

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 15, N°1 (2019)

Dra. Gabriela Kosoy
Presidente de AMAdA



Estimados colegas

Bienvenidos a este nuevo número de la Revista On Line de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Seguimos trabajando desde AMAdA y tenemos un fuerte compromiso en generar acciones para promover los derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva, derribar mitos y barreras acerca de los métodos anticonceptivos, sobre todo LARCs (Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración) y **trabajar activamente en la prevención del embarazo no intencional y su consecuencia, el aborto en situación de riesgo.**

Asimismo, fomentamos la formación de los Profesionales de la Salud, que trabajen en la temática, a través de las diferentes Jornadas organizadas conjuntamente con nuestras delegaciones del interior del país. Las Capacitaciones sobre LARCs, como también Cursos On line, como el recientemente iniciado "Manejo Práctico de la Anticoncepción" curso que ha tenido muy buena aceptación no solo en los médicos, sino también entre las Licenciadas en Obstetricia, ¡bienvenidas al mismo!

Los invito también a participar en el próximo Curso On line que realizaremos junto con la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), "Salud Sexual y Salud Reproductiva en los Adolescentes. Lo que debemos saber." durante los meses de octubre y noviembre de este año.

Quiero compartir con ustedes la gran satisfacción que tenemos desde AMAdA, por el alto nivel científico y académico de nuestra revista y especialmente este número cuenta con excelentes trabajos y artículos que podrán disfrutar en la misma.

Confirmamos nuevamente la importancia de la Prevención del embarazo no intencional con el trabajo sobre Anticoncepción Inmediata pos-evento Obstétrico: "Estrategia AIPE en el Hospital Álvarez" y los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva en Preguntas al experto "Aplicación del nuevo Código Civil en Salud Sexual y Reproductiva", donde la Dra Nelly Minyersky nos aclara situaciones de manejo cotidiano en las consultas que debemos conocer.

El "Comentario Bibliográfico sobre reporte de la Secretaria de Gobierno de Salud: Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación" un resumen detallado que muestra la importancia del suministro de este método en el Sistema Público de Salud, para poder disminuir la tasa de embarazo no intencional en nuestras jóvenes.

En Anticoncepción definitiva en el hombre, "Vasectomía sin Bisturí" un método no siempre tenido en cuenta, donde el Equipo del Hospital Italiano nos muestra su casuística.

En esta oportunidad en Comentarios Bibliográficos, "Opciones terapéuticas para el sangrado impredecible por LARCs" sumamente útil en la práctica diaria y "Anticoncepción y Millenials, ¿por qué se olvidan? pregunta que nos hacemos frecuentemente.

¡¡Espero disfruten entonces de este número de la revista!!

Para finalizar el año, vayan agendando nuestro próximo **"X Congreso Internacional AMAdA 2019. Salud Sexual y Reproductiva, de lo biológico a lo sociocultural"** que será los días 14 y 15 de noviembre en el Complejo La Plaza. El curso precongreso será el 13, con Talleres de colocación de DIU Lng e Implante, y AIPE, así como también Casos clínicos.

Tendremos la presencia de disertantes internacionales: Dra Anita Nelson de EE. UU., Dr. Luis Bahamondes de Brasil, Dr. David Escobar de Chile y el Dr. Rodolfo Ponce de León de Uruguay, más nuestros prestigiosos disertantes nacionales.

En este congreso no solo compartiremos conocimientos científicos sino también momentos de intercambio y camaradería, con profesionales de nuestro país, así como también con colegas latinoamericanos que nos visiten. ¡Están todos invitados!

Próximamente ya podrán visitar la pagina WEB del Congreso para más información sobre el mismo.

¡Los Esperamos!

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

Dra. Gabriela Kosoy

Estrategia aipe en el Hospital Álvarez. Un modelo de calidad de atención en el hospital público.

AUTORES:

Copello Liñán F., Diego G., Dimilito M.V., Messina A., Moran S., Orrigo A.B.
Servicio de Obstetricia – Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina
Mail: orrigoanabelen@gmail.com



Resumen

INTRODUCCIÓN: En todo el mundo, más de 9 de cada 10 mujeres quieren evitar el embarazo los primeros 2 años después de haber tenido un parto, pero 1 de cada 7 no está usando ningún método anticonceptivo. El embarazo, puerperio y situación de aborto constituyen una oportunidad para realizar consejería en anticoncepción. En el servicio de obstetricia del Hospital de agudos Teodoro Álvarez, se implementa la estrategia AIPE, Anticoncepción Inmediata Post Evento obstétrico.

OBJETIVO: Demostrar el funcionamiento de modelo de atención pública utilizando la estrategia AIPE, en función del aumento de elección y aplicación de métodos de alta eficacia como LARCs y anticoncepción quirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de tipo observacional, de corte transversal descriptivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA: Mujeres que cursaron internación en el servicio de obstetricia en el Hospital de agudos Teodoro Álvarez, por un evento obstétrico.

RESULTADOS: El total de mujeres fue de 1887 Incluyendo aquellas que ingresaron para parto o cesárea y aquellas con diagnóstico de aborto. Mil quinientos un mujeres ingresaron para tener parto o cesárea, de estas 50.48% no buscaba embarazo, representando el 42% del total. Al egreso hospitalario, el 10% se colocó el implante subdérmico, 14% se decidió por la colocación de DIU postparto inmediato, 10 % se retiró de alta con ligadura tubaria. El número de ingresos por aborto fueron 386, de los cuales: el 35% no utilizaban ningún método anticonceptivo. El 99.7% en situación de aborto recibió consejería en anticoncepción antes del egreso hospitalario. 27% egresó del hospital con DIU colocado post evento, 15% con implante subdérmico. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El 35% de las mujeres que cursaron internación en el servicio de obstetricia al menos en los próximos 3 años, como mínimo, tendrán un método anticonceptivo de alta eficacia.

Summary

INTRODUCTION: Across the world, more than 9 out of 10 women want to avoid pregnancy for the first 2 years after giving a birth, out of 1 in 7 is not using any contraceptive method. Pregnancy, puerperium and abortion are an opportunity to perform counseling in contraception. In the obstetrics service of Teodoro Álvarez acute care hospital, the AIPE strategy, Immediate Contraception Post-obstetric Event, is implemented.

OBJECTIVE: To demonstrate the way that public health care system works with an AIPE strategy, in order to increase the choice and application of high efficiency methods such as LARCS and tubal ligation.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective study of observational type, descriptive cross section.

POPULATION AND SAMPLE: Women who attended hospitalization in the obstetrics service at Teodoro Álvarez hospital, due to an obstetric event.

RESULTS: The total number of women was 1887,1501 women who were admitted for delivery or cesarean section, of these 50.48% did not seek pregnancy, representing 42% of the total. At hospital discharge, 10% placed the subdermal implant, 14% decided to place an immediate postpartum IUD, 10% withdrew high with tubal ligation. The number of abortion income was 386, of which: 35% did not use any method. The 99.7% in abortion situation received counseling in contraception before hospital discharge. 27% left the hospital with an IUD placed after the event, 15% with a subdermal implant.

DISCUSSION AND CONCLUSION: 35% of the women who attended the obstetrics service at least in the next 3 years, at least, will have a high efficiency method of contraception.

1. INTRODUCCIÓN

La tasa de embarazo no deseado en la Argentina se encuentra en ascenso; la misma en el 2011 fue de 53.1% y en el 2015 alcanzó el 55%¹. En todo el mundo, más de 9 de cada 10 mujeres quieren evitar el embarazo los primeros 2 años después de haber tenido un parto, pero 1 de cada 7 no está usando ningún método anticonceptivo ². Esto trae aparejado un aumento en la morbilidad materno-fetal, dada por la disminución del periodo intergenésico y al aumento de abortos inseguros. En la Cumbre del milenio del año 2000, se define como uno de los Objetivos del desarrollo, la disminución de la morbilidad materna, evitando los embarazos no deseados, poniendo énfasis en los métodos de larga duración³. La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el postparto, expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo. Los embarazos con un período intergenésico corto plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus hijos. Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción postparto y postaborto. Muchas de estas mujeres no tienen acceso a las opciones anticonceptivas, por lo tanto, es necesario establecer estrategias que permitan mejorar la atención de la salud reproductiva de las mujeres después del embarazo. La Planificación Familiar se presenta, entonces, como una herramienta de trabajo clave.

El embarazo, puerperio y situación de aborto constituyen para muchas mujeres el primer contacto con el Sistema de Salud, por lo que éstas deben utilizarse como oportunidades para realizar consejería en anticoncepción. Esto evita la necesidad de volver al centro de salud para una consejería o colocación de un método anticonceptivo, ya que muchas mujeres no regresan⁴. En el caso del Hospital de Agudos Teodoro Álvarez, se observó una baja adherencia a concurrir al consultorio de salud sexual y reproductiva al alta hospitalaria, siendo solo un 29% quienes regresan⁵ (Año 2014).

En el servicio de obstetricia del Hospital de agudos Teodoro Álvarez, se implementa la estrategia AIPE (Anticoncepción Inmediata Post Evento obstétrico), con información completa y sistematizada desde agosto de 2016. Ésta consiste en el acceso de la mujer al método anticonceptivo elegido

idealmente durante el control prenatal o en el post evento obstétrico inmediato antes del alta hospitalaria (48hs) haciendo énfasis en los métodos de larga duración reversibles (implante subdérmico y DIU) ⁶ e incluyendo la ligadura tubaria postparto inmediato e intracésarea.

Para llevar a cabo este modelo, los profesionales de la salud (obstétricas, médicos y enfermeras) que toman contacto con la mujer que concurre al servicio de obstetricia, realizan consejería en anticoncepción durante el control prenatal, internación, puerperio, y en las internaciones por aborto. La consejería se realiza haciendo hincapié en los métodos anticonceptivos de larga duración, explicando los beneficios de estos e informando sobre los riesgos del periodo intergenésico corto y del embarazo no planeado.

Para poder llevar a cabo este modelo de atención, se realiza la propuesta de manera sistemática, a toda mujer que ingresa al servicio, de la colocación de DIU postparto inmediato⁷, DIU intracésarea, DIU post aspiración manual endouterina o raspado uterino evacuador, de implante subdérmico postparto inmediato y post aborto, así como también se ofrece dentro de esta misma estrategia y modelo la opción de la ligadura postparto inmediato (dentro de las primeras 48 hs.)⁸, intracésarea o postaborto. Es menester registrar claramente la decisión de la paciente en la historia clínica, para que esta no sea pasada por alto en su internación. En el servicio se cuenta con consentimientos informados específicos que se adjuntan a la misma historia clínica especificando el método anticonceptivo elegido (ver anexo 1). Al egreso se entrega carnet de consultorio de salud sexual y reproductiva, donde la mujer debe concurrir para sus controles, según el método elegido.

2. OBJETIVO:

Demostrar el funcionamiento de un modelo de atención pública utilizando la estrategia AIPE. Demostrar el funcionamiento en función del aumento de elección y aplicación de métodos de alta eficacia como LARCs y anticoncepción quirúrgica.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de tipo observacional, de corte transversal descriptivo. Se utilizo la base de datos del Sistema informático perinatal (SIP) y SIP aborto. Base de datos de colocación de DIU postparto e intracésarea. Revisión de historias clínicas de internación y de consultorio de salud sexual y reproductiva.

POBLACION Y MUESTRA

Criterios de inclusión

- Mujeres que cursaron internación en el servicio de obstetricia en el hospital Álvarez en el periodo comprendido entre el 1 ° de octubre 2016 y 31 de diciembre de 2017 por un evento obstétrico. Pudiendo ser aborto, embarazo ectópico, parto vaginal, parto forcipal o cesárea abdominal.

Criterios de exclusión

- No haber cursado evento obstétrico durante la internación (por ejemplo, control obstétrico, abdomen agudo ginecológico).

Coordenadas témporo-espaciales

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Agudos Teodoro Álvarez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el periodo abarcado entre el 1° octubre 2016 al 31 diciembre 2017.

Variables

- **Motivo de ingreso hospitalario:** causa por la cual la mujer se interno en el servicio de obstetricia. (Finalización de embarazo mayor a 24 semanas o Aborto)
- **Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. (en rangos: < 15 años, entre 15 y 19 años, 20 a 34 años, > 35 años)
- **Gestas previas:** Número de embarazos que ha tenido una mujer. (En rango: <1, entre 1 y 2, ≥ 3) y escala nominal.
- **Embarazo planeado:** programación en el tiempo y en condiciones idóneas de un embarazo. Si, no (Escala nominal).
- **Fracaso de método anticonceptivo:** Es la concepción de un embarazo con el uso concomitante de cualquier acto, dispositivo o medicación para evitarlo. Barrera, DIU, Hormonal, emergencia, natural, no usaba (escala nominal)
- **Método anticonceptivo elegido:** Es cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción, por el que la mujer optó después del evento obstétrico. DIU postevento, DIU diferido, implante subdérmico, otros anticonceptivos hormonales, método de barrera, ligadura tubaria, método natural, ninguno (escala nominal)

4. RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 01/10/2016 al 31/12/17 ingresaron al servicio un total de 1887 mujeres por evento obstétrico.

De las 1501 mujeres que ingresaron para tener parto o cesárea, en el periodo mencionado, se observó en cuanto a la edad que 1149 (76%) tenían entre 20 y 34 años, 159 (11 %) entre 15 y 19 años y 189 (13%) eran mayores de 35 años (ver gráfico 1).

Respecto a la paridad previa, 780 mujeres (52 %) tenían entre una y dos gestas, 410 (27 %) no tenían ninguna gesta previa y 311 (21%) tenían 3 gestas o más (ver gráfico 2). El máximo de gestas previas fue de siete.

El periodo intergenésico en 1200 (80 %) de las mujeres fue de 23 meses o más. Del total de estos embarazos, 870 (58 %) fueron no planeados (ver gráfico 3). Mil doscientos cincuenta y dos (84%) no utilizaba ningún método anticonceptivo, de las cuales 620 (49.52%) buscaba un embarazo y 632 (50.48%) no buscaban embarazo, representando éstas el 42% del total de ingresos por partos o cesáreas y el 73% de mujeres que no planeaban embarazo. En el grupo de las que si utilizaban método, 129 (15%) refirió utilizar barrera, 101(12%) hormonal, y solo 5 (0.79%) utilizaba DIU al momento del embarazo (ver gráfico 4).

Al momento del egreso hospitalario, 592 (40%) mujeres optaron por método hormonal, de las cuales 155 (11% del total) se colocaron el implante subdérmico; 273 (18%) prefirieron la colocación de DIU diferido; 256 (17%) eligieron método de barrera; 215 (15%) se decidieron por la colocación de DIU postparto inmediato, y 144 (10 %) se retiraron de alta con ligadura tubaria (de las cuales 44 fueron postparto y 100 intracesárea) y solo 5 (0,4%) no optaron por ningún método ofrecido (ver gráfico 5). Si se compara el periodo de octubre a diciembre de 2016 (n=340), cuando se inició la colocación de DIU postparto, en proporción con el 2017 (n=1161), el porcentaje se incrementó de 11%(n=38) al 18% (n=177). Mil cuatrocientas ochenta y cinco (98.9%) púerperas se retiraron del

hospital con conocimiento de los métodos anticonceptivos, con carnet y turno otorgado para presentarse en consultorio de salud sexual y reproductiva y continuar con el método elegido.

En lo que respecta a los ingresos por aborto, incluyendo embarazo ectópico e interrupción legal del embarazo fueron 386 ingresos en total, de los cuales: 264(68%) tenían entre 20 y 34 años, 35 (9%) fueron menores de 19 años, de las cuales 8 (2%) eran menores de 15 años y 79 (21%) tenían más de 35 años al momento de la internación (ver gráfico 1). Doscientos treinta y cuatro mujeres (60%) tenían entre 1 y 3 gestas previas, 99 (26%) eran primigestas y 53 (14%) tenían 4 gestas previas o más (ver gráfico 2). Doscientos treinta (60 %) no utilizaban ningún método anticonceptivo. Doscientos noventa y uno (76%) refirieron cursar un embarazo no planeado (ver gráfico 3), de ellas 138 (48%) no utilizaban ningún método anticonceptivo y 155 sí lo hacía, 85 (29%) de las cuales utilizaban barrera, 14 (5%) tenían colocado DIU y 50 (17%) empleaban método hormonal (ver gráfico 4). De 385 mujeres en situación de aborto un 99.7% recibió consejería en anticoncepción antes del egreso hospitalario. De ellas, 103 (27%) egresaron del hospital con DIU colocado post evento, 57(15%) con implante subdérmico, 59 (15%) optaron por anticonceptivo hormonal inyectable, 29 (8%) prefirieron la colocación de DIU diferida, 66 (17%) eligieron anticoncepción hormonal oral y 67 (17%) método de barrera. Cinco (1.29%) mujeres solicitaron la ligadura tubaria, 3 (0.8%) de ellas se retiraron del servicio con este método. (ver gráfico 5). Una mujer (0.2%) decidió no utilizar ningún método anticonceptivo. Respecto al grupo que no buscaba embarazo, (n =291), 88 (31%) se retiró con el DIU colocado, 85 (30%) optaron por hormonal, 50 (18%) con el implante subdérmico; sólo 17 (6%) eligieron la colocación de DIU diferida mientras que 39 (14%) método de barrera.

