen diversos factores que debemos considerar a la hora de brindar un correcto asesoramiento en anticoncepción de emergencia. Por un lado las características inherentes al método - ventana de oportunidad, costo, disponibilidad-, y por otro lado los factores específicos de las pacientes, - preferencias de la paciente, peso, lactancia, interacciones medicamentosas, patologías previas-.¹⁰

Como se mencionó con anterioridad la ventana de oportunidad para el DIU y el AUP es de 5 días sin que exista riesgo de disminución de su eficacia en comparación al método de Yuzpe y el LNG que su máxima efectividad es hasta 72 hs, si bien el uso de este último está recomendado hasta 5 días. Con respecto al costo, si bien el DIU es el de mayor costo inicial, es costo efectivo ya que se trata de un LARC (long acting reversible contraceptives) que ofrece anticoncepción a largo plazo posterior al evento de urgencia. El de menor costo inicial es el LNG. En cuanto a la disponibilidad, el DIU se encuentra incluido en la canasta de planificación familiar con cobertura al 100%, pero requiere operador entrenado y disponible para su colocación. El LNG es ofrecido y provisto en las salas de urgencia de clínicas y hospitales. Si bien es un medicamento de venta bajo receta, habitualmente se puede conseguir sin receta en las farmacias. El AUP no se encuentra disponible en nuestro país como AE, pero en Europa es de venta libre.

Con respecto a los factores específicos de la paciente, debemos tener en cuenta las preferencias de las mismas y para ello debemos realizar una correcta consejería para que la decisión sea en base a la información. Las pacientes con sobrepeso u obesas pueden tener menor eficacia anticonceptiva con el uso de LNG por lo tanto en estas pacientes podemos usar el doble de dosis o elegir otro método como el DIU. También es importante tener en cuenta la medicación concomitante que podría usar la paciente ya que las drogas inductoras o inhibidoras del CYP3A4 podrían interferir con la AE hormonal alterando la eficacia (ver tabla N°2).

Tabla N°2: Características de los métodos disponibles para AE

MÉTODO	DIU	LNG	Met. YUZPE
MEC. DE ACCIÓN	Reacción inflamatoria estéril Toxicidad sobre las gametas	Inhibición o retraso ovulación	Inhibición o retraso ovulación
DOSIS	-----	1.5 mg	100 mcg EE + 500 mcg LNG
VENTANA DE OPORTUNIDAD	<120 hs	< 120 hs	<120 hs
EFICACIA	99%	59 - 94%	47 – 89%
EFFECTOS ADVERSOS FRECUENTES	Cambios patrón de sangrado Algias pelvianas	Cefalea Náuseas/ Vómitos Mastalgia Fatiga Alt. ciclo menstrual	Cefalea Náuseas/ Vómitos Mastalgia Fatiga Alt. ciclo menstrual
CI	Embarazo EPI activa Alergia Cobre Enf. de Wilson <i>SUA</i>	-----	-----

INTERACCIONES	-----	Medicamentos que reducen la eficacia de las anticonceptivos hormonales (ej: rifampicina, griseofulvina, anticonvulsivantes) también podrían reducir la eficacia	Medicamentos que reducen la eficacia de las anticonceptivos hormonales (ej: rifampicina, griseofulvina, anticonvulsivantes) también podrían reducir la eficacia
COSTO	Inicial alto <i>(LARC)</i>	Bajo	Bajo

Por lo tanto, el éxito dependerá de los conocimientos tanto de los médicos como de las pacientes a la hora de elegir el método, del acceso a los mismos (provisión anticipada de asesoramiento y de la receta médica) y, por supuesto de las políticas gubernamentales que aseguren la disponibilidad de los mismos.

Recomendaciones y lineamientos internacionales

Según las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists (FSRH) no se requiere test de embarazo previo a la provisión del método, debe iniciarse lo antes posible para maximizar la eficacia y puede usarse más de una vez en el mismo ciclo. Resulta fundamental educar sobre AE previamente a la necesidad.

Consejería de urgencia

En la consejería de urgencia es prioridad la accesibilidad, a fin de prevenir un ENP. Es conveniente utilizar esta oportunidad para hacer una adecuada consejería sobre MAC y hablar sobre el uso correcto de los mismos, pero NO debería ser una limitante para la entrega de AE. La persona que solicita AE tiene derecho a recibirla todas las veces que lo necesite.

Anticoncepción luego de la Emergencia

Aproximadamente más del 90% de las mujeres que usan AE evitan el embarazo. Sin embargo, no las protege de un ENP si mantienen en el mismo ciclo relaciones sexuales sin uso de MAC. Una revisión Cochrane observó que las relaciones sexuales en este contexto aumentaron las tasas de embarazo dos o tres veces en comparación con las mujeres que no tuvieron relaciones sexuales después de utilizar anticoncepción de emergencia.²³ Esto demuestra la importancia de iniciar un método anticonceptivo regular inmediatamente en lugar de esperar hasta el próximo ciclo menstrual, práctica conocida como "inicio rápido" ("**quick start**").²⁴

En 2002, Westhoff y cols realizaron un estudio observacional en los Estados Unidos, donde se sugirió a las mujeres que habían elegido como MAC, anticonceptivos orales, comenzar su uso en el momento de la consulta, independientemente del día del ciclo menstrual. Los autores informaron que las mujeres que habían iniciado el método de inmediato, tuvieron mayor adherencia y continuidad de su uso en comparación con las mujeres que eligieron retrasar el inicio.²⁵ Desde entonces el "inicio rápido" se ha convertido en una práctica estándar en muchos países.

