

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 16, N°1 (2020)

Editorial



Dra. Silvana Pradier
Presidente de AMAdA

Estimados amigos y colegas:

Es un honor presentar este primer número de la revista del año 2020, bien fructífero, a pesar de la pandemia de covid 19. Desde AMAdA entendemos que la salud sexual y reproductiva (SSyR) es un servicio esencial de salud y que no puede diferirse. Ante la situación cambiante de la pandemia y el impacto negativo del coronavirus sobre nuestra calidad de vida con la consiguiente angustia por el encierro, temor a la enfermedad y debido a la pauperización por menores fuentes de trabajo se observaron mayores niveles de violencia doméstica, abuso sexual, menor uso de métodos anticonceptivos y mayor número de embarazos no deseados con dificultades en el acceso a la interrupción legal del embarazo. El Instituto Guttmacher estimó en un 10% de disminución del número de mujeres que reciban atención en SSyR y que una disminución del 10% del uso de métodos anticonceptivos se verá reflejado en 15.000.000 de mujeres con embarazos no intencionales más que los esperados en un año.

En este número la Dra Silvia Ciarmatori reflexiona muy acertadamente acerca del impacto de la pandemia en la SSyR de nuestras pacientes y del equipo de salud. Nos convoca a tender redes o canales de comunicación para brindar información y facilitar el acceso a la anticoncepción, diagnóstico y tratamiento de infecciones, atención de mujeres en situación de violencia y atención del aborto. Nos invita a cuidarnos para cuidar a los otros.

Los invito a leer el Comité de Opinión de AMAdA: Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia del covid-19 en donde un equipo de expertos de nuestra sociedad luego de evaluar la evidencia científica internacional expresa su opinión con respecto al manejo de las pacientes con y sin covid- 19 que consulten al equipo de salud durante la pandemia y propone un algoritmo clínico que confío en que les facilitará la toma de decisiones en las diversas situaciones que se presenten.

En este escenario de mayores dificultades en el acceso a los servicios de salud creemos que es fundamental el asesoramiento anticonceptivo durante los controles prenatales y la provisión de un método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPE) de inmediato, en lo posible antes de que la mujer se vaya de alta. Al respecto las Dras Silvia Oizerovich y Gabriela Perrotta nos relatan de manera clara y concisa los distintos métodos y la oportunidad de oro de la utilización de cada uno durante la internación para prevenir futuros embarazos no intencionales.

Van a tener la oportunidad de leer un trabajo del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en el que nos cuentan su valiosa experiencia con el implante anticonceptivo subdérmico en mujeres menores de 20 años y otro trabajo del Hospital de Pediatría JP Garrahan en el que nos refuerzan la importancia de la consulta ginecológica temprana y de la asesoría anticonceptiva en la paciente adolescente diabética con el objeto de mejorar su salud sexual y reproductiva.

La utilización del desogestrel 75mg continuo reduciría la frecuencia e intensidad de las migrañas con y sin aura en este primer estudio prospectivo controlado que el grupo suizo liderado por la Dra Gabriela Merki Feld y que la Dra Mariela Orti nos acerca, resume y comenta en este número de la revista.

Asimismo la Dra Moltoni nos aporta un buen resumen de contenidos relevantes del último congreso de AMAdA de noviembre de 2019 entre ellos: profilaxis preexposición al HIV en mujeres de alto riesgo, salpingectomía de la oportunidad en ocasión del pedido de ligadura tubaria para prevención del cáncer de ovario, deseo de no maternar tan lícito como el de maternar.

Aprovecho esta vía para invitarlos a suscribirse al newsletter que está al pie de nuestra página para recibir novedades, noticias y todo lo relativo a la actividad de AMAdA: reuniones virtuales, talleres virtuales, cursos on line, etc. Les cuento que durante el mes de agosto daremos un curso breve on line: Salud Sexual y Salud Reproductiva en épocas del covid-19. En septiembre y octubre otro curso on line conjuntamente con la Sociedad Argentina de Ginecología InfantoJvenil “Salud Sexual y Salud Reproductiva en los Adolescentes: lo que debemos saber”. También pueden informarse a través de nuestra página web: amada.org.ar, y nuestras redes sociales Facebook. Pueden seguirnos en Instagram a través de **amada_saludreproductiva**. Tenemos otro Instagram nuevo : **anticoncepción_y_mas** que está dirigido a la comunidad.