El 99% (n=1870) de las mujeres que cursaron internación por un evento obstétrico se retiraron con consejería en salud sexual y reproductiva.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La cobertura de consejería en anticoncepción durante la internación es alta (99%) no alcanzando la misma el 100%, como consecuencia de los egresos hospitalarios sin alta médica. La solicitud de ligadura tubaria excede la capacidad resolutive del servicio, debido a factores externos, como es la disponibilidad de anestesiología.

Aún teniendo la opción de la colocación de DIU post evento inmediato, el servicio presenta una demanda alta en la colocación de DIU diferido, en el grupo de los ingresos por parto y cesárea, en comparación con los ingresos por aborto, donde la colocación post evento alcanza un 27%. Si bien desde que se inició la colocación de DIU postparto e intracesárea, la demanda aumentó de un 11% en el periodo del 2016 al 18% en el periodo del 2017, consideramos que tiene que seguir en aumento. De existir la pérdida de esta oportunidad valiosa para la salud de las mujeres, ésta podría ser subsanada en la instancia del control prenatal haciendo más efectiva la consejería en anticoncepción.

En la población estudiada, que incluye ingresos por abortos e ingresos para partos u operación cesárea no hay grandes diferencias de edad ni de gestaciones anteriores. Corresponde mencionar que en los ingresos por aborto se han hallado pacientes menores de 14 años mientras que en los ingresos por nacimientos no se inscribe ningún caso, aunque el porcentaje de embarazo adolescente se mantiene en los dos grupos por igual (ver gráfico 1).

El porcentaje general de embarazo no deseado es de 61% (n=1161) (ver gráfico 3). Este es mayor en el grupo perteneciente a ingresos hospitalarios por abortos, sin embargo, las mujeres que no

buscaban embarazo y no utilizaban método anticonceptivo fueron más en los ingresos por nacimientos.

A partir de la implementación de la estrategia AIPE, un total de 677 mujeres se retiraron del hospital con un método anticonceptivo de larga duración y alta efectividad. Esto representa 36% de las mujeres que cursaron internación en el servicio de obstetricia en el periodo estudiado, que al menos en los próximos 3 años, como mínimo, tendrán un método anticonceptivo de alta eficacia. El 16.85 % (n=318) se retiraron con DIU colocado, 11% (n=212) con un implante subdérmico y 8 % (n=147) con ligadura tubaria (ver gráfico 5). Cabe mencionar que en las mujeres que ingresaron en situación de aborto, con un embarazo no planeado, el 49% se retiró con un método de larga duración. Creemos que la fortaleza de este modelo reside en la creación de un circuito virtuoso entre usuarias, y profesionales de la salud donde lo más importante es empoderar en la información de método anticonceptivo a las mujeres, que puedan tomar decisiones, y brindar el acceso a los mismos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico SIP gestión. Desarrollo e Implementación a Escala Nacional de un Sistema Informático en Salud de la Mujer y Perinatal en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2015.
 2. RCOG. Best practice in postpartum family planning Best Practice. Paper No. 1 June 2015.Guideline.
 3. Declaración del Milenio. Asamblea del milenio ONU. 13 de septiembre del 2000.
 4. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Ministerio de salud de México. 2002
 5. Luego del nacimiento, ¿cómo se controlan nuestras puérperas? Servicio de Obstetricia, Hospital de Agudos Teodoro Álvarez. Presentación de trabajo científico. XV Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires. Mar del Plata, 2014
 6. Anticoncepción post evento obstétrico. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de salud de la Nación, Argentina. 2016.
 7. Messina Analia y Col. "Colocación de dispositivo intrauterino postparto inmediato".2016. SOGIBA JUNIO 2016
 8. Ligadura tubaria. Documento científico. Ministerio de salud de la Nación Argentina. 2009
- Anticoncepción inmediata pos evento obstétrico (AIPE). NOTA TÉCNICA 5/2017. Programa de salud sexual y reproductiva, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.

Graficos y Tablas

Gráfico 1

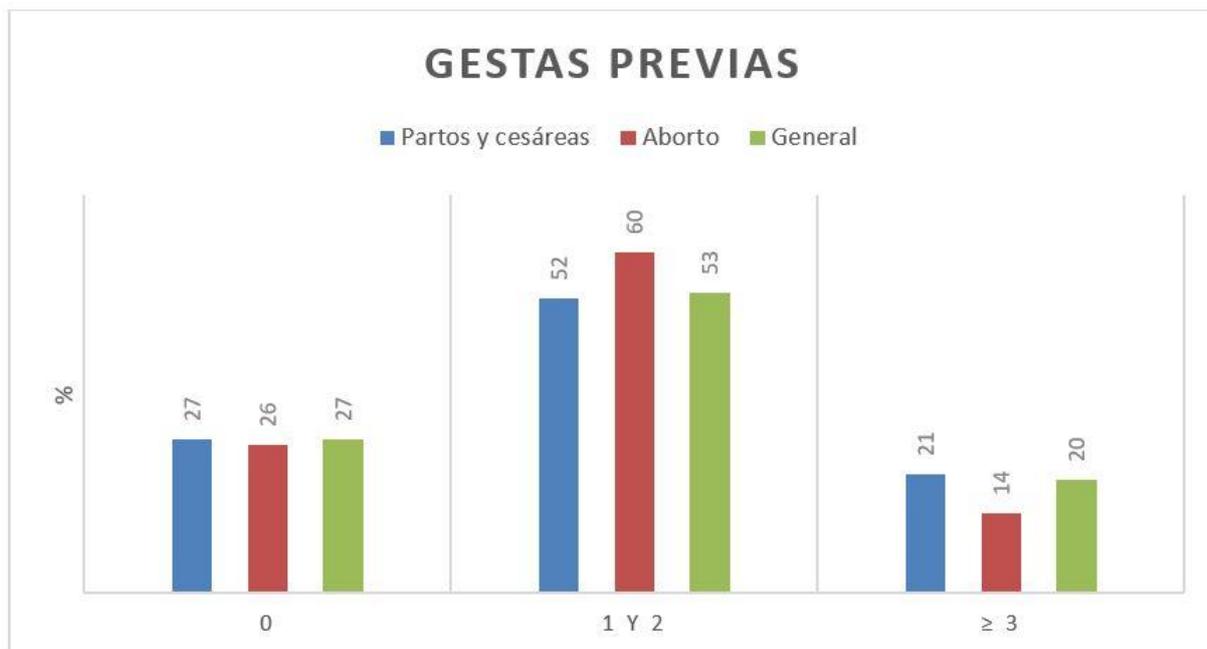


Tabla 1

gestas previas	partos y cesáreas	%	otro/a	%	total	%
0	410	15	22	25	140	15
1 y 2	180	25	53	20	140	23
≥ 3	311	51	23	14	30	50
Total	1201	100	380	100	1881	100

Gráfico 2

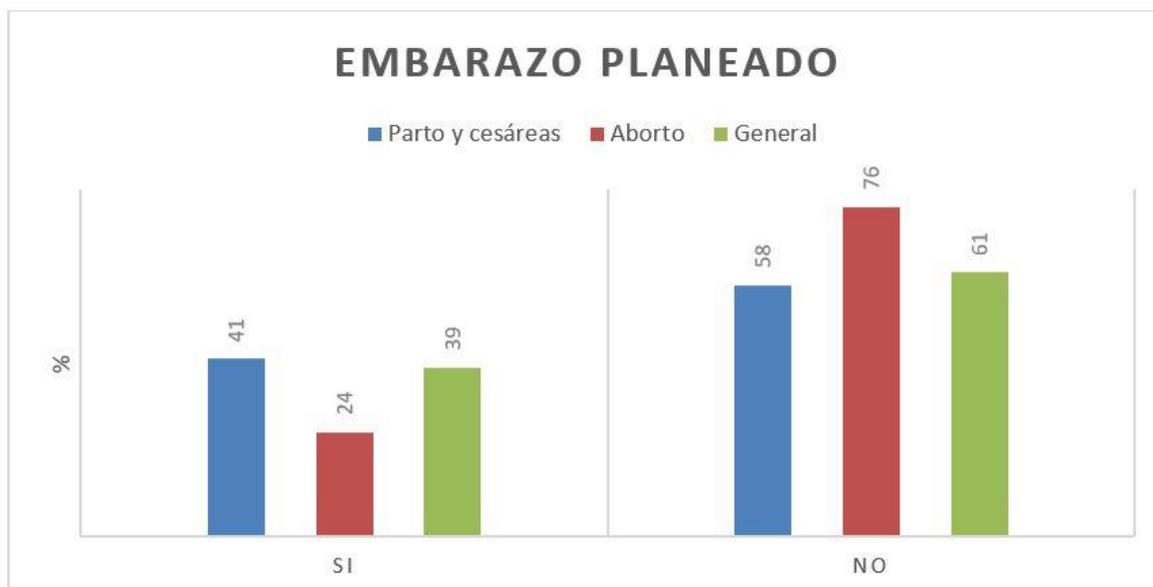


Tabla 2

Embarazo planeado	Parto y Cesárea	%	Aborto	%	General	%
Si	620	41	94	24	714	39
No	870	58	291	76	1161	61
Falta dato	11	1	1	0	12	0
Total	1501	100	386	100	1887	100

Gráfico 3



Tabla 3

Método anticonceptivo que utilizaban las mujeres que no planeaban embarazo	Parto y cesáreas	%	Aborto	%	General	%
No usaba	632	73	138	48	770	66
Barrera	129	15	85	29	214	19
Hormonal	101	12	50	17	151	13
Diu	5	0	14	5	19	1
total	870	100	291	100	1161	100

Gráfico 4

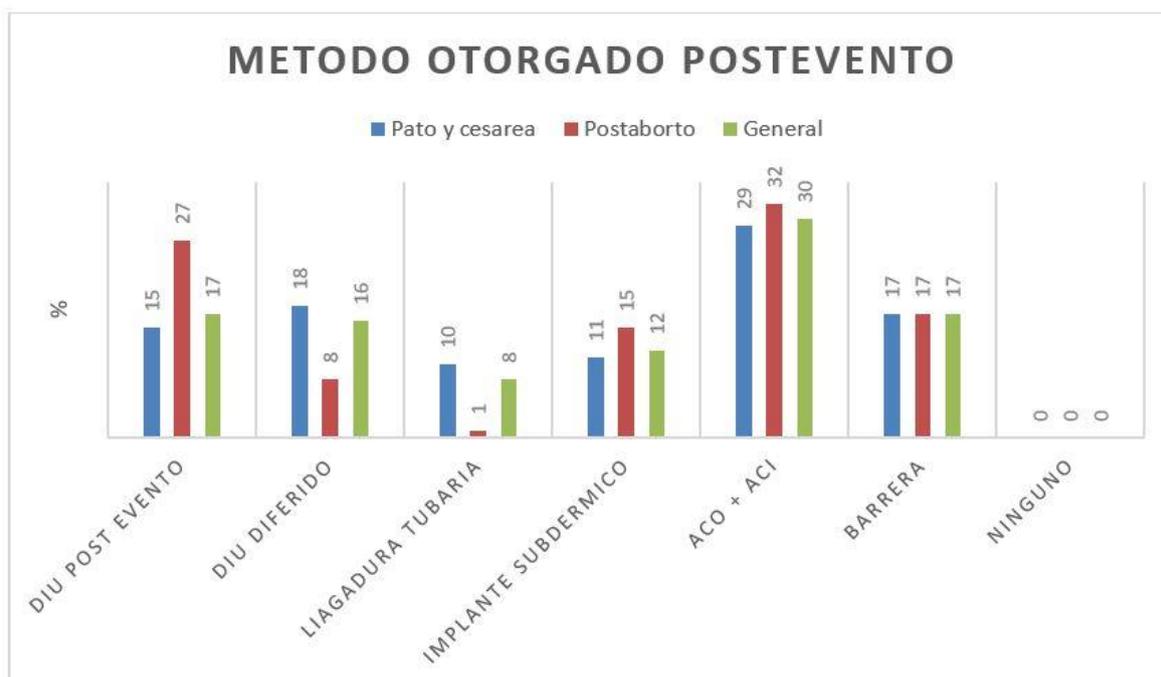


Tabla 4

Método elegido	Parto y cesárea	%	Aborto	%	total	%
Barrera	256	17	67	17	323	17
Hormonal (ACO + ACI)	437	29	125	32	562	30
Implante subdérmico	155	11	57	15	212	12
DUI postevento	215	15	103	27	318	17
DIU diferido	273	18	29	8	302	16
Ligadura tubaria	144	10	3	1	147	8
Ninguno	5	0	1	0	6	0
Total	1485	100	385	100	1870	100

ACCEDER AL MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Vasectomía sin bisturí: revisión bibliográfica y experiencia en el Hospital Italiano de Buenos Aires

AUTOR:

Silva Garretón Alejandro¹, Layús Omar², Barreiro Santiago³, Rey Valzacchi Gastón⁴
Hospital Italiano de Buenos Aires - CABA - Argentina



Resumen

Introducción/Objetivo: a partir de la sanción de la Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica en Argentina en el año 2006, los diferentes métodos de vasectomía han recibido considerable atención, en especial la vasectomía sin bisturí. El objetivo fue realizar una revisión bibliográfica sobre la vasectomía sin bisturí y contrastarla con nuestra experiencia en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Material y Método: estudio de revisión bibliográfica y de serie de casos retrospectivo en el que se analizaron las historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó vasectomía sin bisturí entre los años 2009 y 2018 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Resultados: se realizaron 252 vasectomías en 112 meses, con un promedio de edad de 43,27 años (20-80). El 43,25% no realizó adecuadamente el control espermático. Se evidenció un 96,62% de eficacia, sin complicaciones graves.

Conclusiones: la vasectomía sin bisturí es una técnica quirúrgica segura y altamente eficaz en el logro de la anticoncepción masculina definitiva, como pudimos comprobarlo en nuestra casuística, aunque con una baja tasa de adherencia al control espermático posoperatorio. Es muy importante enfatizar la relevancia del control espermático posoperatorio, así como la intención de irreversibilidad del procedimiento.

Abstract

Introduction/Objetivo: since the saction of the Law N° 26.130 about Surgical Contraception in Argentina in 2006, diferent vasectomy approaches have received considerable attention, specially the no-scalpel vasectomy. The objective was to undergo a bibliographic review about no-scalpel vasectomy and to contrast it with our experience at Hospital Italiano from Buenos Aires.

Material and Method: bibliographic review and case series retrospective study where the clinical histories of the patients that underwent a no-scalpel vasectomy were analyzed between 2009 and 2018 at Hospital Italiano from Buenos Aires. Results: 252 vasectomies were performed in 112 months, with a mean age of 43,27 years (20-80). 43,25% didn't return for control as scheduled. The procedure showed a 96,62% of efficacy, and no severe complications.

Conclusions: no scalpel vasectomy is a secure and highly effective surgical technique to achieve definitive male contraception, even though a low adherence to postoperative sperm controls. It's very important to highlight the relevance of the spermatic postoperative control, as well as the intention of irreversibility with this procedure.

Palabras Clave: vasectomía, vasectomía sin bisturí, anticoncepción masculina

Key Words: vasectomy, no scalpel vasectomy, male contraception

Introducción

A partir de la sanción de la Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica en el año 2006 en nuestro país¹, la consulta del varón por deseo de anticoncepción quirúrgica definitiva ha pasado a ser una práctica progresivamente más frecuente.

Clásicamente se ha utilizado la técnica de vasectomía tradicional, adoptándose en los últimos años la técnica sin bisturí descrita en 1991 por Shun Qiang Li², la cual posee una mayor eficacia anticonceptiva con una menor tasa de complicaciones, como se ha reportado en varias publicaciones³⁻⁶.

Está descrito, posterior a la vasectomía, la posibilidad de persistencia de espermatozoides en el eyaculado durante un tiempo variable. Por esta razón es necesario mantener, luego de la vasectomía, algún método anticonceptivo hasta que el control espermático muestre la ausencia de espermatozoides.

Por otro lado, este método anticonceptivo ha sido objeto de publicaciones en las que se le ha atribuido un aumento del riesgo de cáncer de próstata, de testículo, y aún de aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre la vasectomía, sobre todo sobre su eficacia y seguridad, y contrastar esta información con nuestra experiencia de la sección de Andrología y Reproducción del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Material y Método

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la bibliografía vigente en materia de vasectomía, poniendo especial énfasis en revisiones sistemáticas y meta-análisis. Esta búsqueda se realizó a través de PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), utilizando las palabras clave (y su variante en inglés) "vasectomía" ("vasectomy"), "vasectomía sin bisturí" ("no-scalpel vasectomy") y anticoncepción masculina ("male contraception").

También se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes a los que se les efectuó una vasectomía sin bisturí entre Septiembre de 2009 y Diciembre de 2018 en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Todos los pacientes, previo a la cirugía, recibieron asesoramiento quirúrgico de los beneficios y complicaciones derivadas del procedimiento, y firmaron un consentimiento informado. En la entrevista preoperatoria se remarcó la necesidad del uso de algún método anticonceptivo post vasectomía, así como el control posoperatorio a los 2 meses con espermograma, ó hasta que los estudios espermáticos evidencien la ausencia de espermatozoides vitales.