Retrasar el comienzo de la anticoncepción crea un período de tiempo durante el cual una mujer puede quedar embarazada, cambiar de opinión con respecto a la anticoncepción u olvidar las instrucciones sobre el método anticonceptivo elegido.²⁶

Antes de indicar un método anticonceptivo es necesario saber si existe riesgo de embarazo (ver tabla N°3) y debe advertirse a las mujeres que optan por anticonceptivos hormonales, que se requieren medidas adicionales (método de barrera o abstinencia) hasta que el MAC de "inicio rápido" sea efectivo.²⁴

Tabla N°3: Riesgo de embarazo²⁸

Se descarta embarazo si una mujer cumple uno o más de los siguientes criterios y no hay síntomas o signos de embarazo:
1. No ha tenido relaciones sexuales desde el comienzo de su último período menstrual normal (natural), desde el parto, aborto, embarazo ectópico o evacuación uterina por enfermedad trofoblástica gestacional.
2. Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable. (Se pueden considerar confiables siempre que se hayan usado de manera consistente y correcta para cada episodio de coito).
3. Está dentro de los primeros 5 días del inicio de un período menstrual normal (natural).
4. Pasaron < 21 días después del parto (mujeres que no amamantan).
5. Se encuentra con lactancia exclusiva, amenorreica y dentro de los 6 meses del parto.
6. Está dentro de los primeros 5 días después del aborto, embarazo ectópico o evacuación uterina por enfermedad trofoblástica gestacional.
7. No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 21 días y tiene un test de embarazo en orina de alta sensibilidad negativo (capaz de detectar niveles de HCG de aproximadamente 20 mUI / ml).

Adaptado FSRH Guideline Quick Starting Contraception, April 2017.

Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse de inmediato, teniendo en cuenta contraindicaciones médicas en cada caso en particular y habiendo recibido las mujeres información adecuada sobre las distintas alternativas a fin de decidir cuál podría satisfacer mejor sus necesidades.

Mitos a derribar

1. **¿Qué pasa si la mujer está embarazada?** No se recomienda el uso de AE ante la confirmación de embarazo, no obstante, no hay riesgos de teratogenicidad ni de aborto.
2. **¿Se puede usar nuevamente en el mismo ciclo?** Si, la AE puede usarse las veces que sean necesarias ya que su eficacia no se modifica. Sin embargo es importante reforzar el concepto que no debe adoptarse como método anticonceptivo habitual.

3. **Para el equipo de salud:** Facilitar el uso de AE no altera la conducta sexual ni las prácticas de cuidado de las personas. Dar información sobre AE no modifica en forma negativa el uso de otros métodos (barrera) y por lo contrario, restringir el acceso a la AE puede empeorar la situación de vulnerabilidad.

Conclusiones

Resulta primordial la implementación de una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables en la sociedad, con especial énfasis en los adolescentes a fin de evitar los ENP.

Al facilitar información sobre la AE se deben explicar los métodos anticonceptivos disponibles y ofrecer consejería sobre cómo actuar ante una falla de los mismos.

El uso de la AE está recomendado como medida de rescate, luego de una relación sexual sin protección y no se recomienda como método anticonceptivo de uso regular, ya que existe mayor posibilidad de fracaso que con los métodos habituales.

El DIU es la opción más eficaz dentro de la AE, con la gran ventaja de ser un método de larga duración. Su uso está subestimado, por su costo inicial y la necesidad de un profesional entrenado para su inserción.

El levonorgestrel continúa siendo hoy en día, el método más ampliamente conocido y utilizado en nuestro país.

Por último el método de Yuzpe, si bien, no debe considerarse como primera elección, sigue siendo una opción muy importante cuando no existe otra alternativa disponible.

La anticoncepción de emergencia proporciona una última oportunidad para prevenir el embarazo después de una relación sexual no protegida, motivo por el cual debe encontrarse al alcance de todas las mujeres.

Bibliografía

1. Rome E, Issac V, "Sometimes You Do Get a Second Chance" *Pediatr Clin N Am* 2017 Apr;64(2): 371-380.
2. WHO (2017): Planificación familiar. Nota descriptiva. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
3. Fok W, Blumenthal P "Update on emergency contraception" *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016 Dec;28(6): 522-529.
4. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J "Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents" *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4): CD005215 .
5. Leftwich H, Ortega Alves M "Adolescent Pregnancy" *Pediatr Clin North Am*. 2017 Apr;64(2):381-388.
6. UNICEF (2013): Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. Disponible desde: <http://www.unicef.org.ar/>
7. Wilson R, Alio A, Kirby R, Salihu H "Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth" *Arch Gynecol Obstet*. 2008 Sep;278(3):231-6.
8. Gemzell Danielsson K, Trussell J "What do we need to know about emergency contraception?" *Contraception*. 2013, 88(5): 585-586.

9. WHO (2017): Anticoncepción de urgencia . Nota descriptiva. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
10. Koyama A, Hagopian L, Linden J "Emerging Options for Emergency Contraception" *Reproductive Health* 2013;7: 23-35.
11. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S y cols. "Canadian Contraception Consensus (part 1 of 4)" *J Obstet Gynaecol Can.* Oct 2015 ;37(10):936-42.
12. Turok D, Jacobson J, Dermish A, Simonsen S, Gurtcheff S, McFadden M "Emergency contraception with a copper IUD or oral levonorgestrel: an observational study of 1-year pregnancy rates" *March* 2014;8(3): 222-228.
13. Whaley N, Burke A "Intrauterine contraception" *Womens Health* 2015 Nov;11(6):759-67.
14. Thomin A, Keller V, Darai E, Chabbert Buffet N "Consequences of emergency contraceptives: the adverse effects" *Expert Opin Drug Saf.* 2014 Jul;13(7):893-902.
15. Kapp N, Abitbol JL, Mathé H, Scherrer B, Guillard H, Gainer E y cols. "Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception" *Contraception* Feb 2015;91(2):97-104.
16. Gaffield M, Kiarie J "WHO medical eligibility criteria update" *Contraception* 2016 Sept; 94(3): 193-194.
17. Batur P, Kransdorf L, Casey P "Emergency Contraception" *Mayo Clin Proc* Jun 2016;91(6):802-807.
18. Rozenberg S, Praet J, Pazzaglia E, Gilles C, Manigart Y, Vandromme J "The use of selective progesterin receptor modulators (SPRM) and more specifically ulipristal acetate in the practice of gynaecology" *Aust N Z J Obstet Gynaecol* Aug 2017;57(4): 393-399.
19. Rosato E, Farris M, Bastianelli C "Mechanism of action of ulipristal acetate for emergency contraception: A systematic review" *Front. Pharmacol* Jan 2016;6: 315.
20. Mozzanega B, Gizzo S, Di Gangi S, Cosmi E, Battista Nardelli G "Ulipristal Acetate: Critical Review About Endometrial and Ovulatory Effects in Emergency Contraception" *Reproductive Sciences* Jan 2014;21(6): 678-685.
21. Glasier A, Cameron S, Fine P, Logan S, Casale W, Van Horn J "Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: A randomised non-inferiority trial and meta-analysis" *Lancet* Feb 2010;375(9714): 555-562.
22. Jesam C, Salvatierra, Schwartz J, Croxatto H "Suppression of follicular rupture with meloxicam, a cyclooxygenase-2 inhibitor: potential for emergency contraception" *Human Reproduction* Feb 2010;25(2): 368-373.
23. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L "Interventions for emergency contraception" *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;8: CD001324.
24. Murphy L, Chen Z, Warner V, Cameron S "Quick starting hormonal contraception after using oral emergency contraception: a systematic review" *BMJ Sexual & Reproductive Health* Oct 2017;43: 247-248.
25. Westhoff C, Kerns J, Morron I, Cushman LF, Tiezzi L, Murphy P "Quick start: a novel oral contraceptive initiation method" *Contraception* Sep 2002;66(3): 141-145.
26. Simpson J, Craik J, Melvin L "Quick starting contraception after emergency contraception: have clinical guidelines made a difference?" *J Fam Plann Reprod Health Care* Apr 2014;0: 1-6.
27. Russell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R, Trussell J, Nelson A, et al. (eds). *Contraceptive Technology*. New York, NY: Ardent Media, 2011.
28. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). *Quick Starting Contraception*, 2010. Disponible desde: <http://www.fsrh.org/documents/ceuguidancequickstartingcontraception/>.