Espero disfruten de los contenidos de esta revista, de muy buen nivel científico, e invitamos a quienes quieran publicar en la misma nos envíen sus trabajos para ser evaluados por nuestro Comité Editorial. Dicen que la inteligencia es la capacidad de adaptarse a los cambios y sí, adaptarse para sobrevivir dignamente en el contexto de la pandemia y en lo posible encontrar el tesoro escondido que es la oportunidad de pensar y repensarse. Todo un desafío... ¡Hasta el próximo número!

Dra. Silvina Pradier
Presidente de AMAdA

Comité de opinión AMAdA. Mayo 2020: Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de COVID-19

AUTORES:

Dras. Silvia Ciarmatori, Carlota López Kaufman,
Silvia Bonsergent, Silvina Pradier.

La pandemia por COVID-19 constituye una amenaza sin precedentes que ha obligado a preparar y enfocar toda la atención médica en los pacientes afectados por el virus. Sin embargo, la atención de la salud sexual y reproductiva es considerada un servicio esencial, motivo por el cual, debe garantizarse aún en tiempos de pandemia ^{[1], [2], [3]}. El acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) mantiene la autonomía de las mujeres, reduce los embarazos no intencionados y, en definitiva, impacta favorablemente tanto en las mujeres como en la vida, la salud y el bienestar familiar, particularmente en tiempos de estrés y dificultades ^{[4], [5]}. Al contrario, la discontinuación de este servicio se traduce en un aumento de los embarazos no planificados, muchos de los cuales terminarán en abortos inseguros o complicaciones graves del embarazo, con aumento de la mortalidad materna e infantil ^[6]. Las sociedades internacionales que se ocupan de la atención de la mujer han publicado sus recomendaciones ^{3, [7], [8], [9], [10], [11]}. Más allá de algunas diferencias específicas, todas coinciden en que:

- Los servicios de planificación familiar deben mantener el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres, adolescentes, niñas y toda persona con capacidad de gestar; y asegurar la provisión de métodos anticonceptivos
- Con el objeto de disminuir la posibilidad de contagio, debe emplearse la estrategia del “acercamiento sin contacto”; esto significa que la telemedicina es la estrategia que debe priorizarse. En este sentido deberán utilizarse, **siempre que sea posible**, canales como la teleconsulta, SMS, WhatsApp, videollamadas o llamadas telefónicas.
- Dado que la pandemia muestra un escenario permanentemente cambiante y particular en cada lugar, las recomendaciones deberán ser específicas de cada país.

Las recomendaciones que detallamos a continuación, sobre cómo deben manejarse los motivos de consulta más frecuentes en relación a la anticoncepción, pueden llegar a cambiar en las próximas semanas, conforme vaya evolucionando la pandemia. Incluso puede haber adaptaciones de estas recomendaciones en los diferentes puntos de nuestro país, que permitan ajustar las mismas a la realidad local.

En el contexto de la pandemia, se deben hacer algunas consideraciones en situaciones específicas que describiremos a continuación:

- Usuaris de Anticoncepción hormonal combinada sana, sin diagnóstico de COVID
- Usuaris de Anticoncepción hormonal combinada con diagnóstico de sospecha o confirmado de COVID 19:
 - Internada en unidad de cuidados críticos

- Internada en sala general o aislamiento domiciliario, con y sin factores de riesgo asociados
- Mujer que desea iniciar anticoncepción hormonal combinada
- Administración de anticoncepción de emergencia
- Mujer que desea iniciar el uso de un LARC (anticonceptivos reversibles de acción prolongada): DIU, implante subdérmico y DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)
- Usuaría de LARC, cuyo método anticonceptivo vence durante la pandemia
- Usuaría que desea suspender su MAC para buscar embarazo
- Anticoncepción post parto /post aborto

¿Qué hacer en estos casos?