La cirugía fue realizada por cirujanos especialistas en Andrología de la sección de Andrología y Reproducción del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se utilizó la técnica sin bisturí descrita por Shun Qiang Li, utilizando múltiples métodos oclusivos para tratar el conducto deferente. Para ello se utilizó un kit de pinzas especiales (**Foto 1**) destinadas a tal fin. El procedimiento consistió en reconocer el deferente digitalmente, repararlo con la pinza de anillo, y con la pinza mosquito se realizó una pequeña divulsión de la piel sobre el deferente, se lo disecó, se introdujo la valva derecha de la pinza mosquito en la luz deferencial, y se rotó la pinza 180° soltando

simultáneamente la pinza de anillo, retomando el deferente con la misma. Luego se disecó el pedículo respetando su vasculatura. Se realizó la ligadura del conducto deferente con Vicryl 3-0, resección de una porción del mismo y electrocoagulación de las mucosas de sus extremos, para terminar con la interposición de las fascias deferenciales (**Foto 2. A-J**). Se repitió el procedimiento del lado contralateral. El procedimiento finaliza con un punto de Vicryl o Catgut en piel. Posteriormente, se les indicó la utilización de algún método anticonceptivo, así como mantener relaciones sexuales en forma frecuente^{2,6}.



Foto 1. Set de pinzas para vasectomía sin bisturí



Foto 2 (A-J). Pasos quirúrgicos de la vasectomía sin bisturí

A- Se toma el deferente con la pinza de aro.



B- Se pinza la piel sobre el deferente en forma paralela con la pinza mosquito



C- Se abre la pinza y divulsiona la piel.



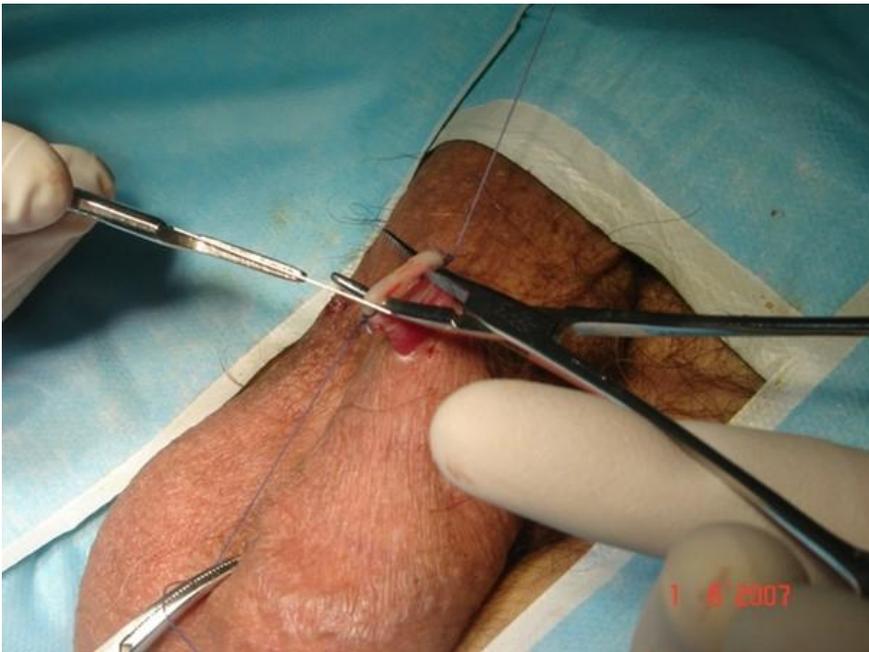
D- Se pinza el deferente.



E- Se rota la pinza 180° exteriorizando el deferente.



F- Se retoma el deferente y se diseca su pedículo.



G- Ligadura proximal y distal del deferente.



H- Resección del deferente.



I- Sepultamiento del cabo testicular.



J- Cierre de piel

En todos los casos se indicó el primer control clínico al séptimo día posoperatorio, evaluándose la eventual presencia de complicaciones. El primer espermograma fue indicado a los 2 meses posoperatorios y, de no ser azoospermico, los siguientes se solicitaron con un intervalo de 4 a 6 semanas hasta obtener, o al menos su equivalente, un recuento ≤ 100.000 espermatozoides inmóviles^{7,8}. Todos los espermogramas fueron evaluados en un laboratorio de reproducción.

Resultados

Durante los 112 meses transcurridos se realizaron un total de 252 vasectomías, de las cuales 26 (10,32%) eran pacientes sin hijos. La edad promedio fue de 43,27 años (20-80 años), siendo en pacientes con hijos de 44,24 años (27-80 años), y menor en pacientes sin hijos, de 34,92 años (20-57 años).

Podemos observar el incremento progresivo del número anual de vasectomías realizadas (**Fig.1**).

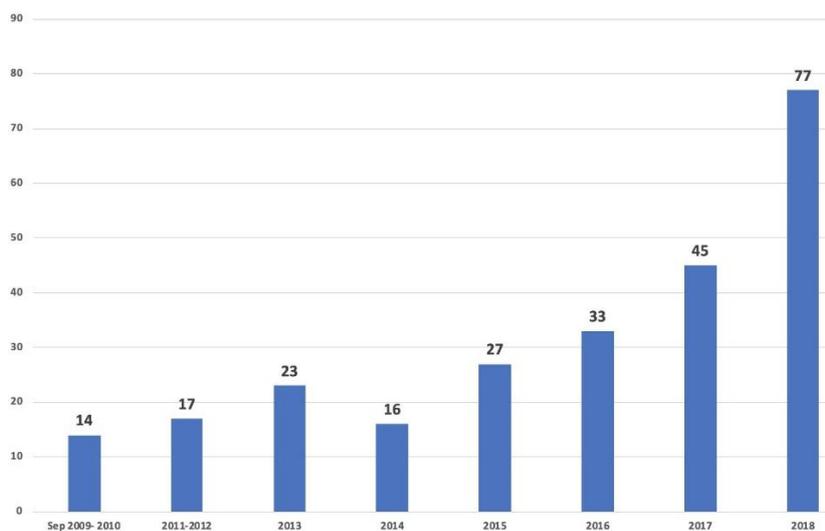


Fig.1 Vasectomías realizadas en el período 2009-2018

Por otro lado, la edad a la que comenzaron a consultar por deseo de anticoncepción quirúrgica es entre los 20 y 30 años, siendo máximo entre los 40 y los 50 años, declinando paulatinamente (Fig.2).

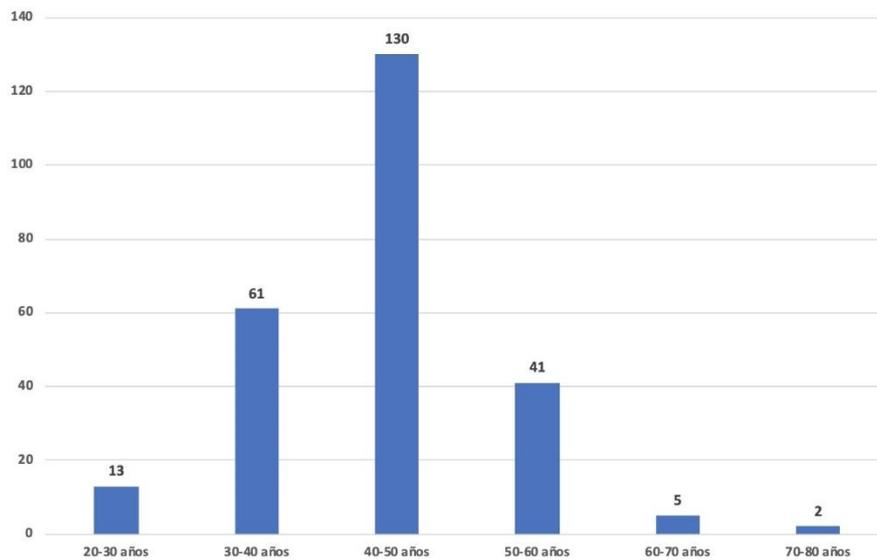


Fig.2 Edades de consulta más frecuentes

A su vez, podemos apreciar una edad cada vez menor a la hora de consultar para la realización de una vasectomía (Fig.3), así como un aumento casi a la par en el número de pacientes sin hijos que la solicitan (Fig.4).

Vasectomías en pacientes <40 años

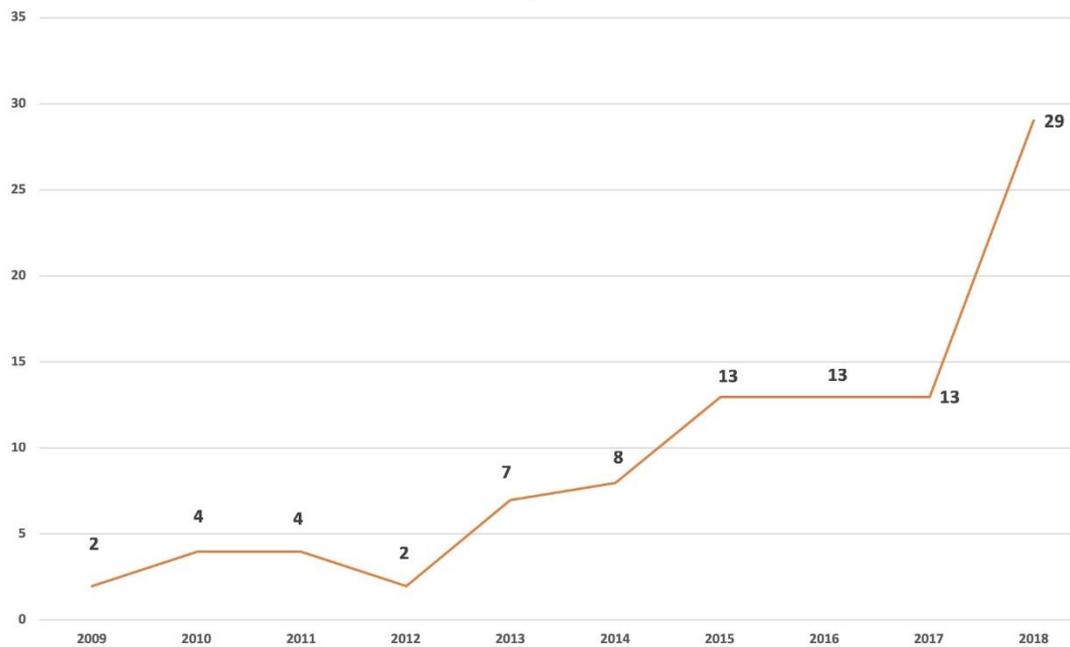


Fig. 3 Evolución anual de vasectomías en pacientes menores de 40 años

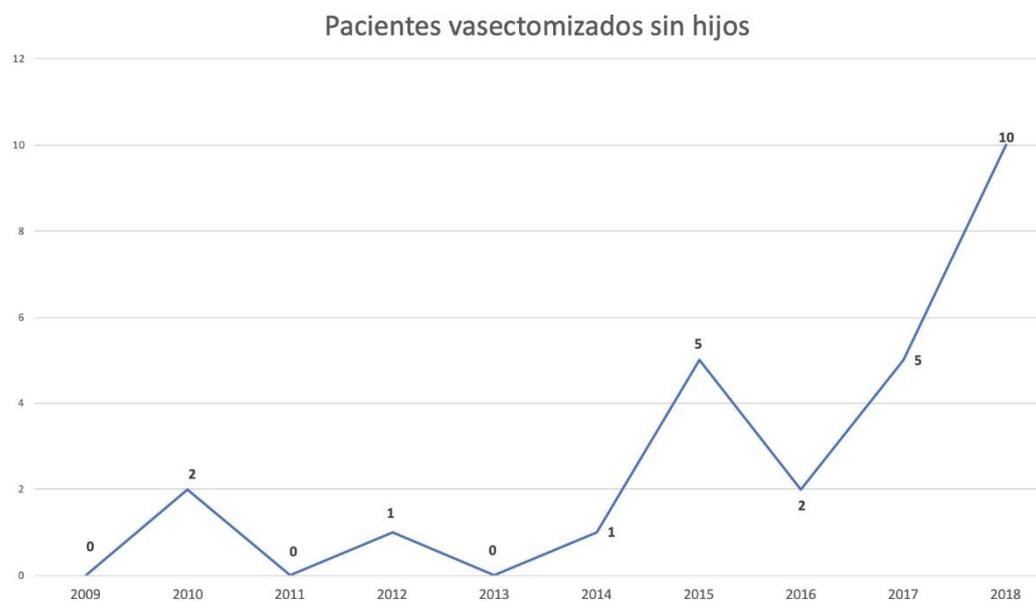


Fig. 4 Evolución anual de vasectomías realizadas en pacientes sin hijos

En cuanto a las razones por las cuales decidieron vasectomizarse, en algunos casos los pacientes decidieron realizarse la vasectomía no sólo por su deseo de anticoncepción, sino por circunstancias especiales asociadas, como contraindicación ó intolerancia de su pareja al uso de anticonceptivos orales y/ó DIU, alergia al látex, parto de alto riesgo, trombofilia y lesión de asa intestinal durante la cesárea, entre otras. Todos los pacientes que no tenían hijos alegaron desear realizarse la vasectomía por no estar en su plan de vida tenerlos.

Respecto al control posoperatorio, 104 de los 252 pacientes no se lo realizaron como fuera pautado (41,27%). De los 148 pacientes que realizaron el espermograma de control, 137 (92,57%) mostraron azoospermia, de los cuales 9 de ellos (6,57%) requirieron de 2 o más espermogramas para lograr la azoospermia. De los restantes 11 pacientes, 6 de ellos (4,05%) mostraron ≤ 100.000 espermatozoides inmóviles, equivalente a azoospermia, y 5 pacientes (3,38%) no lograron el objetivo espermático en su primer control espermático, ni regresaron a la consulta tras solicitarles un nuevo espermograma.

De esta manera, teniendo en cuenta que en el 3,38% de los pacientes no pudimos repetir los espermogramas para cotejar que hayan llegado a la azoospermia, la eficacia anticonceptiva fue del 96,62%. Si tomamos en cuenta tanto los pacientes que nunca realizaron los controles posoperatorios pautados como aquellos que no realizaron un nuevo espermograma tras cotejarse que en el primer control no habían alcanzado el objetivo anticonceptivo, la falta de adherencia adecuada a los controles seminales posoperatorios fue del 43,25%.

No se registraron complicaciones posoperatorias severas, como hematoma que requiera de drenaje, infecciones ni dolor testicular crónico.

Un paciente de esta serie regresó por deseo de fertilidad, realizándosele una vasovasostomía a los 18 meses post vasectomía, obteniendo un espermograma a los 3 meses con un recuento total de 68 millones de espermatozoides, con un 34% de Motilidad total (Ga 30% y Gb 4%) y un Kruger de 1%. El paciente no volvió luego a la consulta y no fue posible contactarlo telefónicamente para evaluar su evolución.

Revisión bibliográfica y Discusión

La vasectomía es una técnica anticonceptiva masculina altamente efectiva y segura, siendo en muchos países uno de los procedimientos contraceptivos más realizados⁹⁻¹².

La técnica sin bisturí, respecto a la convencional, ha demostrado mejor tolerancia, aceptabilidad y una significativa disminución de complicaciones posoperatorias⁶. La falla anticonceptiva reportada ronda en alrededor de 1 en 2000 vasectomías (0,05%)¹³, sobre todo utilizando múltiples técnicas oclusivas^{14,15}.

Es por esto que nosotros implementamos dichas técnicas, que consisten en ligar los cabos deferenciales, seccionar y reseca parte del deferente, electrocoagular la mucosa deferencial, para finalmente sepultar el cabo proximal en la vaina deferencial, aislándolo de esta manera del cabo distal, maximizando así las posibilidades de éxito anticonceptivo definitivo.

La realización del espermograma posoperatorio es de vital importancia para confirmar la azoospermia y, por lo tanto, otorgarle el alta al paciente. Está descrito alrededor de un 30% de inasistencia al control con espermograma, si bien hay trabajos que han informado sólo un 10%¹⁶. En una revisión de 29 estudios la mediana fue de 19% (0-63%); de aquellos que sí realizaron el control espermático, el 5% (0-41%) no cumplió completamente con las indicaciones médicas tras la vasectomía¹⁷. En este sentido, se ha desarrollado un novedoso test cualitativo casero, aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), que puede detectar un recuento espermático menor a 250.000 espermatozoides/ml, con un valor predictivo positivo de 93% y un valor predictivo negativo de 97%¹⁸. Sin embargo, no logra evaluar motilidad, por lo que no es un test que suele ser utilizado en ensayos clínicos para guiar la toma de decisiones, ni es de práctica habitual en el consultorio de andrología.

En nuestra experiencia, tras una exhaustiva explicación en el preoperatorio de la necesidad del control con espermograma a los 2 meses posoperatorios, la inasistencia al control posoperatorio con espermograma fue de 43,25%, similar a lo reportado en varias publicaciones, lo cual nos alerta sobre la necesidad de reforzarle al paciente la importancia de este control.