Tasas de embarazo asociadas con el uso extendido de sistema uterino liberador de levonorgestrel de 52 mg 20 µg/día más allá de los 5 años: una revisión de historias clínicas de 776 mujeres en Brasil

Pregnancy outcomes associated with extended use of the 52-mg 20 µg/day levonorgestrel-releasing intrauterine system beyond 60 months: A chart review of 776 women in Brazil. *Contraception* 2018. March 97 (3): 205-209. Luis Bahamondes, Arlete Fernandes, M. Valeria Bahamondes, Cassia T. Juliato, Moazzam Ali, Ilza Monteiro

AUTORES:

Traducción y comentarios:
Dra. María Elisa Moltoni
Médica Ginecóloga Hospital Británico de Buenos Aires
y Halitus Instituto Médico
marumolto@yahoo.com.ar



Abstract

Objetivo:

Evaluar el desempeño anticonceptivo del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel 52-mg 20 µg/día (SIU-LNG) entre mujeres que mantuvieron el mismo dispositivo luego de 60 meses sin cambiarlo.

Diseño del estudio:

Revisión de historias clínicas donde se evaluaron los registros de 766 mujeres que continuaron con el mismo SIU-LNG como anticonceptivo más allá de los 60 meses. Las mujeres fueron atendidas en la clínica de Planificación Familiar de la Universidad de Campinas, SP, Brasil, desde Noviembre de 1990 hasta Marzo 2011. Se obtuvieron datos sociodemográficos, duración de uso, tasas y motivos de continuación y discontinuación y patrón de sangrado en su última visita. Se realizó el análisis estadístico usando método de Kaplan-Meier.

Resultados:

Se identificaron un total de 776 historias clínicas de mujeres que usaron el SIU-LNG más allá de 60 meses. La edad media a la colocación del SIU fue de 32 ± 0.2 años (rango 15-44 años, media 32). La distribución de embarazos previos fue de 0-1 (45%); 2-4 (54.1%) y ≥ 5 (0.9%). La duración media de uso de SIU-LNG luego de la colocación fue de 73 meses (rango 61-184 meses). Fueron reportados cero embarazos y las principales razones de discontinuación fueron la expiración de la fecha de vencimiento aprobada, menopausia y planeamiento de embarazo. La exposición

acumulativa mujeres-año (W-Y) fue de 967 y 1403 hasta los 7 y 15 años, respectivamente. El principal patrón de sangrado reportado por las mujeres fue amenorrea.

Conclusiones:

El SIU-LNG 52 mg 20 µg/día (Mirena) mostró una eficacia anticonceptiva continua más allá de los 5 años de uso, sin embarazos detectados sobre 967 y 1403 mujeres-año (W-Y) hasta 7 y 15 años post colocación.

Declaración de implicancias:

El SIU-LNG 52 mg presentó una muy alta eficacia anticonceptiva más allá de los primeros 5 años de su durabilidad aprobada. Información en aumento apoya su eficacia más allá de los 5 años, y nuevos datos sugieren su eficacia hasta 15 años. Los profesionales de la salud, responsables políticos y los sectores involucrados pueden hacer uso de la presente información para decidir mantener el mismo dispositivo al menos hasta los 7 años. Asimismo, la amenorrea podría ser un buen indicador de efecto contraceptivo.

Traducción y comentarios

Sabemos que el uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, según sus siglas en inglés) es hoy por hoy una de las mejores estrategias demostradas para reducción de embarazos no planificados y abortos. Su uso sin embargo es bajo en muchos contextos, con una clara barrera económica que puede ser su alto costo inicial o falta de cobertura.

Una estrategia para poder aumentar su costo-efectividad sería poder utilizarlos más allá del tiempo estipulado, aumentando así su tiempo de duración y disminuyendo los ciclos de remoción y colocación. De esta manera se disminuirían potenciales complicaciones surgidas por los procedimientos en sí (si bien infrecuentes, existen) y habría menor chance de expulsión y retiro del SIU por sangrado. Además obtendríamos más número de mujeres utilizando métodos más efectivos como el SIU, importante sobre todo en países con bajos recursos, con poco acceso a la anticoncepción o a abortos seguros.