- **Debe mantenerse la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados en cualquiera de sus formulaciones: pastillas (ACO, anticonceptivos combinados orales), parches y anillos vaginales**, si la mujer ya los venía utilizando^{[12][13]}. En el caso de uso de inyectables combinados considerar rotar a ACO, anillos o parches, dado que la aplicación de inyecciones representa un potencial riesgo de exposición por ser un contacto estrecho con quien lo aplica. Los centros de salud deben intentar garantizar la entrega de la mayor cantidad de unidades posibles (3 o más unidades), para disminuir el acercamiento de la usuaria al sistema de salud
- En relación al riesgo de trombosis, en mujeres con diagnóstico de COVID 19 (confirmado o de sospecha) se sugiere, de manera preventiva:
 - Retirar la anticoncepción hormonal combinada en pacientes que requieran internación en cuidados críticos^[14]. Estas mujeres adicionalmente recibirán anticoagulación profiláctica. Administrar anticoncepción de emergencia si hubieran mantenido relaciones sexuales en las 48 hs previas sin método de barrera adicional.
 - En el caso de mujeres que sean internadas en sala general o permanezcan en aislamiento domiciliario, se sugiere rotar a anticoncepción con pastillas de solo gestágeno (progestogen only pills, POPs), si presentan sintomatología respiratoria severa o neumonía, o factores de riesgo trombótico arterial o venoso¹³. Es decir, si una paciente tiene un cuadro con síntomas leves, pero presenta asociado algún factor de riesgo como obesidad, tabaquismo, inmovilización, edad ≥ 35 años, diabetes, hipertensión o presencia de comorbilidades específicas con riesgo trombótico es recomendable rotar la anticoncepción hormonal combinada (ACO, parches, anillos e inyectables combinados) a POPs (preferentemente desogestrel o drospirenona). La anticoncepción libre de estrógenos no presenta riesgo trombótico. La rotación del anticonceptivo combinado al gestágeno solo puede hacerse directamente: la usuaria tomará la primera POP al día siguiente de su última píldora combinada y continuará con las mismas sin interrupción. El único requisito es dar un adecuado asesoramiento que incluya la información sobre los posibles cambios en el patrón menstrual y la necesidad de utilizar métodos de barrera durante la primera semana de uso. El implante subdérmico y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) son también métodos de gestágeno solo; pero su colocación se deberá diferir para después del alta de la usuaria, si así lo deseara.

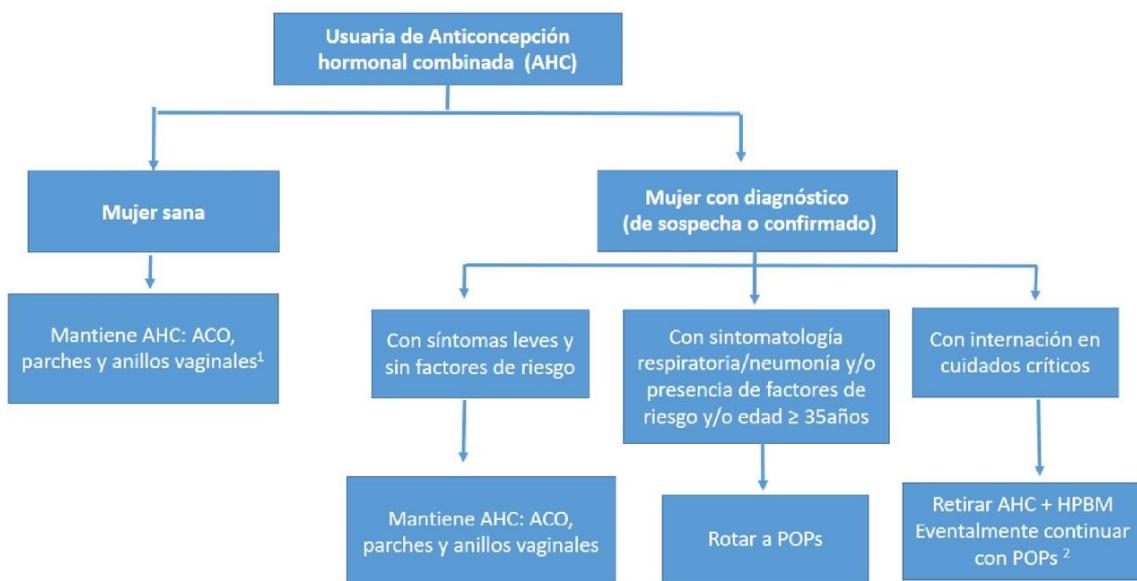
Factores de riesgo para tromboembolismo venoso (TEV)