El éxito anticonceptivo consiste en obtener un espermograma azoospérmico ó, como ha sido consensuado como equivalencia, con <100.000 espermatozoides 100% inmóviles^{7,8}. Se reporta que un 10-40% de los pacientes presentarán <100.000 espermatozoides 100% inmóviles en el primer espermograma,^{17,19,20} En nuestra experiencia, el éxito anticonceptivo fue de 96,62%, de los cuales el 4,05% consistió en pacientes con <100.000 espermatozoides 100% inmóviles, menor a lo reportado en la bibliografía.

En el caso de un espermograma con espermatozoides móviles o una concentración mayor a 100.000 espermatozoides, se aconseja repetir el espermograma en un intervalo de 4 a 6 semanas hasta lograr una concentración \leq 100.000 espermatozoides 100% inmóviles. En caso de persistir con una alta concentración a los 6 meses de realizado el procedimiento, se recomienda repetir la vasectomía⁷. En nuestra experiencia, 9 pacientes (6,57%) mostraron espermatozoides móviles en su primer control espermático, siendo azoospérmicos tras uno o más controles espermáticos posteriores. Además, 5 pacientes nunca repitieron el espermograma para cotejar que no se tratase de una falla anticonceptiva, lo cual creemos que es la razón principal que podría explicar la tasa de fallo anticonceptivo en nuestra serie, algo mayor que lo reportado, dado que en los pacientes que hemos podido seguir cotejando mediante espermogramas posteriores, hemos constatado el éxito anticonceptivo.

Algunos pacientes alegaron que su deseo anticonceptivo definitivo se vio reforzado por razones gineco-obstétricas de su pareja. La patología ginecológica o el alto riesgo obstétrico de su pareja pareciera ser, en muchos pacientes, la razón principal de su deseo de anticoncepción.

En cuanto a las complicaciones potenciales de la vasectomía, la técnica sin bisturí ha demostrado tener la menor tasa de complicaciones posoperatorias, sobre todo en lo que respecta a sangrado y hematomas, infección y dolor testicular crónico, en alrededor de una tasa global del 1-2% de los casos²¹. En nuestra serie, no tuvimos ninguna de dichas complicaciones, más allá de las molestias escrotales esperables de un posoperatorio por vía escrotal.

Creemos importante también hacer una mención a algunos trabajos que han alertado sobre la posibilidad de que la vasectomía pudiera estar asociada a un mayor riesgo de desarrollo de cáncer testicular, de próstata y a un aumento en el riesgo de eventos cardiovasculares²²⁻²⁷.

Sin embargo, recientes revisiones sistemáticas y meta-análisis han probado lo contrario, desterrando esta afirmación, reposicionando a esta intervención como un método seguro para el paciente²⁸⁻³⁰.

Si bien es fundamental explicarle previamente al paciente el procedimiento al que se someterá, así como las posibilidades futuras reales de reversión, sobre todo a medida que aumenta el tiempo transcurrido post vasectomía, alrededor del 6% de los pacientes vasectomizados podrán solicitar su reversión, y se ha reportado que aquellos pacientes sin hijos serían los que menos probablemente lo deseen³¹.

En este sentido, un caso de esta serie solicitó realizarse una reversión de la vasectomía (vasovasostomía) tras 18 meses de la misma, pudiendo luego verificar la permeabilidad en su espermograma de control, haciendo de la vasectomía una técnica pasible de reversibilidad. La eficacia de este procedimiento ronda entre el 75% al 86% de reaparición de espermatozoides en el eyaculado, con una tasa de embarazo del 45% al 70%^{32,33}.

Uno de los aspectos fundamentales para el éxito de la reversión de la vasectomía es el tiempo transcurrido entre ésta y el momento de la reversión, de modo que en aquellos que la revierten antes de los 3, 3 a 8, 9 a 14 y más de 15 años, tienen una tasa de repermabilización y embarazo de 97% y 76%, 88% y 53%, 79% y 44% y 71% y 30%, respectivamente, lo que demuestra como el paso del tiempo conspira en contra del éxito de este procedimiento. Otros factores que no parecen influir en el éxito de la reversión son la presencia de granuloma espermático en el sitio de la vasectomía, la utilización de técnica de reversión en 1 ó 2 capas de sutura o el tipo de anestesia utilizada³⁴⁻³⁶.

Conclusiones

La vasectomía sin bisturí es un método anticonceptivo altamente eficaz y con una baja tasa de complicaciones. Tiene la ventaja de ser un procedimiento ambulatorio con una morbilidad perioperatoria baja, especialmente si se utiliza la técnica sin bisturí. La utilización de múltiples técnicas oclusivas podría explicar la alta efectividad de nuestra serie. Un espermograma debe ser realizado a los 2-3 meses post procedimiento, y repetirse periódicamente en caso de no alcanzar la azoospermia.

Creemos que es fundamental que el andrólogo le explique al paciente claramente los verdaderos alcances y posibilidades de una eventual reversión.

La alta inasistencia en nuestra serie, así como la reportada en otras publicaciones, hace importante remarcar la necesidad de reforzar las indicaciones pre y posoperatorias.

Bibliografía

1. Ley nacional de Anticoncepción Quirúrgica N° 26.130 de la República Argentina, 2006.
2. Li S, Goldstein M, Zhu J, y cols. The no-scalpel vasectomy. *J Urol*. 1991; 145: 341-4.
3. Adams CE, Wald M. Risks and Complications of Vasectomy. *Urol Clin N Am*. 2009; 36: 331-6.
4. McConaghy P, Reid M, Loughlin V, y cols. Pain after vasectomy. *Anaesthesia*. 1998; 53: 83-6.
5. McMahon A, Buckleym J, Taylorm A, y cols. Chronic testicular pain following vasectomy. *Br J Urol*. 1992; 69: 188-91.
6. Cook LA, Pun A, Gallo MF, y cols. Scalpel vs no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; Issue 3.
7. Korthorst R, Consten D, van Roijen JH. Clearance after vasectomy with a single semen sample containing less than 100.000 immotile sperm/mL: analysis of 1073 patients. *BJU Int*. 2009; 105: 1572-5.
8. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, y cols. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. *Eur Urol*. 2012; 61: 159-63.
9. Armand Z. Vasectomy update 2010. *Can Urol Assoc J*. 2010; 4: 306-9.
10. Massey F Jr, Bernstein G, O'Fallon W, y cols. Vasectomy and health: Results from a large cohort study. *JAMA*. 1984; 252: 1023-1029.
11. United Nations. World contraceptive use 2007 (wall chart). New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2008.
12. Population Reference Bureau. Family planning worldwide 2008 data sheet. Washington, D.C: Population Reference Bureau. 2008.
13. WHO Family planning. A global handbook for providers. 2018 Edition.
14. Cook LA, Van Vliet HAAM, Lopez LM, y cols. Vasectomy occlusion techniques for male sterilization (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
15. Shakeri S, Aminsharifi AR, Khalafi M. Fascial Interposition Technique for Vasectomy: Is It Justified? *Urol Int*. 2009; 82: 361-4.
16. Sepúlveda T. F, Fleck L. D, Sánchez J, y cols. Vasectomía sin bisturí: resultados de una cohorte de 309 pacientes. *Rev Chil Cir*. 2014; 66: 158-162.
17. Griffin T, Tooher R, Nowakowski K, y cols. How little is enough? The evidence for post-vasectomy testing. *J Urol*. 2005;174(1):29-36.
18. Klotz KL, Coppola MA, Labrecque M, y cols. Clinical and consumer trial performance of a sensitive immunodiagnostic home test that qualitatively detects low concentrations of sperm following vasectomy. *J Urol*. 2008;180(6):2569-2576.
19. De Knijff DW, Vrijhof HJ, Arends J, y cols. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertil Steril*. 1997; 67: 332-5
20. Bhatta Dhar N, Bhatt A, Jones JS. Determining the success of vasectomy. *BJU Int*. 2006; 97: 773-6.
21. Lowe G. Optimizing outcomes in vasectomy: how to ensure sterility and prevent complications. *Transl Androl Urol* 2016; 5(2):176-180.
22. Strader CH, Weiss NS, Daling JR. Vasectomy and the incidence of testicular cancer. *Am J Epidemiol*. 1988; 128: 56-63.
23. Cale AR, Farouk M, Prescott RJ, y cols. Does vasectomy accelerate testicular tumour? Importance of testicular examinations before and after vasectomy. *BMJ*. 1990; 300: 370-370.
24. Mettlin C, Natarajan N, Huben R. Vasectomy and prostate cancer risk. *Am J Epidemiol*. 1990; 132: 1056-1061.

25. Rohrmann S, Paltoo DN, Platz EA, y cols. Association of vasectomy and prostate cancer among men in a Maryland cohort. *Cancer Causes Control*. 2005;16:1189- 1194.
26. Rimm AA, Hoffmann RG, Anderson AJ, y cols. The relationship between vasectomy and angiographically determined atherosclerosis in men. *Prev Med* 1983;12:262-73.
27. Mullooly JP, Wiest WM, Alexander NJ, y cols. Vasectomy, serum assays, and coronary heart disease symptoms and risk factors. *J Clin Epidemiol* 1993;46:101-9.
28. Duan H, Deng T, Chen Y, y cols. Association between vasectomy and risk of testicular cancer: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(3):1-10.
29. Bhindi B, Wallis CJD, Nayan M, y cols. Association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2017;177(9):1273-1286.
30. Guo ZL, Xu JL, Lai RK, y cols. Vasectomy and cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2017;96(34):1-9
31. Potts JM, Pasqualotto FF, Nelson D, y cols. Patients characteristics associated with vasectomy reversal. *J Urol*. 1999; 161: 1835-1839
32. Belker A, Thomas A, Fuchs E, y cols. Results of 1,469 microsurgical vasectomy reversals by the vasovasotomy study group. *Journal of Urology*. 1991; 145: 505-511.
33. Lee HY. A 20-year experience with vasovasostomy. *J Urol*. 1986; 136:413-415.
34. Silber SJ, Grotjan HE. Microscopic vasectomy reversal 30 years later: a summary of 4010 cases by the same surgeon. *J Androl*. 2004; 25:845-859.
35. Boorjian S, Lipkin M, Goldstein M. The impact of obstructive interval and sperm granuloma on outcome of vasectomy reversal. *J Urol*. 2004;171(1):304-306.
36. Magheli A, Rais-Bahrami S, Kempkensteffen C, y cols. Impact of obstructive interval and sperm granuloma on patency and pregnancy after vasectomy reversal. *Int J Androl*. 2

1 Médico Asociado – Sección Andrología y Reproducción – Servicio de Urología

2 Médico Asociado – Sección Andrología y Reproducción – Servicio de Urología

3 Fellow de Andrología Clínica de la Sección de Andrología y Reproducción – Servicio de Urología

4 Médico de Planta – Jefe de la Sección de Andrología y Reproducción – Servicio de Urología

PREGUNTAS AL EXPERTO con la Dra. Nelly Minyersky: Las implicancias y consecuencias de la reforma del Código Civil y Comercial con respecto a la Salud Reproductiva

AUTOR:

Dra. Lovisolo María Laura¹, Dra. Eugenia Trumper²

1. Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infanto Juvenil CEMIC

2. Médica Ginecóloga, Expresidente SAGIJ y AMAdA, Docente

UBA,

Coordinadora del Comité de Salud Sexual y Reproductiva FASGO

Mail: marialaura_lovisolo@hotmail.com



Parte 1



Reconocer los derechos de los niños, niñas y adolescentes y la posibilidad de ejercerlos por sí ha sido motivo de una lucha permanente. La modificación del Código Civil y Comercial de la Nación (CC y CN) con la consecuente amplitud de derechos que otorga el mismo a un amplio espectro de nuestra infancia y las resistencias que, pese a ello, se registran sobre todo en los cuerpos médicos, a admitir y cumplir con dicha normativa nos ha motivado a entrevistar junto a la Dra. Eugenia Trumper a la Dra. Nelly Minyersky (*) referente indiscutible en la materia.

Haciendo memoria ¿Qué antecedentes importantes a la reforma del CCyCN dieron paso a la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes (DNNyA)?

La aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en el año 1989 constituye un hito fundamental en el reconocimiento de los derechos humanos de la niñez, en tanto inaugura una nueva relación entre estos y el derecho: es el conocido modelo o paradigma de la "protección integral de derechos" y lo que lo caracteriza es la concepción del niño como "sujeto" titular de los mismos derechos de los que resultan titulares los adultos, más un "plus" de derechos específicos justificados por su condición de persona en desarrollo.

En tanto la ley Nacional de Protección Integral de los DNN y A¹ en los artículos 2, 19 y 27 supuso un avance indudable en cuanto a la conceptualización de los NN y A como sujetos de derecho, la subsistencia de normas del viejo Código Civil suponía un obstáculo para la vigencia y efectividad de las normas citadas. Por lo tanto, era una asignatura pendiente plasmar nuevas normas que de una vez por todas hicieran realidad el ejercicio de los derechos que ya las leyes reconocían con anterioridad.

¿Qué relación hay entre las Leyes nacionales y el actuar de las provincias?

La República Argentina adoptó para su gobierno la forma federal (Art. 1 de la Constitución Nacional) por lo tanto el Estado se constituyó en provincias y territorios nacionales; deviniendo luego estos últimos también en provincias, y conformando la organización actual. En nuestra Constitución (Art. 75 inc. 12) se establece en cabeza del Congreso Nacional la sanción de los códigos y de leyes generales para toda la Nación. Por tanto, estas son funciones que las provincias le delegaron al Estado Nacional, reservándose éstas ciertos derechos, entre ellos la sanción de leyes sobre salud y educación.

El Estado Nacional a través del Congreso tiene la obligación de sancionar los Códigos, entre ellos el Civil y el Penal. **Las normas establecidas en estos códigos son obligatorias para toda la Nación.** El artículo 1 del CCyCN establece que las cuestiones que dicho código rige, serán aplicables conforme la Constitución Nacional (CN) y los tratados internacionales de derechos humanos (DDHH) que, desde la reforma de la CN de 1994, tienen jerarquía constitucional.

¿Pueden las provincias dictar normas contrarias a las nacionales?

Si bien las provincias tienen la potestad de sancionar leyes en materia de salud y educación, ellas nunca pueden ir en contra de la CN y los tratados de DDHH. Por esto es que las provincias no tienen, en materia de sanción de leyes, libertades irrestrictas. Las provincias pueden adherir o no a las leyes nacionales sancionadas sobre las materias que son potestad de las provincias, pero en caso que no lo hagan, no pueden sancionar sus propias leyes en contradicción con las nacionales. Un ejemplo de las limitaciones de las provincias en materia de sanción legislativa es lo que sucede con la [Ley Nacional de Educación Sexual Integral y el Programa Nacional de Derechos Reproductivos](#).

¿Qué define el nuevo CC y CN como "mayor de edad"?

El artículo 25 del nuevo CC y CN mantiene los 18 años como requisito para admitir la mayoría de edad. Esto significa entonces que toda persona que no ha cumplido 18 años es menor de edad; sin embargo, dentro de esta categoría se ha introducido el concepto nuevo de adolescente, entendiéndose por tal las personas que se encuentran dentro del período etario entre 13 y 18 años.

Es importante señalar, que se ha incorporado expresamente la idea de "[mayoría anticipada para el acto médico](#)", que se basa en la premisa de que las personas adquieren conciencia sobre el propio cuerpo y sus derechos personalísimos mucho antes de arribar a la mayoría de edad, generalmente estipulada por las leyes en 18 años.

¿Cuál considera Ud. una de las principales modificaciones introducidos en el CC y CN?

Entre los nuevos principios se destaca el [interés superior](#) de los NN y A, el [derecho a ser oídos](#) y el [concepto de capacidad progresiva](#).

Realmente a través del respeto a estos principios es como se llega a conceptualizar a los NN y A como sujetos de derecho. Si bien el derecho necesita establecer categorías fijas, no puede dejar de contemplar que la infancia se desarrolla durante amplios períodos vitales en distintas formas. Y cuando hablamos de capacidad progresiva, nos referimos a tener en cuenta de la realidad de esos distintos momentos, sus necesidades, las vivencias e inclusive los derechos que se deben considerar.

¿Cómo define entonces el concepto de **autonomía progresiva**?

Como mencionaba anteriormente, el concepto de autonomía progresiva tiene que ver con los diferentes momentos de la vida a pesar de que el derecho establezca topes etarios. **La autonomía progresiva no se encuentra ligada a la edad cronológica sino a otras competencias adquiridas por el niño conforme su desarrollo personal.** Concretamente, la capacidad de un niño debe medirse, pero no requiere un test de capacidad especial.

¿Existe algún otro punto a remarcar que beneficie potencialmente a los NNyA?

Otro punto que se puede remarcar es la **competencia médica**. Si bien es cierto que el concepto de competencia médica ha sido incorporado a nuestra legislación^{2,3,4,5,6} desde hace décadas contribuyendo al mejor desarrollo de la niñez, el nuevo CC y CN cumpliendo debidamente con el imperativo constitucional de incorporar el concepto de competencia médica, dio un paso importante para hacer efectivo el derecho a la salud de NN y A. Esto, como cualquier ampliación de derechos, aporta un mejor vivir para amplios sectores de nuestra juventud.