En estudios previos se ha evaluado el SIU-LNG 52 mg 20 µg/día hasta 9 y 7 años con cero embarazos a los 9 años, y un gran estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹ evaluó 1884 usuarias con una tasa acumulativa de embarazo a los 7 años de 0,5/100 mujeres años. A pesar de las limitaciones de la información, las publicaciones existentes apoyan la idea de una efectividad que persiste más allá de los 5 años, al menos hasta los 7 años (y probablemente más aún).^{1,2,3}

La información disponible sobre uso extendido del SIU-LNG tiene limitaciones por evaluar un bajo número de usuarias, incluyendo muchas mujeres mayores de 35 años, lo cual puede influir en la baja tasa de embarazos observada. De allí que el objetivo del estudio de Bahamondes y colaboradores sea evaluar la eficacia y desempeño clínico del SIU-LNG 52 mg en una cohorte de mujeres usuarias del mismo más allá de los 60 meses de uso aprobado, usando el mismo dispositivo.

Materiales y métodos

Para cumplir su objetivo revisaron 7368 historias clínicas de las cuales identificaron 776 mujeres que usaron el SIU más allá de los 60 meses aprobados, con un 5,4% de pérdida de seguimiento. El resultado primario fue la tasa de embarazo en mujeres-año (W-Y) y el secundario fueron las tasas acumulativas de discontinuación y las razones de discontinuación y continuación.

Ellos refieren que la rutina en la clínica de Campinas donde se realizó el estudio es proponer a todas las mujeres dejarse el mismo dispositivo hasta los 6 años, y a las mayores de 45 años al sexto año del SIU, dejarlo hasta la menopausia. Pero las usuarias tienen la libertad de cambiarlo gratuitamente por uno nuevo si lo desean. Interrogaron a todas sobre ocurrencia de embarazo al momento del retiro del SIU. Las razones para la remoción fueron embarazo accidental, sangrado o dolor, expulsión, requerimiento de la paciente por llegar al vencimiento aprobado, razones personales y menopausia. Se excluyeron las usuarias de SIU por motivos médicos únicamente. Analizaron el patrón de sangrado en la última visita. Y utilizaron el método Kaplan Meier para el análisis.

Resultados

Se revisaron 776 historias de usuarias de SIU-LNG más allá de los 60 meses. La mediana de edad a la colocación fue de 32 años, con un rango entre 15 y 44 años, con un número promedio de embarazos previos de 1.9 ± 0.04 . La duración promedio de uso fue de 73 meses post colocación (rango 61-184 meses). **Se reportaron cero embarazos.** Las principales razones de discontinuación fueron vencimiento del dispositivo, menopausia y planes de embarazo. La exposición W-Ys (mujer-años) fue de 967 y 1403 años promedio, respectivamente a los 7 y 15 años. En la última visita la amenorrea fue el principal patrón de sangrado, seguido por spotting y sangrado regular.

Discusión

De acuerdo estos datos se observa la posibilidad de poder mantener el SIU-LNG 52 mg más allá de los 5 años de vida útil aprobada y con una efectividad que no decrece significativamente, al menos por 7 años. Si bien la información es robusta y la observación W-Y acumulada fue a 1403, el 65% utilizó el SIU por 7 años, dificultando la generalización de la información a mayor cantidad de años. Sin embargo estos datos son consistentes con otras investigaciones que recomendamos como bibliografía adicional.

Sabemos que la liberación de LNG por el SIU va declinando con el tiempo, lo cual explica la preocupación teórica por la menor eficacia con el uso extendido (inicia con $20 \mu\text{g}/\text{día}$ decreciendo a $11 \mu\text{g}/\text{día}$ a los 5 años). A pesar de ello, no se observaron embarazos en la cohorte estudiada, y la tasa fue muy baja a 7 años ($0.5/100$ y 0.4 W-Y) en los estudios de la OMS y MacNicholas^{1,4} respectivamente. Debe tenerse en cuenta que el promedio de edad a la colocación fue de 32 años, llegando a los 5 años del SIU con 37, edad en la cual ya hay una declinación natural en la tasa de fecundidad.

En cuanto a farmacocinética, como dicen los autores, no debemos ignorar que el nivel de LNG sérico decrece con el tiempo y a veces el sangrado menstrual se reestablece. Sin embargo, el nivel de LNG sérico no refleja necesariamente la eficacia del SIU, con predominante efecto local uterino. Si el LNG llegara a niveles muy bajos, una posibilidad teórica es que el SIU continúe ejerciendo

efecto como un DIU no medicado. Pero como muchas mujeres continúan en amenorrea, esto lleva a especular que existiría aún cierta cantidad de LNG remanente en el dispositivo.

El estudio que estamos analizando tiene gran número de casos, con mujeres de diferentes edades, en un contexto de atención en una clínica de planificación familiar. Una limitación es el relativo bajo número de usuarias por arriba de los 7 años post colocación, lo cual no permite validar conclusiones sobre eficacia por arriba de ese período de tiempo de uso.

Se necesitan más ensayos clínicos para entender la eficacia del SIU entre los 7 y 9 años. Mientras tanto, las autoridades sanitarias tienen derecho a recomendar cambios en su política, reduciendo costos de programas nacionales y evitando complicaciones surgidas del recambio frecuente. Debe desde ya prevalecer el juicio clínico, considerando factores individuales antes de aconsejar el uso extendido del SIU-LNG.³ Los proveedores de salud pueden informar individualmente, haciendo consejería sobre riesgos y beneficios sobre el uso extendido del SIU, y la usuaria debe saber que el mismo es un uso "off label" (fuera de lo aprobado), pero que, especialmente en ciertos contextos de bajos recursos y acceso restrictivo a métodos anticonceptivos y abortos seguros, el beneficio de esa extensión puede resultar mejor que adoptar métodos anticonceptivos de menor eficacia.

Desafortunadamente los datos no permiten concretamente recomendar el uso más allá de los 7 años, pero razonablemente permiten aconsejar mantener el mismo dispositivo 7 años. Es decir, la evidencia tanto del estudio de Bahamondes como de otros brinda seguridad en cuanto al uso hasta los 7 años pero necesitamos más evidencia para extendernos más allá de este tiempo. No se descarta que el prospecto pudiera cambiar en algún momento. Debemos tener en cuenta también la edad de la mujer, necesitándose más estudios de investigación en relación con el uso extendido del SIU en mujeres nulíparas y jóvenes, por su mayor fertilidad. Aguardamos más estudios referentes a este tema.