- Edad >35 años
- Sobrepeso, obesidad
- Trombofilia
- Familiar de primer grado con antecedente TEV antes de los 50 años
- Factores desencadenantes transitorios: yeso, viaje en avión, inmovilización, cáncer, cirugía mayor

Factores de riesgo para trombosis arterial

- Edad >35 años
- Sobrepeso, obesidad
- Tabaquismo
- Antecedente familiar de IAM o ACV en < 60 años (hombres) o < 65 años (mujeres)
- HTA
- Dislipidemia
- Migraña con aura
- Diabetes

- Las mujeres con cuadros leves, sin factores de riesgo asociados, pueden mantener la anticoncepción hormonal combinada, aun con diagnóstico de COVID19
- En los casos en que se haya retirado o cambiado la anticoncepción combinada, la paciente podrá volver a usarla una vez curada y recuperada la movilidad habitual.



AHC: Anticoncepción hormonal combinada .POPs: progestin only pills (pastillas con solo gestágeno)

HBPM: heparina de bajo peso molecular

1 Usuarías de Anticoncepción hormonal inyectable: considera utilizar AHC con otra vía de administración que no requiera un contacto estrecho para su aplicación.

2 Si utiliza la AHC por una indicación no contraceptiva (ej. manejo del sangrado menstrual abundante) puede utilizar POPs + HBPM.

- Para la mujer sin diagnóstico ni sospecha de COVID-19, que desea iniciar un método hormonal combinado (ACO, parches o anillos vaginales), se mantienen los mismos requisitos de siempre. En cuanto al uso de inyectables combinados caben las mismas recomendaciones explicadas previamente. El asesoramiento se realiza por telemedicina⁹. Es imprescindible evaluar a través de la anamnesis los clásicos antecedentes personales y familiares que pueden contraindicar el uso de anticoncepción hormonal combinada, poniendo especial énfasis en antecedentes de enfermedad tromboembólica (personal o familiar), migraña con aura, tabaquismo en mayores de 35 años e hipertensión. Es importante tener en cuenta que otros factores de riesgo, como por ejemplo, obesidad, diabetes controlada de menos de 20 años de evolución y sin angiopatía o síndrome metabólico, no contraindican por sí solos el uso anticoncepción hormonal combinada, pero la combinación de más de dos de estos factores, sí contraindican su uso
- En caso de que no se pueda evaluar la tensión arterial, considerar la probabilidad que esa mujer tenga hipertensión en base a los antecedentes. La mayoría de las mujeres en edad reproductiva tienen TA dentro de límites normales.
- Así y todo, en el contexto de la pandemia, se debe sugerir a las mujeres utilizar en primera instancia pastillas con gestágenos solos ^{9, 11, 12}. Todas las mujeres que pueden utilizar ACO pueden usar también POPs; incluso mujeres con HTA o que presenten algún factor de riesgo para el uso de estrógenos. Las únicas consideraciones a tener en cuenta para el uso de POPs es evaluar si hay problemas en la absorción, uso simultáneo de drogas inductoras enzimáticas o problemas con la adherencia para un uso correcto, especialmente por la posibilidad que presenten sangrados y manchados irregulares ^{9, 11, 12}
- La administración de anticoncepción de emergencia puede hacerse en cualquier circunstancia, ya que no existen contraindicaciones para la misma. Se puede repetir todas las veces que sea necesario; aunque sea más de una vez en el mismo ciclo ^{9, 11, 12}
- Recordar que los métodos de mayor eficacia anticonceptiva son los LARCs: implante subdérmico, DIU y DIU LNG. El uso de estos métodos requiere de al menos una consulta médica presencial para realizar el procedimiento de la colocación. El procedimiento en sí mismo no implica, en principio, mayor riesgo de complicaciones en el contexto de la pandemia. La decisión de avanzar con el procedimiento de la colocación dependerá de cómo se encuentre en cada lugar el sistema de salud frente al curso de la pandemia, dado que la colocación de un procedimiento implica una situación de contacto estrecho¹⁰. En este punto es importante hacer una aclaración: como se comentó al inicio, la pandemia por COVID 19 presenta un escenario dinámico, en constante cambio. Por lo tanto, las recomendaciones de esta sociedad se circunscriben al escenario actual, en el que la pandemia está controlada y el sistema de salud no está colapsado. Las recomendaciones pueden cambiar, conforme vaya evolucionando el curso de la pandemia en nuestro país y deberán ajustarse a los escenarios locales. En el momento actual, en el que la pandemia se encuentra controlada, se puede ofrecer la colocación de un LARC siempre y cuando se cumplan los siguientes pasos, medidas y requerimientos:
 - i. Antes de la colocación: debe realizarse la consulta de asesoramiento previo siempre que sea posible de manera digital, por cualquiera de los canales. Deberá informarse las características del método, ventajas y desventajas; evaluar la posibilidad de utilizar otras opciones anticonceptivas, y rastreo de posibles síntomas de infección por COVID 19. Idealmente, contactarse el día anterior para confirmar la asistencia de la paciente y realizarle preguntas sobre su estado de salud, para saber si tiene síntomas compatibles con el COVID 19. Recordar a la paciente la obligación de asistir a la consulta con tapabocas
 - ii. Los turnos deberán agendarse con duración no menor a 30 minutos para evitar la aglomeración de pacientes en la sala de espera