El CCyCN establece actualmente en cuestión de **competencia médica**, que se presume en los **adolescentes entre 13 y 16 años** su aptitud para decidir sobre tratamientos no invasivos y que no comprometan su salud o produzcan un riesgo grave en su vida o integridad física; y en caso contrario el o la adolescente tiene que prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores. Es decir que **le otorga aptitud al adolescente para ejercer actos por sí, conforme su grado de madurez suficiente.** A partir de los 16 años se lo considera como un adulto para las decisiones atinentes a su propio cuerpo.

Entonces ¿Quién determina si el paciente es competente para la elección de un método anticonceptivo (MAC) y en base a qué lo hace?

El médico es quien determina la competencia médica del paciente, no lo hace un juez ni un abogado. Lo hace si la persona muestra madurez suficiente, capacidad de razonar y de desenvolverse en forma autónoma durante la consulta, teniendo en cuenta el acto al que se refiere. **Siendo el acto lícito y tendiente a la efectividad a sus derechos, no hay duda de su capacidad.**

¿Puede darnos Ud. un ejemplo?

El ejemplo más claro es el de una adolescente menor de 16 años de edad que se acerca sola al sistema médico, no está realizando ningún ilícito, se anota para ser atendida y logra llegar al lugar de atención para solicitar un MAC. Claramente se trata de una persona capaz para recibir el MAC que acuerde con el profesional según el asesoramiento pertinente, cualquiera sea el tipo. Todo ello en base a las leyes citadas anteriormente.

De todos modos, y sin perjuicio de considerar maduro al niño, niña o adolescente para recibir información y/o el suministro o prescripción del método que elija, es importante que los efectores de salud promuevan la participación de los padres u otros representantes legales en todo lo atinente a su salud sexual. No obstante ello, **prevalecerá necesariamente la voluntad del NN y A si éstos se oponen expresamente a dicha participación por temor a sentirse coaccionados o violentados por la presencia de sus padres o por las posibles consecuencias futuras.**

¿Existe algún parámetro determinado para considerar al adolescente autónomo para tomar sus propias decisiones en cuanto a su salud?

En el contexto de derecho a la salud, la relación médico-paciente presupone el derecho de toda persona, cualquiera sea su edad, como agente autónomo, a recibir la información necesaria para formar su opinión y asegurar la autonomía de la voluntad en la toma de decisiones que le competen. Es indudable el papel protagónico que asume el principio bioético de autonomía en este aspecto, al encontrarse íntimamente cohesionado con el valor supremo de la dignidad humana; valor último y fundante que debe aquí ser armonizado con el valor de solidaridad y principio de beneficencia en el sentido del "mejor interés" para el paciente.

¿Cómo se relaciona esto con los derechos vinculados a la Salud Sexual y Reproductiva?

Este derecho se ubica dentro de los derechos de la persona vinculados a su dignidad; los denominados *personalísimos*, o sea, los *autoreferentes*, los que tienen que ver con uno mismo y en los cuales se restringe la posibilidad de su ejercicio mediante la representación de sus padres.

Específicamente, los derechos de la salud sexual y reproductiva se han considerado que se encuentran incluidos en el art. 33 de nuestra CN, en los llamados derechos implícitos. Por otra parte, también el art. 19 recepta el llamado principio de reserva, sobre el cual se asientan el **derecho a elegir el plan de vida, a disponer del propio cuerpo y el principio bioético de autonomía**, que priman en la conformación y materialización de los derechos sexuales y reproductivos.

¿Y qué sucedía antes de la reforma de CC y C?

Antes los NN y A no podían ejercer derechos por sí mismos y mucho menos derechos personalísimos.

Ahora se respeta su realidad biológica y física y se reconoce una autonomía que le corresponde. Hay momentos y derechos que no pueden ser sustituidos y la responsabilidad parental tiene límites cuando los derechos son con el niño mismo.

¿Cómo se interpreta el concepto de Patria Potestad en relación a esto?

Tanto la jurisprudencia internacional como la CDN han resignificado el alcance de la patria potestad, hoy denominada responsabilidad parental, orientándola hacia un concepto que está directamente asociado a la capacidad progresiva. Al mismo tiempo, del régimen de responsabilidad vigente en nuestro país **no se desprende que los hijos menores de edad deban contar obligatoriamente con el consentimiento expreso de los padres para informarse sobre temas vinculados con la salud sexual y la procreación responsable ni para solicitar la asistencia pública para la prescripción de MAC.**

¿Cómo se interpreta entonces el nuevo CC y CN con respecto a las diferentes edades en relación a la decisión de cada adolescente de elegir sobre los MAC existentes en la actualidad?

El art. 26 se refiere a los derechos personalísimos, en especial el derecho a la salud, e incorpora el concepto ya explicitado de competencia médica estableciendo que **"el adolescente entre 13 y 16 años puede decidir por sí, respecto de los tratamientos que no resultan invasivos ni comprometan su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física". A partir de los 16 años, el adolescente es considerado un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su cuerpo, es decir que le reconoce a esa edad plena competencia médica.**

(*) Profesora Consulta de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA
Directora de la Maestría y Carrera Interdisciplinaria de Especialización de Postgrado en
Problemáticas Sociales Infanto Juveniles, Facultad de Derecho, UBA.
Co redactora del Código Civil y Comercial (Capítulo Derecho de Familia)
Investigadora permanente Ubacyt
Consultora y Docente para UNICEF
Evaluadora CONICET

1. Ley Nacional 26.061
2. Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
3. Ley 25.673
4. Decreto reglamentario 1282, art. 4
5. Ley de Salud Básica de la Ciudad de Buenos Aires
6. Ley de Derechos del Paciente 26.529

Comentario Bibliográfico sobre reporte de la Secretaria de Gobierno de Salud: Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación

AUTORES:

Oizerovich S. ^(a), Perrotta G. ^(a), Natalia Suárez N. ^(a), Karolinski A. ^(b), Bertolino V. ^(b), Maceira D. ^(c), Natalia Espinola N. ^(c), Rodolfo Gómez Ponce de León R ^(d)

Esta publicación fue posible gracias al apoyo técnico y financiero del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/ SMR -OPS/OMS) y de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina. Aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El presente trabajo es un resumen del estudio citado, realizado en 2018 por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. Dicho estudio es de suma importancia dado el alcance del mismo en muchos aspectos. Pueden descargar el estudio en su extensión completa en del siguiente link

www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf

El embarazo no intencional en la adolescencia como problema de salud pública

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas y adolescentes menores de 15 años tienen un/a hijo/a anualmente, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Adicionalmente, 3 millones de adolescentes de ese grupo se someten a abortos inseguros cada año.

La tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) de América Latina y el Caribe, con un valor de 73,2 por mil, se destaca por ser muy elevada comparada con 48,9 a nivel mundial y 52,7 en los países en desarrollo. La misma prácticamente duplica los niveles del resto de las regiones, sólo es superada por África, en donde alcanza 103 por mil. En Asia, América del Norte y Oceanía las tasas varían entre el 32,8 y 37,3 por mil mientras que en Europa no supera el 19 por mil.

La situación en Argentina

La tasa de fecundidad de mujeres adolescentes en Argentina alcanzaba el 62,6 por mil en el año 2015 . Hacia el año 2016 se registraron 96.905 nacidos vivos de madres adolescentes (lo que

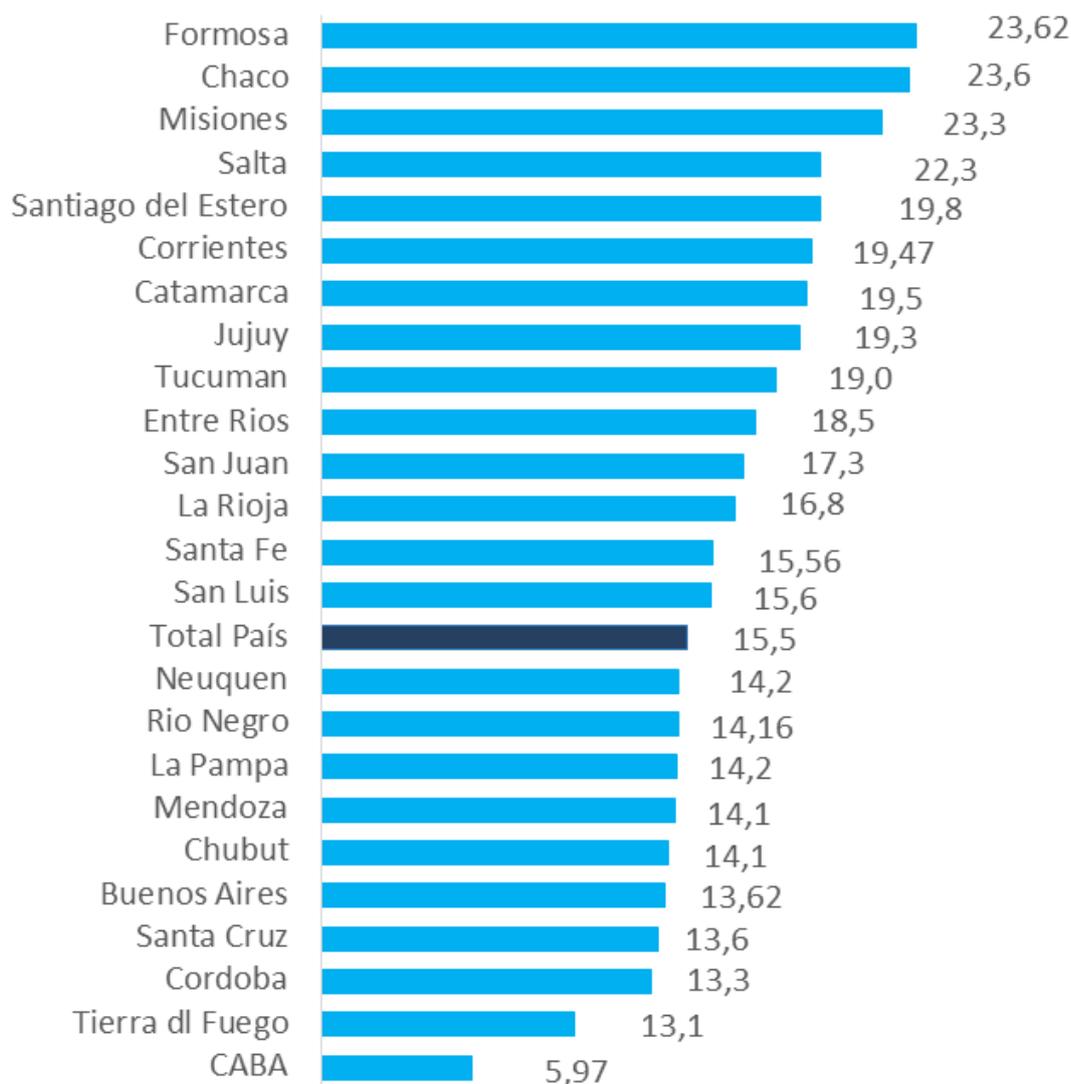
representa el 13% del total de nacidos vivos) y 2.419 nacidos vivos de niñas y adolescentes menores de 15 años (0,3%) . Asimismo, según los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) que reúne la información de aproximadamente el 70% de las maternidades del subsistema público de salud, el 67,7% de las adolescentes que pasaron por una situación de parto refieren que esos embarazos no fueron planificados.

Merece un apartado especial la tasa de fecundidad adolescente en menores de 15 años ya que muchos de estos embarazos son consecuencia de situaciones de coerción y abuso sexual. Y, por otra parte, un embarazo en una niña o adolescente menor de 15 años implica riesgos aumentados para su salud tanto física como psicológica y social.

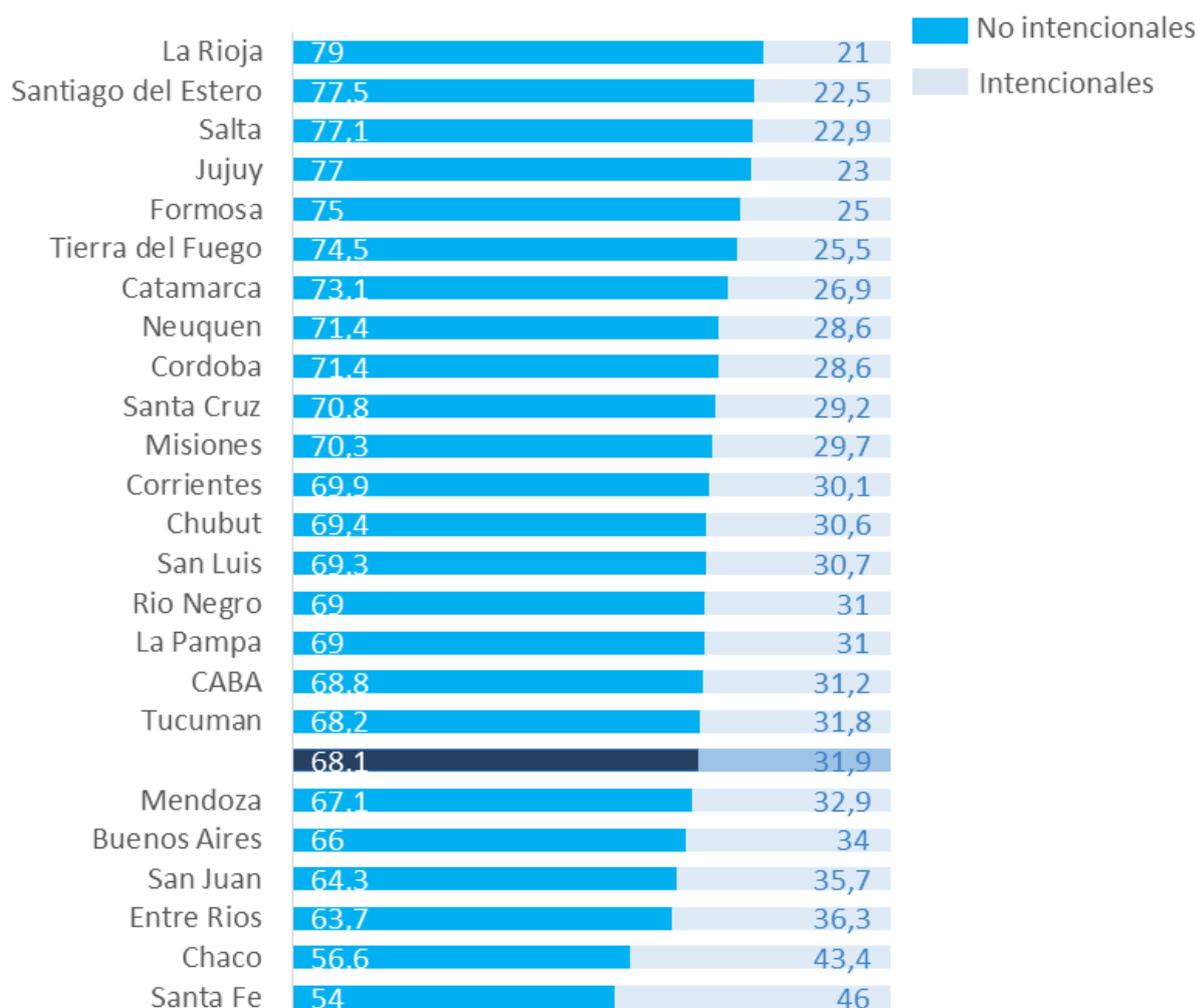
En relación a las muertes maternas registradas en el año 2016, el 12,7% del total fueron de adolescentes menores de 20 años, cinco de ellas producto de abortos.

Embarazo no intencional en la Adolescencia. Situación por provincia. Fuente: DEIS 2015

Nacidos vivos de madres menores de 20 años sobre el total de nacimientos por jurisdicción de residencia de la madre (%).



Embarazos no intencionales e intencionales de menores de 20 años por jurisdicción de residencia de la madre (%).



El implante subdérmico: un método anticonceptivo de larga duración

El acceso a información y métodos anticonceptivos es un derecho reconocido en la Ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable.

El implante se enmarca en la estrategia, impulsada por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), de promoción del uso de métodos anticonceptivos de larga duración debido a su mayor efectividad, por no requerir de la participación activa de las personas usuarias para la toma diaria o para recordar cotidianamente el uso del método. Por otro lado, el implante, como método anticonceptivo de larga duración, no es intrauterino, a diferencia del DIU que es el otro método de larga duración que se promueve.

Recordemos que el implante es un método anticonceptivo hormonal, que libera el progestágeno etonorgestrel, tiene una duración aprobada para 3 años, y es reversible. Se coloca por un profesional en forma subdérmica. Pueden usarlo la mayoría de las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluso aquellas con contraindicación para recibir estrógenos y en lactancia. Su eficacia anticonceptiva es de 0,05 embarazos cada 100 personas que usan el método. Su efectividad no depende de la persona usuaria (en comparación con otros métodos que tienen alta tasa de efectividad con el uso correcto del método pero que disminuye significativamente con el uso habitual).