Pensamos, los médicos deben tomar una decisión compartida con las pacientes que puedan estar interesadas en el uso extendido del DIU, como forma de consejería anticonceptiva. También puede ayudar a reconocer la importancia de los factores relacionados a cada país y específicos de la comunidad, especialmente en las naciones en desarrollo y las zonas de escasos recursos.

Los datos de estos autores concluyen que el uso extendido del SIU-LNG mostró cero embarazos hasta 15 años de uso, datos importantes desde el punto de vista de las usuarias, de políticas públicas y de sectores involucrados. El menor recambio disminuye complicaciones de los procedimientos, ahorrando tiempo y dinero, así como reduciendo la tasa de embarazos no intencionales.

Bibliografía complementaria recomendada

1. Rowe P, Farley T, Peregoudov A, Piaggio G, Boccard S, Landoulsi S, et al. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel medicated intrauterine device: a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. *Contraception* 2016; 93:498–506.
2. Hidalgo MM, Hidalgo-Regina C, Bahamondes MV, Monteiro I, Petta CA, Bahamondes L. Serum levonorgestrel levels and endometrial thickness during extended use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 2009;80:84–9.
3. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception* 2014;89:495–503.

4. McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q, Swor E, Peipert JF. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the US Food and Drug Administration approved duration. *Obstet Gynecol* 2015;125:599-604.

Boletín práctico sobre métodos anticonceptivos reversibles de larga duración: implantes y anticoncepción intrauterina

ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists

Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices.

Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group.

Obstet Gynecol. 2017 Nov;130 (5): 1173-1175.



AUTORES:

Traducción y comentarios:

Dra. María Teresa Peña

Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefa de Residentes de CEMIC

LARCS: Implantes y Dispositivos Intrauterinos

Los implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (DIU) son considerados los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces. A diferencia de otros métodos reversibles, no son usuario dependientes. Además, una vez suspendido el método, la fertilidad se recupera rápidamente.

Introducción:

En EE.UU existen dos tipos de LARCs (métodos reversibles de larga duración) disponibles: 1) el DIU el (tradicional de cobre y el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel, o SIU-LNG), 2) el implante subdérmico.

El uso de LARCs en EEUU, ha aumentado durante la última década, de un 2.4% en el 2002 hasta alcanzar un 11.6% en 2012. Se observó un descenso en la tasa de embarazo no intencionado en EE.UU desde el año 2008 (51%), en comparación con el 2011 (45%). Dicha disminución es multifactorial, pero el uso de LARCs ha contribuido ampliamente.

En el proyecto Contraceptive Choice, una cohorte prospectiva de 9.256 pacientes, pudieron optar por un método anticonceptivo incluyendo los LARCs. El 75% eligió un LARC: 46% SIU-LNG, 12% DIU de cobre y 17% implante subdérmico. La tasa de continuación del método fue mayor para uso de LARCs en comparación con los métodos de corta duración. En dicho estudio, se observó una

reducción significativa de embarazo no intencionado y aborto, en comparación con la población general. A partir de eso resultados del CHOICE, la iniciativa se extendió a otros sitios de EEUU con resultados igualmente alentadores.

Al disminuir las limitaciones para el acceso a los diferentes LARCS, se reducirá aún más, la tasa de embarazo no deseado.

DIU COBRE:

El mecanismo de acción del DIU es inhibir la migración espermática y prevenir la fertilización con el óvulo. No hay evidencia que sostenga que el DIU de cobre interrumpe el embarazo. Su uso está aprobado por la FDA (Food And Drug Administration) hasta por 10 años. La tasa de falla al año es de 0.8/100 mujeres y a 10 años es comparable con la esterilización quirúrgica. Los efectos adversos descriptos más frecuentes son la hipermenorrea y la dismenorrea.

SIU-LNG:

Existen en EEUU diferentes tipos de endoceptivos que liberan LNG, a diferente dosis. Uno de 52 mg de levonorgestrel: LNG-20 (Mirena®) libera 20 µg diarios; LNG-18.6 (Liletta®) libera 18.6 µg diarios; LNG 19.5 (Kyleena®) que contiene un total de 19.5 mg de LNG pero libera 17.5 µg diarios y LNG-13.5 (Skyla®, conocido y comercializado en nuestro país con el nombre de Blusiri®) contiene un total de 13.5 mg de LNG y libera 14 µg diarios. Todos ellos poseen el mismo mecanismo de acción: espesan el moco cervical. Tampoco se consideran abortivos. El SIU-LNG-20 ha sido aprobado hasta por 5 años. Si bien el SIU-LNG libera baja dosis hormonal pueden existir efectos adversos, aunque con baja incidencia, a nivel sistémico: cefalea, náuseas, tensión mamaria, cambios en el estado de ánimo; etc. Las complicaciones de los DIU son infrecuentes: expulsión (2 al 10% en el primer año de colocación), falla del método o perforación que ocurre en 1.4/1000 colocaciones del SIU-LNG, y en 1.1/1000 con el DIU de cobre.

IMPLANTE SUBDERMICO:

El implante es un dispositivo que se coloca por debajo de la piel. Consiste en una pequeña varilla de plástico flexible que contiene 68mg de etonogestrel., que se libera a por un período de 3 años. El etonogestrel es el metabolito principal del desogestrel. Mide 4 cm por 2mm de diámetro y posee un aplicador, diseñado para permitir una colocación poco profunda y que evita que el implante no salga del aplicador previo a la colocación. A diferencia de la primera versión el actual es radio opaco para facilitar su localización. El principal mecanismo de acción es la anovulación, además espesa el moco cervical y modifica el grosor endometrial. Es el método reversible más efectivo: la eficacia reportada con su uso habitual es de 0.05%. La tasa de embarazo no varía con el peso corporal. Genera cambios en el patrón de sangrado como amenorrea, sangrados infrecuentes, frecuentes o prolongados. Puede presentar efectos adversos gastrointestinales, cefalea, tensión mamaria y vaginitis. Aproximadamente un 12% de las usuarias reportaron ganancia ponderal pero sólo 2-7% discontinuaron el método por dichos motivos. Según escasa evidencia los implantes no tienen influencia en la densidad mineral ósea ni riesgo de fracturas. Las complicaciones por la colocación (1%) y extracción (1.7%) infrecuentes, pero debe ser hecha por profesionales entrenados. La fertilidad se recupera rápidamente luego de su extracción.