En el año 2014 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, hoy DSSyR, incorporó el implante subdérmico a la canasta de insumos anticonceptivos. En un primer momento, se priorizó como población destinataria del implante a las adolescentes de 15 a 19 años sin obra social o prepaga que hubieran tenido al menos un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en el año previo a la colocación y que residieran en las jurisdicciones que presentaban las mayores tasas de fecundidad adolescente (Buenos Aires, Formosa, Jujuy, Misiones, Santiago del Estero, Tucumán). A partir del año 2015, el Programa extendió este insumo a todas las jurisdicciones del país ampliando la población destinataria a todas las mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, sin obra social o prepaga, hubieran tenido o no un evento obstétrico.

Resultados

El documento (www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf) “Estudio de Seguimiento y Adherencia al Implante Subdérmico en Adolescentes y Jóvenes en la Argentina” presenta los principales hallazgos del estudio realizado sobre 1.101 adolescentes y jóvenes que, al momento de colocarse el implante en el año 2015, tenían entre 15 y 24 años. La investigación consistió en un estudio cualitativo, retrospectivo, mediante el uso de una encuesta telefónica a usuarias identificadas por la DSSyR a las que se le colocó durante los últimos dos años un implante subdérmico provisto por el entonces Ministerio de Salud de la Nación. Se trabajó con una muestra probabilística aleatoria, estratificada por región geográfica y grupo de edad. Resultaron elegibles 1.951 casos. La muestra final quedó conformada por 1.101 mujeres.

Sus conclusiones brindan un insumo importante para seguir mejorando las estrategias y la accesibilidad y, sobre todo, para seguir haciendo hincapié en la importancia de la consejería en salud sexual y salud reproductiva previa a la elección del método anticonceptivo, como instancia clave para garantizar el derecho a elegir y mejorar la adherencia al método.

El objetivo general de este trabajo fue determinar el nivel de aceptación del implante como método anticonceptivo en mujeres entre 15 y 24 años, identificando los desafíos de la implementación de la política pública que incluyó este insumo en la canasta de métodos anticonceptivos a fin de mejorar la cobertura y el acceso de la población, en una política asociada con el acceso a la atención en salud para un ejercicio efectivo a los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Asimismo el objetivo del estudio mencionado es conocer y analizar el nivel de adherencia de la población al uso del implante subdérmico, sus niveles de satisfacción y confianza, y determinar sus potenciales efectos secundarios y motivos de retiro.

El informe al cual nos referimos (www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf) se organiza del siguiente modo: realiza una revisión de la literatura sobre experiencias similares dentro de la región latinoamericana y fuera de ella, identifica las preguntas de investigación que evaluarán el impacto de la iniciativa, describe la metodología utilizada y presenta los resultados alcanzados, tanto desde una mirada de estadísticas descriptivas como a través de un enfoque multivariado.

Finalmente, se resaltan las principales lecciones aprendidas a fin de fortalecer las intervenciones promovidas por la Dirección SS y R en la agenda de salud pública ministerial a nivel nacional, así como su disseminación a escala regional y mundial.

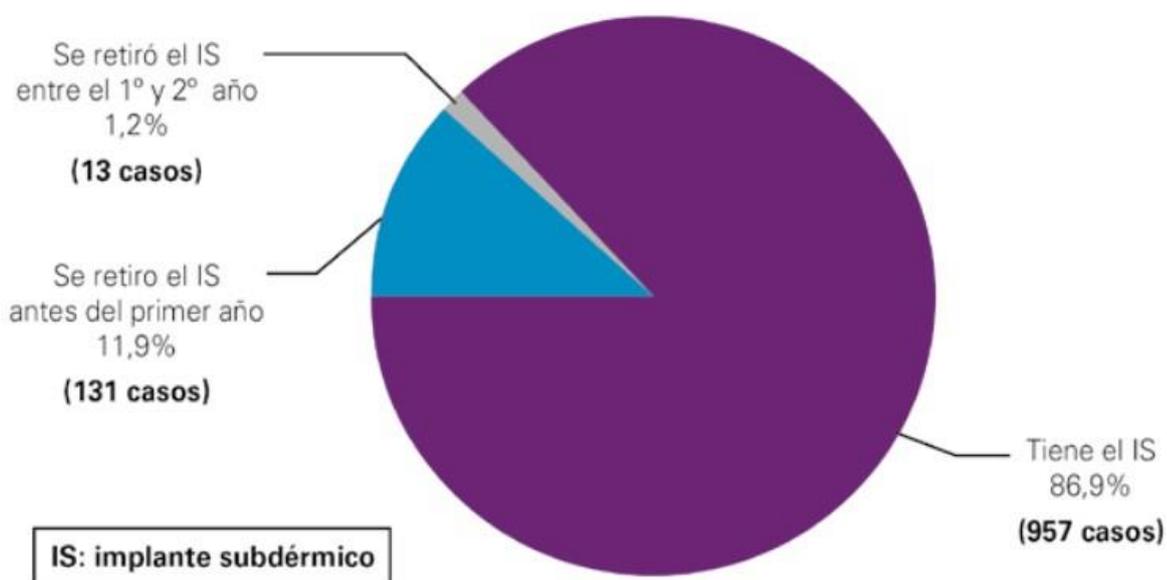
Muestra de mujeres que recibieron Implante, por Región y Rango de Edad

Region	Rango Etario				Total	%
	15-19		20-24			
	N	%	N	%		
AMBA	186	32,3	174	33,1	360	32,7
Centro	130	22,6	78	14,9	208	18,9
Cuyo	78	13,5	25	4,8	103	9,4
NEA	81	14,1	114	21,7	195	17,7
NOA	75	13,0	124	23,6	199	18,1
Patagonia	26	4,5	10	1,9	36	3,3
Total	576	100,0	525	100,0	1.101	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

El nivel de aceptación del implante quedó demostrado ante la evidencia de continuidad de uso del mismo. **El porcentaje de mujeres que deciden retirarse el implante antes del primer año de su colocación solo alcanza el 11,9% (porcentaje levemente menor que el referenciado en los estudios internacionales sobre implante), siendo este porcentaje solo de 1,2% al segundo año de su uso.**

Distribución de mujeres según situación con el implante subdérmico (muestra: 1101 casos)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

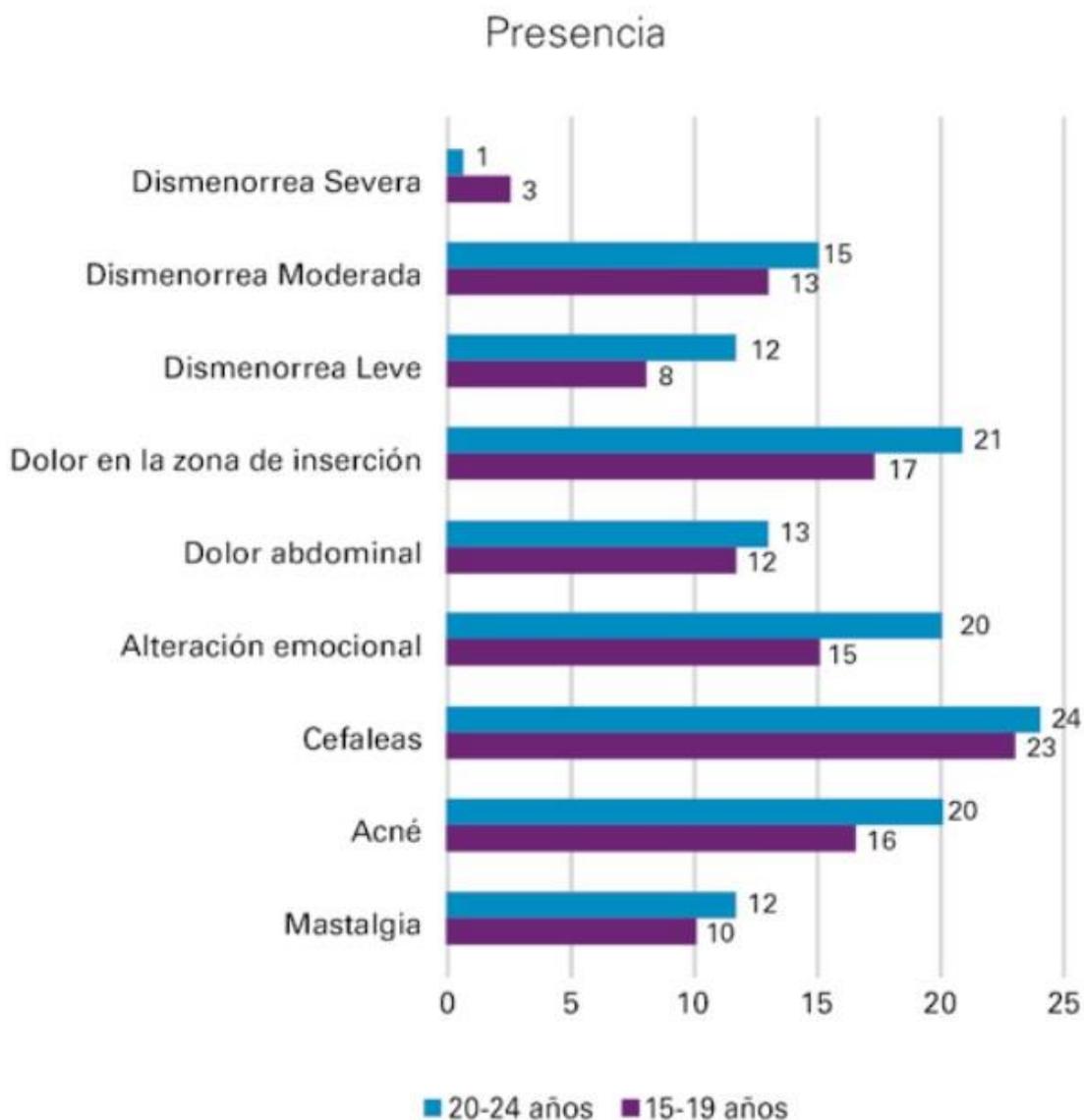
Por su parte, la tasa de retiro es menor entre mujeres entre 15 a 19 años (del 11%) que entre mujeres de 20 a 24 años (15%). Ello señala al implante como una estrategia significativa en el diseño de una política de prevención de embarazos no intencionales en la población adolescente.

Por otro lado, de acuerdo con el modelo multivariado utilizado, hay mayor probabilidad de retiro del implante en mujeres nulíparas que en mujeres con partos, siendo la decisión de quedar embarazada la causa principal del retiro.

En cuanto a los principales problemas señalados por las usuarias en el uso de implante, las más jóvenes identifican la mastalgia y la cefalea. De acuerdo con la figura que se observa a continuación, las usuarias presentan como primer problema identificado la presencia de cefaleas, en un 23-24% según el grupo de edad, seguido por dolor en la zona de inserción y acné, con porcentajes similares y alrededor del 17% para las mujeres de 15-19 años y 21% en las mayores de 20 años. La alteración emocional es la cuarta razón reportada de problemas, con valores de entre 15% y 20%.

Problemas Identificados luego de la Colocación del Implante y Posterior de Consulta, por Rango de Edad

(en % del total)



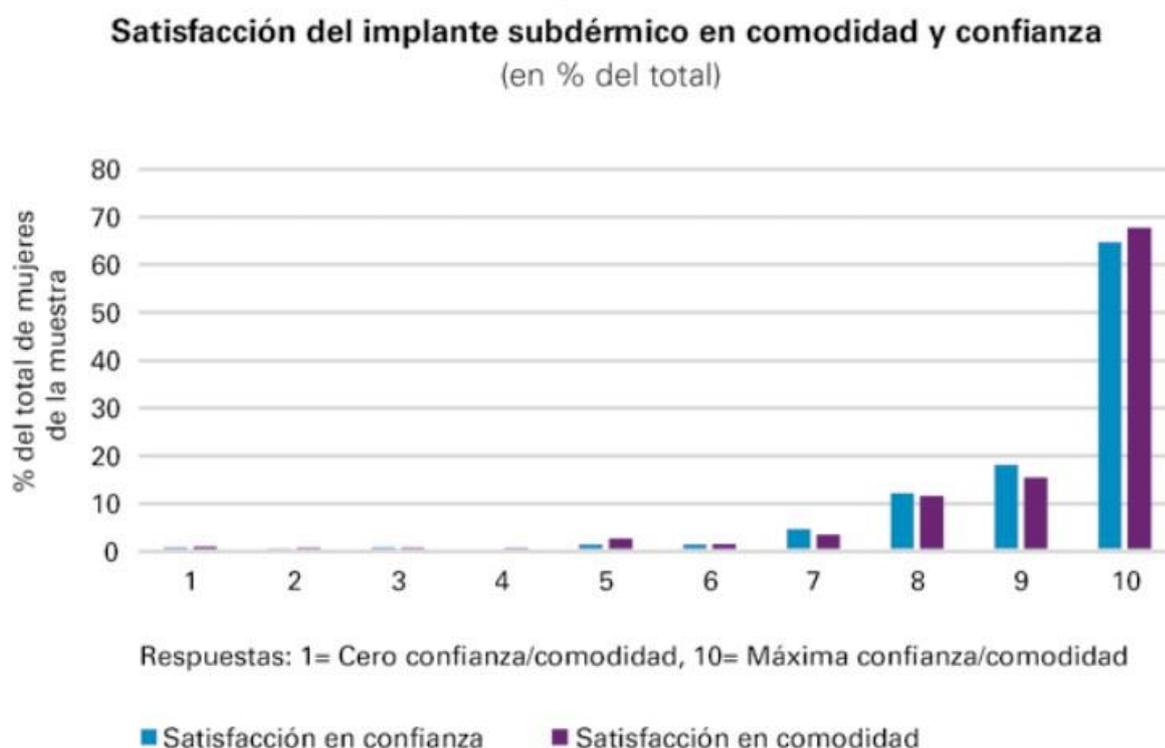
En las usuarias mayores a diecinueve años, la caída relativa de comodidad en el uso del implante se correlaciona también con mastalgia, aunque asimismo con cambio emocional, si bien los porcentajes de extracción son reducidos.

Como ventajas manifestadas por las usuarias se declara la efectividad para prevenir embarazos, siendo ella la razón por la que volverían a colocarse un implante, alcanzando el entorno del 70%

para ambos grupos de edad considerados. En segundo lugar, encontramos la comodidad de su colocación, seguida por la posibilidad de no necesitar recordar la toma diaria de un método anticonceptivo.

En la muestra se encuentra un solo embarazo confirmado con implante colocado, evidenciando la baja tasa de falla del implante, aunque señala asimismo la posibilidad de que dicha falla ocurra. Se resalta el impacto estadísticamente positivo y significativo que tiene la consejería en métodos anticonceptivos, al 95% de confianza, porcentaje hallado entre la presencia de consejería y la comodidad en el uso del implante tanto por parte de las adolescentes como de mujeres jóvenes. Ello concuerda con la evidencia internacional, que subraya la utilidad de brindar información como parte de una estrategia de decisión informada por parte de las mujeres.

Los altos niveles de satisfacción en comodidad y confianza hallados en la muestra nacional identifican al implante como un método anticonceptivo de profunda aceptación, al tiempo que la relevancia de las consejerías para consolidar la comodidad de la usuaria y sostener la adherencia al método refleja la necesidad de fortalecer esta estrategia, fundada en la autonomía, la comunicación y la información a la usuaria, fomentando espacios de promoción de salud sexual y salud reproductiva, más allá del método utilizado.



En línea con ello, cuando la decisión de la colocación del implante es realizada por el/la profesional de la salud o un miembro del círculo familiar, desplazando la decisión de la usuaria, es más probable que la mujer se retire el implante antes de tiempo. Ello también muestra la relevancia de la capacitación con perspectiva de género y derechos a equipos de salud y la información a población como parte de las líneas de trabajo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

Por su parte, como fuera mencionado previamente, el retiro del implante expresa que no es la efectividad del insumo el principal motivo para retirarlo antes de tiempo. Al igual que lo hallado en la evidencia internacional, los efectos secundarios que constituyen los principales motivos de retiro del implante se asocian a los problemas relacionados al sangrado menstrual, tanto la ausencia como el aumento del mismo, el aumento de peso y la cefalea.

Por otro lado, resulta significativo que a mayor cantidad de eventos obstétricos por los que ha pasado la usuaria de implante, menor sea el porcentaje de implante retirado, lo que podría hablar de la mayor confianza en el método y más necesidad de evitar un embarazo de forma segura al haber pasado por varios eventos obstétricos.

Es fundamental tomar la evidencia que presenta este trabajo para fortalecer la estrategia de consejería, con perspectiva de género y derechos, previa a la colocación del método anticonceptivo, haciendo hincapié en los posibles efectos secundarios (entre ellos, el patrón de sangrado, la cefalea y el aumento de peso) y las razones por las cuales justifica retirarse o mantener el implante colocado. La importancia de la consejería previa radica en la posibilidad de mejorar la adherencia al método en tanto es más probable que la usuaria que lo elige conociendo los posibles efectos secundarios, lo mantenga colocado aunque estos se presenten.

Asimismo, resulta relevante seguir trabajando con los equipos de salud acerca de la disponibilidad del implante para adolescentes y jóvenes hasta los 24 años, hayan tenido o no un evento obstétrico.

También se desprende de los resultados la importancia de fortalecer la estrategia de anticoncepción inmediata post evento obstétrico, tanto en el post parto como en el post aborto, para evitar la reiteración de embarazos no intencionales.

Finalmente, es importante señalar que, al momento de la incorporación del implante subdérmico en la canasta de insumos anticonceptivos, todavía no se estaba implementando el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), del que actualmente forma parte la DSSyR. Este documento servirá como evidencia nacional para sostener, dentro del Plan ENIA, la utilización del implante subdérmico como método de larga duración elegido frecuentemente por la población adolescente.

-
- (a) Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social
 - (b) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Argentina
 - (c) Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
 - (d) Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer Reproductiva (CLAP-SMR) OPS - OMS

Opciones terapéuticas para sangrado impredecible asociado a LARCs

Therapeutic Options for Unscheduled Bleeding Associated with Long-Acting Reversible Contraception.

AUTORES:

Friedlander E., Kaneshiro B.
Obstet Gynecol Clin North Am. 2015 Dec; 42(4):593-603.

Traducción y Comentarios: Dra. Teresa María Peña
Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefa de Residentes de CEMIC
teresamariapenia@gmail.com



Resumen

Si bien, en la actualidad los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs) son considerados los métodos más eficientes, algunas mujeres refieren alteraciones en el patrón de sangrado, motivo de insatisfacción y discontinuación del mismo. El siguiente artículo provee opciones terapéuticas para mujeres que experimentan sangrado impredecible asociado al uso de LARCs. Si bien se necesitan más estudios para optimizar el tratamiento en estos casos, opciones tales como antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o agentes antifibrinolíticos son válidos para disminuir estos síntomas.

Introducción:

El dispositivo intrauterino (DIU) y el implante subdérmico, son métodos sumamente efectivos disponibles en la actualidad. Un efecto secundario frecuentemente descrito son las alteraciones en el patrón de sangrado tales como hipermenorrea, sangrado uterino impredecible o goteo intermenstrual. Esto puede ocasionar insatisfacción y en algunos casos, representa un motivo para discontinuar el método. Sin embargo, existen estrategias terapéuticas para prevenir o tratar el sangrado en estos casos observándose mayor adherencia al método, reduciendo los embarazos no planificados.

La etiología del sangrado impredecible asociado a LARCs no está del todo establecida. El mismo puede clasificarse en: sangrado desde el comienzo del método; o con el uso prolongado del mismo. El sangrado desde el inicio asociado al sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU de LNG) e implante subdérmico con etonorgestrel (ENG) se debe principalmente a cambios en el endometrio, que se afina por la exposición al progestágeno. En cambio, la causa principal del sangrado debido a la exposición prolongada de dichos métodos, es desconocida. Sin embargo, se cree que los progestágenos generan dilatación superficial y profunda de venas y capilares, y su fragilidad produce sangrado. Otras influencias posibles, son cambios estructurales del endometrio, alteración de la actividad de las metaloproteasas y alteraciones tanto en la perfusión como en la hemostasia del endometrio.

La consejería previa a la colocación de los LARCs es fundamental, tanto para la aceptación como para la continuidad del método. Se debe informar a la paciente que el sangrado no se asocia a

una disminución en la eficacia anticonceptiva y brindar el asesoramiento necesario para lograr una mayor adherencia.

Se debe descartar el embarazo no planificado en primera instancia, siempre que existan signos sugestivos, sobre todo ante un primer episodio de amenorrea. Si una usuaria de DIU consulta por sangrado irregular asociado a dolor pelviano, se debe verificar la localización del mismo, mediante el examen físico o ecografía para confirmar que no haya descendido a nivel del cérvix, se haya atascado en el miometrio o perforado el útero hacia la cavidad abdominal. Se deben considerar otras causas posibles, tales como patología infecciosa u oncológica (cáncer de cuello de útero o endometrio). Para aproximarnos a un diagnóstico se puede realizar toma de cultivos y biopsias endometriales.

Para evitar que se discontinúen los LARCs, los ginecólogos deben brindar estrategias basadas en la evidencia científica para tratar este efecto secundario. A continuación detallaremos opciones para cada uno de ellos.

DIU de Cobre: El goteo intermenstrual/prolongado o la hipermenorrea suelen ser efectos secundarios frecuentes, sobre todo los primeros meses posterior a su colocación. El volumen del sangrado menstrual puede aumentar en un 55 a 74%; puede deberse a un exceso de liberación de prostaglandinas en la cavidad endometrial. La discontinuación del método debido a dolor pelviano o sangrado, en un ensayo clínico que evalúa el uso de DIU de cobre, fue del 5% a un año, 8% a dos años y 9% a tres años.

Estrategias para disminuir el sangrado abundante

El tratamiento propuesto para disminuir el sangrado asociado a DIU de cobre incluye: AINES, agentes antifibrinolíticos y antidiuréticos. En la tabla 1 los autores presentan opciones terapéuticas que han demostrado ser efectivas en ensayos clínicos para disminuir el sangrado abundante en usuarias de DIU.

Table 1					
Medical interventions for heavy bleeding in copper IUD users					
Timing	Medication Class	Medication	Dose	Frequency	Length of Time
Prophylaxis	NSAID	Ibuprofen	400 mg	3 Times daily	10 d
		Tranexamic acid	500 mg	2 Times daily	5 d
	Antifibrinolytic	Tranexamic acid	1000 mg	2 Times daily	5 d
Treatment	NSAID	Ibuprofen	400 mg	4 Times daily	7 d
		Indomethacin	25 mg	2 Times daily	7 d
		Indomethacin	25 mg	4 Times daily	3 d
		Mefenamic acid	100 mg	3 Times daily	3 d
		Mefenamic acid	500 mg	3 Times daily	5 d
		Diclofenac	50 mg	3 Times daily	1 d, then
			25 mg	3 Times daily	4 d
		Antifibrinolytic	Tranexamic acid	1500 mg	3 Times daily
	Antidiuretic	Desmopressin	300 mcg	Intranasal daily	5 d

Obstet Gynecol Clin North Am. 2015 Dec;42(4):593-603. Therapeutic Options for Unscheduled Bleeding Associated with Long-Acting Reversible Contraception. Friedlander E, Kaneshiro B.

AINES: tales como el ibuprofeno, la indometacina, el ácido mefenámico y el diclofenac, cuyo mecanismo de acción es inhibir la síntesis de prostaglandinas y disminuir la liberación de las mismas en el endometrio, son algunos de los tratamientos más estudiados para disminuir la hemorragia en usuarias de DIU.

A su vez esta tabla muestra medidas tanto profilácticas, como terapéuticas para disminuir estos síntomas. Los AINES como medida profiláctica, fueron evaluados en un estudio randomizado de 28 nuevas usuarias, cuyas menstruaciones previas eran normales. Se observó que las mujeres que recibieron tratamiento con ibuprofeno presentaron menor sangrado en comparación con el grupo placebo. La hemorragia en el grupo placebo aumentó un 74%, en comparación con un 2% en el grupo que recibió ibuprofeno. El estudio no recolectó información acerca de los ciclos luego de la primera intervención, por ende no queda del todo claro si el tratamiento profiláctico funciona a largo plazo o si los beneficios son exclusivos de los primeros ciclos menstruales.

Como tratamiento de la hipermenorrea, un estudio demostró que, el ibuprofeno, iniciado el primer día del ciclo menstrual en usuarias de DIU de cobre, reduce significativamente el sangrado en un 25% mientras que el uso de indometacina administrada 4 veces al día, al comienzo del ciclo, se asoció a una reducción significativa del sangrado de un 38%. El ácido mefenámico administrado días previos al comienzo del ciclo o en el primer día, también se asoció con una reducción significativa del sangrado menstrual. Dosis más altas de la misma droga, 500mg, 3 veces al día por 5 días al comienzo del ciclo, se asoció a una reducción del volumen del sangrado del 47.5%. El tratamiento con diclofenac sódico, 50mg, 3 veces al día diarios, seguido de 25 mg, 3 veces al día por 4 días, disminuye el volumen de hemorragia en un 20%, aunque no se observaron cambios en relación al dolor pelviano o la duración de la hemorragia. La aspirina no está recomendada para tratar el sangrado impredecible asociado a LARCs.

Agentes antifibrinolíticos: como por ejemplo el ácido tranexámico, reducen el volumen de sangrado, ya que previenen la degradación de fibrina. Lin y colaboradores, compararon el sangrado durante las primeras menstruaciones post-colocación de DIU, luego de la administración de ácido tranexámico profiláctico, en comparación con el placebo. Todos los grupos sufrieron un aumento en el volumen de pérdida sanguínea durante el primer ciclo, que fue mermando con los subsiguientes. Ambas dosis propuestas de ácido tranexámico se asociaron a reducción de la hipermenorrea (20 ml menos de pérdida) en comparación con el grupo placebo. Las dosis altas no brindaron un beneficio adicional.

Antidiuréticos: la desmopresina, análogo sintético de la vasopresina, es un diurético que puede ser utilizado para disminuir el sangrado por su propiedad vasoconstrictora. La desmopresina intranasal ha demostrado ser útil en disminuir el sangrado en un 40.5%, en un ensayo de mujeres con hipermenorrea asociado a DIU.

Resumen: Como profilaxis en nuevas usuarias de DIU, se puede considerar al ibuprofeno o ácido tranexámico durante los primeros días del ciclo. Para el tratamiento en ciclos subsiguientes, considerar AINES en primera instancia, incluyendo ibuprofeno, indometacina, ácido mefenámico y diclofenac, administrados el primer día del ciclo menstrual. Otras opciones terapéuticas incluyen ácido tranexámico y desmopresina. No se recomienda el uso de aspirina.

SIU: por lo general, se asocia con oligomenorrea o amenorrea. Luego de 6 meses de uso, el 44% de las usuarias de Mirena® (SIU que libera 20mcg de LNG) presentaron amenorrea. Luego de 12-24 meses de uso, más de la mitad reportaron amenorrea. Sin embargo, se puede experimentar, en algunos casos, menometrorragia o goteo intermenstrual. El 35% de las usuarias experimentaron sangrado prolongado (4 episodios de sangrado en 90 días o un episodio de más de 10 días de duración) durante los primeros 3 meses de uso, sin embargo al año, esta proporción

cae un 4%. La mejoría del sangrado es prometedora, pero la tasa de discontinuación por tales motivos se acerca a un 5.9%, y suele ser la razón más fuerte para discontinuar el método.

Se observan cambios en el patrón de sangrado similares con otros SIU (por ejemplo: Skyla® que libera 14mcg de LNG/día) aunque la amenorrea suele ser menos frecuente. El sangrado impredecible, suele aparecer durante los primeros 3 meses post-colocación. Así, el 59% reportan sangrado prolongado, 42% sangrado irregular, 31% sangrado frecuente. Estos números disminuyen a 9%, 23% y 8%, respectivamente, al cabo de un año. Al año, 6% de estas mujeres reportan amenorrea, aumentando a 12% al cabo de 3 años. La tasa de discontinuación del método por alteraciones en el patrón del sangrado con LNG 14 mcg, es de aproximadamente 5%. Es por eso, que la consejería previa la colocación y el reaseguro de la posibilidad de estos efectos secundarios, deben ser parte de una práctica clínica integral. Antiguamente, se solía indicar anticonceptivos orales combinados, junto a la colocación del SIU, para disminuir el sangrado, pero en la actualidad no hay estudios que avalen su uso como parte del tratamiento asociado a SIU.

Tratamiento para el sangrado irregular: Esto incluye: AINES (naproxeno y ácido mefenámico) y agentes antifibrinolíticos (ácido tranexámico). Otras medidas terapéuticas incluyen: estrógeno, compuestos sintéticos esteroideos con efectos antiprogéstágenos (mifepristona) y moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRMs) tales como el acetato de ulipristal. Hasta la actualidad, no se han desarrollado estrategias para disminuir el sangrado irregular en usuarias de LNG 14mcg. La TABLA 2 del trabajo original describe los tratamientos posibles para el sangrado impredecible en usuarias de SIU.

Table 2 Efficacy of medical interventions for irregular bleeding/spotting in LNG IUD users					
	Medication Class	Medication	Dose (mg)	Frequency	Length of Time
Decreased bleeding	NSAID	Naproxen	500	2 Times daily	5 d
	Antifibrinolytic	Tranexamic acid	500	3 Times daily	Until bleeding stops
	Antiprogestin	Mifepristone	100	Once	Monthly
No effect on bleeding	NSAID	Mefenamic acid	500	3 Times daily	Until bleeding stops
Increased bleeding	Estrogen	Estradiol	0.1	Transdermal	Changed weekly
	SPRM	Ulipristal acetate	50	Daily	3 d (Starting 21 d after insertion)

Obstet Gynecol Clin North Am. 2015 Dec;42(4):593-603. Therapeutic Options for Unscheduled Bleeding Associated with Long-Acting Reversible Contraception. Friedlander E, Kaneshiro B.

AINES: el tratamiento con naproxeno en dosis de 500mg, como lo indica la **TABLA 2** comenzando el día posterior a la colocación del SIU (LNG 20mcg) durante 3 ciclos, se asoció a una disminución del sangrado y goteo intermenstrual en un 10%. Sin embargo, tras 4 semanas de tratamiento, no se reportaron diferencias en el patrón de sangrado.

El ácido mefenámico no demostró reducciones significativas en el sangrado o duración del mismo comparadas con el grupo placebo.

Agentes antifibrinolíticos: Se observó una reducción de la duración del sangrado/goteo de aproximadamente 8 días en un período de 90 días, con el uso de ácido tranexámico, aunque el mismo no resultó ser significativo luego de un ajuste de la dosis.

Estrógeno: El estradiol fue estudiado como estimulador endometrial, con el objetivo de brindar estabilidad tanto vascular como en el epitelio endometrial. Algunos ensayos clínicos han demostrado que su uso no es un tratamiento efectivo para el sangrado impredecible. El parche de estradiol, se asoció a un aumento en el sangrado y la duración del goteo intermenstrual (riesgo relativo de 1.25).

Antiprogestágenos: agentes como la mifepristona, que no se encuentra disponible en Argentina, inhiben la progesterona, llevando a un up-regulation de los receptores endometriales de estrógeno, induciendo así la proliferación endometrial y reduciendo el sangrado vaginal. La toma de 100 mg de mifepristona, el día de la inserción y luego cada 30 días por 3 ciclos, se asoció a una disminución significativa de la duración del sangrado intermenstrual o días de goteo (6.0 vs 12.5 días) como también en el número total de episodios (2.5 vs 3 episodios; $p=0.5$). Luego de 3 meses de tratamiento, la media de duración del sangrado fue menor en aquellas pacientes en tratamiento con mifepristona. La tasa de satisfacción en usuarias de DIU también fue superior en el grupo que recibió tratamiento, 75% vs 44%.

SPRMs: el acetato de ulipristal se une con gran afinidad a los receptores de progesterona, siendo antagonistas de la misma, de manera más selectiva que la mifepristona. Su indicación, comenzando 3 semanas luego de la colocación del dispositivo, repitiendo el esquema cada 28 días, se asoció a una disminución del sangrado y goteo intermenstrual, aunque este efecto desapareció con ciclos subsiguientes, sobre todo a partir del tercer ciclo, constatándose un aumento en la duración de sangrado, de aproximadamente 6 días adicionales.

Resumen: La consejería debe ser considerada la primera línea de recomendación para sangrado impredecible asociado al SIU-LNG. La evidencia científica sugiere realizar tratamiento con naproxeno y mifepristona, aunque ésta última en dosis bajas no se encuentra disponible en el mercado en la actualidad. Un ensayo clínico pequeño sugiere que el uso de ácido tranexámico podría tener beneficios. Otros tratamientos no son recomendados, entre ellos: el ácido mefenámico, estrógeno transdérmico y acetato de ulipristal ya que no brindan beneficios o aumentan el sangrado.

Implantes de etonorgestrel: se asocia, con una disminución global del sangrado uterino, ya que un 75% de las usuarias han reportado una menor tasa del sangrado/goteo y de su duración luego de su colocación. Luego de 3 meses, el 22% de las usuarias referirá amenorrea. El resto, pueden experimentar sangrado uterino impredecible, por ejemplo: sangrado prolongado (17.7%) y sangrado frecuente (6.7%). Alrededor del 23% prefieren discontinuar el método antes de tiempo debido las alteraciones previamente descritas. Otro estudio reveló, que aproximadamente el 44% de las mujeres que presentaron cambios desfavorables en el patrón de sangrado durante los 3 primeros meses optaron interrumpir el uso del método de forma prematura. No se han identificado hasta el momento factores predisponentes, pero se conoce que el patrón que se presente durante los primeros 3 meses, podrá predecir cómo serán el resto de los ciclos. Aun si en los primeros 3 meses, se presenta un patrón desfavorable, hay un 50% de probabilidades de que mejore en el futuro.

Tratamiento para el sangrado irregular:

La mayoría de estudios destinados a mejorar el sangrado impredecible asociado al implante subdérmico han propuesto el uso de: AINES (ibuprofeno y ácido mefenámico), inhibidores de la matriz de metaloproteasas (doxiciclina), antiprogestágenos (mifepristona) y estrógeno.