Criterios de elegibilidad de LARCS:

Los LARCS presentan pocas contraindicaciones y deberían ofrecerse de rutina en la consulta ginecológica como una opción segura y eficaz para la mayoría de las pacientes. Las recomendaciones de ACOG se basan en criterios de elegibilidad del CDC (<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>)

Consideraciones Clínicas y recomendaciones:

¿Está recomendado el DIU y el implante en nulíparas y adolescentes?

Los DIU y el implante deberían ofrecerse de rutina como una opción segura y eficiente para pacientes nulíparas y adolescentes.

- Según los criterios de elegibilidad (US MEC) el DIU es categoría 2 en nulíparas y adolescentes (menores a 20 años).
- La Academia Americana de Pediatría y la ACOG avalan el uso de LARCS en adolescentes.
- En el proyecto CHOICE, 62% de las 1054 adolescentes optaron por un LARC y demostraron buena satisfacción y por ende alta continuidad del método.
- Ciertas complicaciones sobre la colocación del DIU como la enfermedad pelviana inflamatoria (EPI), el dolor pelviano o la dificultad en la inserción continúan siendo una limitante para que los profesionales lo recomienden en nulíparas y adolescentes. La evidencia actual sugiere que la tasa de perforación uterina, EPI y embarazo ectópico son eventos infrecuentes en todas las usuarias, incluyendo nulíparas y adolescentes.
- Un estudio reciente que involucró 1.117 mujeres entre 13 y 24 años (59% de las mismas nulíparas) ha demostrado una tasa de éxito en el primer intento de colocación cercano al 95.5%.
- El uso de misoprostol de rutina para facilitar la colocación del DIU no estaría recomendado.
- La tasa de expulsión en adolescentes varía entre un 5 a un 22%. El proyecto CHOICE sugiere que la tasa de expulsión es mayor en adolescentes que en grupos etarios mayores y menor en pacientes nulíparas en comparación con multíparas.
- La población nulípara y adolescente suele optar por el SIU-LNG en lugar del DIU-cobre. Pero la tasa de continuación del DIU es alta en ambos casos.
- El riesgo de infección luego de la colocación de DIU es baja. No hay estudios que demuestren un riesgo aumentado de EPI en pacientes nulíparas ni evidencia de que su uso se asocie a infertilidad.
- El US MEC asigna al implante como categoría 1 en nulíparas y adolescentes.
- Las adolescentes entre 14 y 17 años suelen optar por el implante subdérmico dentro de los LARCs. La aceptación y continuación son altas y mayores que con anticonceptivos orales o inyectables (ACO, ACI).

¿Cuál es el momento apropiado de inserción de implante o colocación de DIU?

- La colocación de DIU o implante debería realizarse en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando se haya descartado embarazo.
- La "colocación de intervalo" se refiere a la colocación de DIU o implante durante cualquier momento de ciclo menstrual, fuera del puerperio.
- Luego de colocado el DIU-cobre no es necesario un método anticonceptivo adicional.
- Luego de la colocación del SIU-LNG o el implante, se recomienda un método adicional (el preservativo) por 7 días posteriores a la colocación.

- La colocación de un LARC inmediatamente posterior a un aborto es segura y eficaz.
- El inicio inmediato de un método anticonceptivo reduce sustancialmente un embarazo no intencionado.
- La colocación del DIU-cobre post-aborto inmediato, demostró ser más eficaz que su colocación en el período de intervalo. La colocación de DIU inmediatamente luego del raspado uterino evacuador en el primer trimestre debería ofrecerse de rutina como un método seguro y efectivo. También en aquellos abortos espontáneos completos del primer trimestre inducidos por medicamentos.
- La colocación de SIU-LNG y cobre son categoría 1 en estos casos, y categoría 2 en los abortos del segundo trimestre por presentar mayor tasa de expulsión. Su colocación está contraindicada posterior a un aborto séptico.
- La colocación de DIU inmediatamente posterior a un aborto inducido por medicamentos se asocia a baja tasa de expulsión, alta tasa de continuación del MAC y baja tasa de complicaciones (hemorragia, infección, perforación).
- La colocación de Implante el mismo día del aborto, del primero o segundo trimestre ya sea espontáneo o inducido, debe ser ofrecido de rutina como un MAC seguro y efectivo. Además, se aprovecha la oportunidad para realizar anticoncepción inmediata, sin necesidad de planificar otra consulta.
- En cualquier trimestre la misma corresponde a la categoría 1 de la OMS.
- Con respecto a la colocación postparto ACOG promueve la colocación de LARCs en el puerperio inmediato, idealmente previo al alta sanatorial, como prevención para evitar embarazos no deseados. Las pacientes deberían recibir asesoramiento prenatal en cuanto a opciones de MAC para el puerperio inmediato. El médico debería explicar los beneficios y desventajas de cada método para que cada pareja tome decisiones informadas. El período del puerperio inmediato, es una buena oportunidad de LARCs. Las puérperas suelen estar motivadas a elegir un MAC y el embarazo está descartado en estos casos.
- La colocación de DIU en el puerperio inmediato (dentro de los 10 min posterior al alumbramiento tanto en parto como cesárea) debería ser una opción segura y efectiva que se ofrezca de rutina.
- A pesar de la mayor tasa de expulsión durante este período, se observó que la colocación inmediata reduce los embarazos no deseados posteriores, sobre todo en aquellas pacientes que no realizan seguimiento.
- El US MEC clasifica a la colocación de DIU en el puerperio inmediato como categoría 1, y el SIU-LNG durante la lactancia que son categoría 2.
- La colocación de SIU-LNG o cobre, desde los 10 minutos posteriores al alumbramiento, hasta 4 semanas postparto son categoría 2 según el US MEC, y posterior a las 4 semanas categoría 1.
- La colocación inmediata está contraindicada en pacientes que tuvieron infecciones tales como corioamnionitis, etc.
- Dentro de las desventajas de la colocación tardía, 4-6 semanas posteriores al puerperio, se encuentran la dificultad de realizar seguimiento. Muchas mujeres que optan por el DIU, solicitan su colocación puerperal tardía. Esto conlleva un riesgo aumentado de perforación uterina, sobre todo en aquellas mujeres amamantando y dentro de las 36 semanas del puerperio. A pesar del aumento del riesgo relativo, el riesgo absoluto de perforación uterina fue baja: 1.4/1000 para el SIU-LNG y 1.1/1000 para el DIU-cobre.
- La colocación del implante durante el post-parto inmediato (previo al alta sanatorial) debería ser una opción segura y efectiva que se ofrezca de rutina, independientemente de la lactancia.
- El US MEC clasifica al implante como categoría 1 en pacientes que no están amamantando dentro de los 21 días del puerperio y aquellas que sí amamantan es categoría 2. Si supera los 30 días del puerperio, pasa a ser categoría 1.