La siguiente tabla presentada en el estudio original provee un resumen de las opciones terapéuticas posibles para tratar el sangrado impredecible asociado a implante.

Table 1 Medical interventions for heavy bleeding in copper IUD users					
Timing	Medication Class	Medication	Dose	Frequency	Length of Time
Prophylaxis	NSAID	Ibuprofen	400 mg	3 Times daily	10 d
	Antifibrinolytic	Tranexamic acid	500 mg	2 Times daily	5 d
		Tranexamic acid	1000 mg	2 Times daily	5 d
Treatment	NSAID	Ibuprofen	400 mg	4 Times daily	7 d
		Indomethacin	25 mg	2 Times daily	7 d
		Indomethacin	25 mg	4 Times daily	3 d
		Mefenamic acid	100 mg	3 Times daily	3 d
		Mefenamic acid	500 mg	3 Times daily	5 d
		Diclofenac	50 mg	3 Times daily	1 d, then
			25 mg	3 Times daily	4 d
		Antifibrinolytic	Tranexamic acid	1500 mg	3 Times daily
	Antidiuretic	Desmopressin	300 mcg	Intranasal daily	5 d

Existe evidencia limitada en cuanto al tratamiento en estos casos. A pesar de ello, la mayoría de los médicos utilizan recomendaciones establecidas para implante de levonorgestrel. Las recomendaciones prácticas de EE.UU (SPR) incluyen AINES, dosis bajas de estrógenos (aunque este esquema no ha sido aprobado para el implante de ENG) y anticonceptivos orales combinados. Los ensayos clínicos que estudiaron el implante de LNG sugieren progestágenos orales cíclicos (acetato de medroxyprogesterona) o solos, o ácido tranexámico.

AINES: El tratamiento con ácido mefenámico 500mg, 3 veces al día por 5 días indicado a usuarias de implante con sangrado irregular demostró ser una medida que aseguró una mejoría de los síntomas.

Inhibidores de la matriz de metaloproteasas (MMP): se expresan en el endometrio y juegan rol fundamental en la remodelación tisular. La doxiciclina inhibe la degradación mediada por MMP previniendo sangrados impredecibles.

Algunos estudios de cohorte retrospectivo demostraron que pacientes usuarias de implante que recibieron consejería y tratamiento con doxiciclina presentaron menor tasa de discontinuación del método. Sin embargo, este beneficio no tuvo impacto en los siguientes ciclos.

Antiprogestágenos: el tratamiento con mifepristona no se asoció con cambios en la duración del sangrado a mujeres con implante que presentaron hipermenorrea

Terapias combinadas: Antiprogestágenos, estrógenos e inhibidores de MMP

En usuarias de implante que experimentaron sangrado prolongado o frecuente, se utilizó la terapia combinada con mifepristona y estradiol y se observó disminución significativa del mismo (4.2 días vs 7.5 días). A pesar del beneficio descrito, no ocurrió lo mismo con sangrados subsiguientes.

Otro estudio demostró que el tratamiento con mifepristona seguido de doxiciclina fue indicado a otro grupo con un segundo episodio de sangrado. Este grupo experimentó una disminución en la duración del sangrado (4 días vs 6.4 días placebo). La administración de doxiciclina 100mg, 2 veces

al día, asociado a estradiol 20 mcg diario, no se asoció en cambios con respecto al tiempo de cese de sangrado.

Ninguna de las terapias combinadas propuestas tuvo impacto en patrones de sangrado más allá del tiempo de tratamiento.

RESUMEN:

LARCs, tales como DIU, SIU e implante, son los métodos anticonceptivos más eficientes disponibles y poseen escasas contraindicaciones. Las alteraciones en el patrón de sangrado luego de la colocación, tales como hipermenorrea, sangrado prolongado o goteo intermenstrual, son la causa más frecuente para discontinuar el método. Es por ello que este trabajo nos remarca que previo a su colocación, la consejería es fundamental para estar familiarizado con dichos efectos posibles y mejorar así la adherencia al método. Además, se debe informar a la futura usuaria de alternativas terapéuticas en caso de presentar alguna alteración en el patrón de sangrado, proponiendo distintas estrategias posibles. El conocimiento acerca de los posibles efectos esperados de un método, ayuda a la paciente a no considerarlo un efecto adverso per se, sino a tomarlo con naturalidad. Esto hará que en un futuro, no desconfíe de la eficacia anticonceptiva, no consulte con preocupación y sepa que posibles opciones terapéuticas existen.

Se recomienda el uso de AINES para disminuir la hipermenorrea con cualquier LARC y el uso de ácido tranexámico para cualquier dispositivo intrauterino. Sumado a estas recomendaciones, se puede asociar estrógeno, anticonceptivos orales combinados o progestágeno, como datos brindados del implante de LNG, aunque no haya evidencia en la actualidad que apoye su teoría para otros tipos de LARCs. Se necesitan más estudios para lograr mejoras en los cambios de patrón de sangrado que logren más satisfacción con el método.

Anticoncepción y millennials: ¿Por qué se olvidan? Una encuesta internacional que evalúa el impacto del estilo de vida y los niveles de estrés en la adherencia a un tratamiento anticonceptivo diario.

Millennials and contraception: why do they forget? An international survey exploring the impact of lifestyles and stress levels on adherence to a daily contraceptive regimen.

AUTORES:

Caetano C, Peers T, Papadopoulos L, Wiggers K, Engler Y,
Grant H.

The European Journal of Contraception & Reproductive Health
Care. 2019;24(1):30-38.

Traducción y comentarios: Dr. Paul Sereday¹, Dra María
Laura Lovisolo²

marialaura_lovisolo@hotmail.com



Resumen:

Las tasas de embarazos no deseados son particularmente elevadas en mujeres jóvenes. El estilo de vida actual sumado al estrés puede repercutir en las actividades diarias de las *millennials* y asociarse a una manera incorrecta o inconsistente en la toma de los anticonceptivos orales (ACO).

Métodos: Se realizó una encuesta a través de la web (n=4500) acerca de hábitos y actividades diarias, cambios abruptos en las rutinas y el estrés asociado a esto en mujeres que utilizan ACO respondieron una encuesta por internet

Resultados: El 39% de las encuestadas se han olvidado de tomar al menos una dosis de los ACO en el último mes y casi el 40% reconocieron además no haber tomado la medicación en el mismo horario todos los días. Se describieron en promedio dos eventos perturbadores en la vida diaria en el último año, y el 74% consideraron que estos episodios aumentaron el nivel de estrés. Más de la mitad de las pacientes refirieron que eran más propensas a olvidarse una dosis cuando se encontraban preocupadas.

Conclusión: El estrés puede contribuir a que las mujeres *millennials* se olviden de tomar los ACO. Los profesionales de la salud deben asegurarse de incluir en el asesoramiento sobre anticoncepción el impacto del estilo de vida y las potenciales dificultades para una buena adherencia. Todas las mujeres deben ser asesoradas sobre los MAC disponibles para poder elegir el más conveniente según sus necesidades.

El término "generación" se usa para describir diferencias en la sociedad entre grupos etarios. A las mujeres jóvenes de hoy en día, nacidas entre 1980 y 2000, se las incluyen dentro de las denominadas "*millennials*". Esta generación creció en una época de cambios rápidos, y presenta algunas características únicas como haber sido la primera generación en criarse con internet. De este modo, muchos de las *millennials* crecieron expuestas a plataformas digitales de comunicación

o redes sociales y, al mismo tiempo, fueron resguardadas por padres con conductas muchas veces sobreprotectoras. Se postula como hipótesis que esta forma de crianza podría asociarse a potenciales resultados negativos como la dependencia en terceros, limitaciones para tomar decisiones adecuadas y mayores niveles de estrés, entre otros.

La Asociación Americana de Psicología describió que los *millennials* presentan mayores niveles de estrés que las generaciones anteriores, y que existe una mayor prevalencia en las mujeres en comparación con los hombres. Los niveles de ansiedad y el estrés superan el 30 % tanto en *millennials* que estudian como en los que trabajan y teniendo en cuenta una encuesta del 2014 del American College Health Association que concluyó que el estrés y la ansiedad eran los factores más reportados que afectaban el desempeño académico, la situación es al menos preocupante. Además, el estrés también puede afectar a la memoria pudiendo impactar en la habilidad para completar las tareas diarias. Si le sumamos a lo antes mencionado el activo estilo de vida actual, podemos suponer entonces el impacto negativo de todo lo mencionado sobre actividades cotidianas como bien puede ser la toma de anticonceptivos orales (ACO) en forma diaria y las potenciales consecuencias del olvido de los mismos.

Casi la mitad de los embarazos no intencionados a nivel mundial son consecuencia del uso incorrecto o inconstante de los métodos anticonceptivos (MAC). Esto es sin lugar a dudas un hecho preocupante si se tiene en cuenta que son precisamente las mujeres jóvenes las que presentan tasas más altas de embarazos no intencionales y al mismo tiempo las que más utilizan ACO como MAC cuya efectividad, como es sabido, depende en gran parte de la adherencia correcta al tratamiento.

La encuesta internacional a la que refiere este artículo fue realizada para evaluar como los cambios en el estilo de vida a los que las mujeres *millennials* están expuestas pueden afectar el nivel de estrés, las actividades y los hábitos diarios, incluida la habilidad para utilizar ACO correctamente.

Materiales y Métodos: Se reclutaron 4500 mujeres entre 21 y 29 años de nueve países que utilizaran ACO. La encuesta, que consistía de 12 preguntas, fue completada a través de internet durante un mes (Junio a julio de 2016).

Resultados: La edad promedio de las mujeres incluidas fue 24.7 años. El 56% de las mujeres encuestadas presentaban entre 20 y 24 años, y el 46% entre 25 y 29. Del total de las 4500 mujeres solo el 14% utilizaba doble método anticonceptivo (ACO + barrera).

El 39% refirió haber olvidado la toma de la pastilla anticonceptiva al menos una vez durante el último mes y esta fue la actividad reportada más olvidada en ese periodo de tiempo superando retirarse el maquillaje antes de dormir (38%), cargar el teléfono celular (24%), las llaves, billetera o teléfono (20%), llevar el almuerzo al trabajo o universidad (17%), o configurar la alarma (10%). De hecho, al preguntarles cuál era la actividad que creían que más frecuentemente olvidaban, la respuesta fue tomar los ACO y esto se observó que era independiente de la edad de las encuestadas. Asimismo, del total de las pacientes que tuvieron algún olvido en la toma de los ACO (n=1776), el 66% indicó haberse olvidado una o dos dosis al mes, el 19% un olvido semanal, y el 15% refirió más de una dosis por semana. En suma, el 78% de todas las participantes refirieron que al menos habían olvidado una dosis en el último año.

Al analizar los motivos del olvido, las razones más mencionadas para explicar un olvido en la toma de anticonceptivos en el último año fueron agendas activas (40%), tendencia a ser olvidadizas (33%), la ausencia de la medicación en un sitio visible (24%) y cambios en la rutina diaria (20%). Al mismo tiempo, más de la mitad de las pacientes (55%) refirieron que eran más propensas a

olvidarse una dosis cuando estaban preocupadas y de éstas el 63% evaluó un método anticonceptivo alternativo que no requiriera administración diaria.

En promedio, las participantes refirieron haber vivido dos episodios perturbadores en su cotidianidad durante el último año como comienzo de un nuevo empleo o estudio (36%), mudanza (28%), empezar una nueva dieta o rutina de ejercicios (26%) y haber tenido una discusión con un amigo o familiar (24%). Si tenemos en cuenta que tres cuartos (74%) de las *millennials* que vivieron un evento de estos consideraron que estas situaciones aumentaron el nivel de estrés, no es difícil estimar la asociación entre estas situaciones y el olvido de una dosis de ACO ($p < 0.05$).

Con respecto al momento de la toma de ACO, casi el 40% de las mujeres no toman las píldoras en el mismo horario todos los días y de éstas, casi dos tercios se lo atribuyeron a tener una agenda muy activa y alrededor de un cuarto refirió que no era necesario cumplir con el horario para preservar la efectividad del método.

Discusión y conclusiones: En este estudio, aproximadamente dos quintos de las mujeres *millennials* encuestadas refirieron haberse olvidado al menos una dosis de los ACO en el último mes. De éstas, más de un tercio (35%), reconocen haberse olvidado al menos una por semana.

La alta proporción de pacientes de mujeres jóvenes que se olvidan de tomar los ACO está respaldada por resultados de estudios previos como el reconocido estudio TANCO entre otros.

El resultado de este trabajo demuestra que el estilo de vida de las mujeres encuestadas contribuyó a disminuir la adherencia a los ACO. La principal respuesta a la pregunta de por qué creían que se habían olvidado alguna dosis fue por la ajustada agenda que referían tener con énfasis en el rápido ritmo de vida que llevan y, además, más de la mitad afirmó que eran más propensas a olvidarse una toma cuando estaban preocupadas.

Tres cuartos refieren que el estilo de vida actual aumenta el nivel de estrés y citan a las mudanzas, las discusiones con personas cercanas, las separaciones y los viajes de trabajo como las principales causas asociadas a los olvidos de los ACO en el último año. Por lo tanto, esto sugiere que en momento de estrés podría aumentar las posibilidades de que las *millennials* tengan los olvidos en cuestión. La asociación entre las hormonas implicadas en las situaciones de estrés y la afección de la memoria fue demostradas previamente y podrían explicar dicho hallazgo. El momento y tipo de estrés determina cómo se afecta el proceso de la memoria, incluida la consolidación de la memoria a largo plazo. Las mujeres que se olvidan de tomar los anticonceptivos luego de un evento estresante, como puede ser una mudanza o una separación, son el claro ejemplo de cómo la memoria es afectada por el estrés luego de la codificación pero antes de la evocación (proceso de recuperación de un recuerdo previamente consolidado).

Otra razón para explicar los olvidos en la toma de los anticonceptivos fue no tomarla todos los días en el mismo horario, dejando en evidencia la necesidad imperiosa de mejorar la educación en las poblaciones encuestadas.

Cómo recomienda la Organización Mundial de la Salud, al momento de asesorar a una mujer sobre cuál es el mejor método anticonceptivo para ella, se debe tener en cuenta el estilo de vida y sus preferencias acerca de la forma y vía de administración.

Los profesionales de la salud deben conocer la adherencia que las *millennials* presentan en los tratamientos con ACO y asegurarse que en las consultas de asesoramiento anticonceptivo se

discuta sobre las limitaciones potenciales que puedan tener respecto a la toma correcta de los ACO teniendo en cuenta sobretodo, que las mujeres jóvenes no suelen abordar este tema por si mismas. Se recomienda realizar una adecuada consejería remarcando que la efectividad de los ACO depende de la toma correcta de los mismos. Se sugiere hacer hincapié en que se debe tener la medicación en un lugar visible y mencionar que a pesar de que el 98% de las mujeres utilizan recordatorios o incorporan en la rutina la toma de los anticonceptivos, el 38% refieren olvidar al menos una dosis en los últimos 3 meses.

Los hallazgos actuales indicarían que los ACO no serían el método ideal para algunas *millennials* y según el análisis de esta encuesta y de otros estudios publicados, se sugiere que muchas mujeres jóvenes son conscientes de esto, ya que de aquellas que indicaron una tendencia a los olvidos en momentos de preocupación, caso dos tercios (63%) habían considerado un método anticonceptivo alternativo que no necesitara administración diaria para que fuera eficaz. El mensaje merece repetirse ya que se ha demostrado que en muchos casos son los propios agentes de salud los que sobreestiman la adherencia de sus pacientes al tratamiento y por tanto no realizan la consejería adecuada.

Sería importante que en el futuro, las investigaciones evalúen el impacto de los olvidos de los ACO y su repercusión sobre las tasas de embarazos inoportunos y abortos en la población de mujeres millennial. Incluso sería óptimo investigar con mayor profundidad sobre otros aspectos con respecto al comportamiento de las *millennials* para poder determinar cómo eligen el método anticonceptivo, y las necesidades particulares de esta generación si es que las tuvieran. Sería interesante al mismo tiempo realizar una encuesta retrospectiva similar en mujeres de generaciones anteriores para comparar estilos de vida y niveles de estrés, y poder así comprender mejor los desafíos que las mujeres millennial enfrentan día a día, y cómo repercute esto en la adherencia a los MAC.

Comentarios: El estilo de vida actual y el nivel de estrés percibido por las mujeres millennial pueden aumentar las posibilidades de que sucedan olvidos en la toma de las pastillas anticonceptivas. Los profesionales de la salud que indican métodos anticonceptivos deben conocer las tasas de adherencia a los ACO en las pacientes jóvenes, y asegurarse de indagar sobre el estilo de vida y las potenciales limitaciones que existen para una buena adherencia al método dándole un lugar primordial a la consejería y, de no haber contraindicaciones, eligiendo el MAC en forma consensuada según las necesidades individuales de cada paciente. Todas las mujeres deben ser asesoradas sobre los MAC disponibles, poniendo en relevancia las ventajas de los LARCs, para que puedan realizar la elección que más las favorezca.

-
1. Médico residente de tocoginecología CEMIC
 2. Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infanto Juvenil CEMIC