- Una ventaja que ofrece el DIU-cobre es ser libre de hormona, por ende no influye en la lactancia. Algunas revisiones sistemáticas revelaron que los anticonceptivos que contienen solamente progestágenos no presentan efectos adversos en la lactancia materna (implante, SIU, píldoras). ACOG recomienda la decisión conjunta médico-paciente luego de un asesoramiento apropiado.

¿Cuándo considerar al DIU como anticoncepción de emergencia?

La colocación de DIU es el método más eficaz como anticoncepción de emergencia, si se coloca dentro de los 5 días de las relaciones desprotegidas.

- Debería ser ofrecido a todas las mujeres que soliciten anticoncepción de emergencia en forma rutinaria y cumplan los criterios para utilizarlo.
- Además no sólo actúa como anticonceptivo de emergencia sino también funciona como LARC.
- En pacientes obesas, se observó una tasa de falla alta en la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel o ulipristal, en comparación con pacientes con IMC normal, pero, con el DIU-cobre, la eficacia no se ve alterada.
- El SIU-LNG permanece en estudio como anticoncepción de emergencia y todavía no debería ser utilizado como tal.

¿Cuánto tiempo dura la anticoncepción con DIU e implante?

- Los datos actuales sugieren que tanto el DIU-cobre, SIU-LNG 20 y el implante son efectivos más allá de su período aprobado por la FDA.
- Tres estudios revelaron que en usuarias de DIU-cobre por más de 12 años no se detectaron embarazos. Sin embargo no se realizó un seguimiento por más de 12 años.
- En la actualidad, se demostró SIU-LNG 20 sigue siendo efectivo como MAC más allá de su período establecido. No así para los otros tipos de SIU-LNG. Un estudio multicéntrico randomizado observó que el SIU-LNG 20 es efectivo al menos durante 7 años, con una tasa de embarazo durante este tiempo de 0.5/100 mujeres.
- Su duración es de al menos 4 años. Un estudio evaluó un total de 204 mujeres usuarias de implante sin reporte de embarazos durante 5 años. Estos resultados probablemente no sean extrapolables a pacientes obesas

¿Hay que hacer tamizaje de rutina para ITS previo a la colocación de DIU?

- Aquellas pacientes que no han realizado tamizaje para ITS (infecciones de transmisión sexual) o que presenten factores de riesgo, según CDC, deberían realizarlo en el momento de la colocación del DIU y no posponer su colocación a espera de resultados, realizando tratamiento ante un test positivo sin necesidad de extraer el dispositivo.
- El US MEC establece que el DIU es categoría 2 para continuación del método en pacientes con infección por chlamydia o gonococo y deberían ser tratadas, pero aun en pacientes con ITS al momento de la colocación, el riesgo de EPI es bajo.
- La colocación de DIU está contraindicada en aquellas pacientes con cervicitis purulenta o infección conocida (categoría 4 US MEC), sugiriéndose postergar la misma hasta finalizar el tratamiento y resolver los síntomas.
- Por el alto riesgo de reinfección, el CDC recomienda repetir el estudio a los 3 meses para aquellas pacientes que presentaron infección por chlamydia o gonorrea.

Se debe asesorar acerca del uso de método de barrera para prevención de ITS.

¿La profilaxis antibiótica previa a la colocación del DIU disminuye el riesgo posterior de EPI?

- No se recomienda la antibioticoterapia de rutina como profilaxis previa la colocación de un DIU porque no está demostrada que disminuya el riesgo de EPI.
- La EPI asociada a la colocación DIU ocurre las primeras semanas post inserción, sugiriendo infección bacteriana intracavitaria al momento de la colocación y no por el DIU per se. Si bien el riesgo relativo para desarrollo de EPI está en aumento, el riesgo absoluto es menor al 0.5%.

¿Cuáles son los efectos del DIU e implante en el ciclo menstrual?

- Cada MAC afecta al patrón de sangrado de un modo diferente. Se debe asesorar previo al inicio sobre dichos cambios (sangrados irregulares o fuera de ciclo), mejorando así las tasas de satisfacción y continuación.
- Las usuarias del DIU-cobre tendieron a discontinuar el método por hipermenorrea y dismenorrea (se puede realizar tratamiento médico para la misma con AINES)
- En cuanto a SIU el spotting es esperable durante los primeros 90 días luego de la colocación.
- La oligomenorrea es menos pronunciada en SIU con menor dosis de LNG, éstas pacientes experimentan más spotting, luego el patrón de sangrado se normaliza y suele ser tolerado.
- Se puede utilizar AINES para el spotting provocado por SIU-LNG. Un estudio randomizado, demostró que el naproxeno reduce el sangrado y spotting en las primeras 12 semanas de uso de SIU-LNG.
- Un beneficio no contraceptivo del implante es la disminución de la dismenorrea.
- Los patrones de sangrado con el uso del implante pueden ser impredecibles y representan la razón más popular para discontinuar el método.
- Se puede considerar a los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como medicación en pacientes que experimentan sangrados irregulares así como un curso de anticonceptivos orales combinados de bajas dosis en aquellas sin contraindicaciones para estrógenos,. Otros estudios describen beneficios con el uso de mifepristona combinada con etinilestradiol o doxiciclina.

¿Qué procedimientos se pueden realizar con un DIU?

- Las biopsias endometriales, las colposcopías, las ablaciones cervicales y la biopsia de endometrio son procedimientos aptos para realizar con un DIU normoinserito.

¿Qué opciones de tratamiento existen para pacientes que tienen DIU y están colonizados con Actinomyces como hallazgo en la citología cervical?

- El hallazgo de Actinomyces en la citología cervical se considera un hallazgo incidental. En pacientes asintomáticas no es necesario realizar tratamiento antibiótico ni retirar el DIU. Se recomienda la conducta expectante ya que tienen muy bajo riesgo de desarrollar una actinomicosis (prevalencia estimada menor al 0.001%).

¿En pacientes embarazadas, la extracción del DIU afecta el curso del embarazo?

- El embarazo en usuarias de DIU es infrecuente pero si ocurre el manejo depende de la paciente, la edad gestacional, localización y si se observan o no los hilos.
- En principio hay que determinar la ubicación del embarazo (mayor propensión a embarazos ectópicos en embarazos con DIU).
- Para embarazos intrauterinos hay riesgos asociados a la extracción del DIU, recomendándose extraerlo, en casos en los que los hilos sean visibles.
- En el caso que la mujer desee continuar con el embarazo y el DIU permanezca en la cavidad, se debe asesorar acerca de los riesgos de aborto espontáneo, aborto séptico, corioamnionitis y trabajo de parto pretérmino. Éstos se reducen con la extracción del mismo.
- En cuanto al DIU-LNG y embarazo, no hay evidencia suficiente en relación a los efectos teratogénicos del LNG.

¿El DIU y el implante son causantes de embarazo ectópico?

- El uso de DIU o implante no aumenta el riesgo absoluto de embarazo ectópico por su eficacia en la prevención del embarazo en general. De ocurrir un embarazo, es más probable que sea ectópico.

¿Cuándo retirar un DIU o implante en pacientes menopáusicas?

- Se sugiere la espera de 1 año de amenorrea en pacientes usuarias de DIU de cobre para confirmar la menopausia previa a la extracción.
- Ya que la amenorrea puede ser secundaria al efecto del DIU-LNG y el implante se puede continuar con dichos MAC hasta los 50-55 años (cuando la mayoría de mujeres alcanzan la menopausia).
- No hay evidencia que demuestre que haya riesgos asociados a retención prolongada de DIU en menopáusicas asintomáticas. El DIU-LNG tiene beneficios no contraceptivos que pueden resultar prácticos en pacientes menopáusicas.

Resumen

Niveles de Recomendación A:

La colocación de DIU inmediatamente luego de una evacuación uterina del primer trimestre debe ofrecerse de rutina como MAC de rutina seguro y eficaz

La inserción del implante en el mismo día que ocurre un aborto del primer o segundo trimestre debería ofrecerse de rutina como MAC seguro y eficaz.

La profilaxis antibiótica de rutina no está recomendada previo a la colocación del DIU

Nivel de recomendación B

Los DIU e implantes deberían ofrecerse como opción segura y eficaz en nulíparas y adolescentes.

La colocación de estos MAC puede realizarse en cualquier momento del ciclo, siempre y cuando se descarte embarazo.

La colocación de DIU inmediatamente luego de un aborto inducido por medicamentos del primer trimestre debería ofrecerse de rutina por ser una opción segura y eficaz.

La colocación de DIU en el puerperio inmediato debería ofrecerse de rutina por ser una opción segura y eficaz como MAC del puerperio.

Pacientes que no realizaron tamizaje de rutina para ITS o que presenten factores de riesgo, en base a la historia clínica, deberían ser estudiadas según las guías de recomendación de CDC. No se debe demorar la colocación de DIU ante la espera de resultados. El tratamiento ante un resultado positivo se instaura sin extraer el DIU.

El DIU se puede ofrecer a pacientes con antecedente de embarazo ectópico

Nivel de recomendación C

Los LARCs presentan pocas contraindicaciones por lo que deberían ofrecerse de rutina como MAC seguros y eficaces para la mayoría de las mujeres.

El DIU- cobre debería ofrecerse como anticoncepción de emergencia en pacientes candidatas para su colocación.

Para mejorar la adherencia y la tasa de continuación de los LARCs, se debe asesorar a las pacientes acerca de los cambios en el patrón de sangrado y que los mismos no representan un riesgo.

Procedimientos tales como biopsia endometrial, colposcopía, ablación cervical pueden realizarse con DIU normoinserito.

La presencia de actinomyces en la citología, se considera un hallazgo incidental. En pacientes asintomáticas no es necesario el tratamiento antibiótico ni retirar el DIU.

Se recomienda retirar el DIU en pacientes embarazadas cuyos hilos sean visibles a la especuloscopia o estén descendidos a nivel cervical.

No hay evidencia que establezca que haya que retirar el DIU o implante previo a su fecha de vencimiento en pacientes menopáusicas.

Comentario:

En la actualidad los embarazos no intencionados, representan un problema tanto social como de salud pública. Por dicho motivo los profesionales de la salud deberían ofrecer con mayor frecuencia LARCs como métodos anticonceptivos, ya que han demostrado ser una opción segura y eficaz, sobre todo en la población adolescente. Sus principales beneficios radican en ser no usuaria dependiente y en su larga duración.

Al tener en cuenta el DIU o el implante, son pocas las contraindicaciones descritas, sin embargo existen muchos mitos alrededor de su uso, que atañen inclusive a los profesionales de la salud. La literatura no sólo avala estos métodos sino que también los considera seguros y eficaces en la mayoría de los casos, sobre todo en situaciones como puede ser posterior a un aborto o en el puerperio. El proyecto CHOICE ha demostrado la eficiencia de los LARCs en comparación con otros MAC (anticonceptivos orales, anillo vaginal, parches; etc.). También está indicado en nulíparas y adolescentes. La consejería previa al comienzo de un nuevo LARC es sumamente importante ya que de ella depende en gran medida la tasa de continuación del mismo.

Si bien este boletín menciona que la duración del Implante subdérmico tiene eficacia anticonceptiva durante cuatro años y el SIU-LNG la tiene por más de cinco años, ni la FDA ni ANMAT han aprobado aún la duración de dichos dispositivos por más de tres y cinco años respectivamente.