- iii. Al ingreso al centro de salud o al consultorio: se debe realizar nuevamente un “triage” o cuestionario breve con preguntas para identificar los posibles casos de COVID-19. (Si la mujer presenta algún síntoma compatible con el COVID19, se suspende el procedimiento y se le indica el circuito de atención correspondiente). En la sala de espera: indicar el distanciamiento. Exigir el uso del tapabocas. Ofrecer alcohol en gel para limpieza de manos.
- iv. En la consulta: los procedimientos de colocación de un LARC deberán realizarse respetando los requisitos de la práctica habitual. Dado que se trata de una situación potencial de contacto estrecho, es importante que el profesional utilice un equipo de protección personal. Mínimamente debe portar: guardapolvo, barbijo triple capa, protección ocular (antiparras o anteojos), y guantes
- Las usuarias de LARCs, cuyo dispositivo se está venciendo en este momento, si consultan para retirarlo y colocar uno nuevo (porque desean mantener el mismo método) debe informarse que:
 - En caso de DIU-LNG de 52mg (Mirena®), puede mantenerse un año más (hasta 6 años), manteniendo su eficacia anticonceptiva ^{9, [16], [17], [18]}
 - En caso de estar usando Implante subdérmico, puede mantenerse un año más (hasta 4 años), manteniendo su eficacia anticonceptiva ^{12, 17, [19],[20]}.
 - Lo mismo cuenta para el DIU con cobre (puede mantenerse un año más) ^{9,12, [21]}
 - Mujeres a quienes se insertó un DIU después de los 40 años no necesitan cambiarlo ^{9,12}
 - Usuarias de DIU- LNG 13.5 (Blusiri®), cumplidos los 3 años de uso deben utilizar método de barrera o pastillas de solo gestágeno ¹²
 - Si la usuaria desea retirar el LARC porque está disconforme con el método, debe realizar previamente una consulta remota por cualquiera de los canales, para conversar los pros y contras de retirarlo y definir previamente con qué método va a continuar ^{12,13}. Si finalmente persiste la decisión de retirarlo, (especialmente en los casos de estar experimentando efectos adversos o frente a la sospecha de infección), se deriva a consulta presencial con el equipo de planificación familiar
 - Si la usuaria desea retirarlo para buscar embarazo, es importante conversar acerca de lo que se sabe y de lo que no se sabe actualmente sobre los riesgos de un embarazo en el contexto de la pandemia^{11, [22]} e indicar ácido fólico. Es importante que la mujer reflexione que en caso de quedar embarazada deberá concurrir a los controles prenatales, lo cual implica una mayor probabilidad de exposición; y que es posible durante el curso de la pandemia que existan restricciones en el acceso a los servicios de salud ante eventuales complicaciones. En caso de decidir interrumpir el LARC se deriva a consulta presencial con el equipo de planificación familiar para la extracción.
 - Anticoncepción post parto o post aborto: en estos momentos, donde la pandemia obliga al aislamiento social y muchos de los servicios de planificación están totalmente o parcialmente cerrados, debe promoverse la AIPE (Anticoncepción inmediata post evento obstétrico) que consiste en que la mujer se vaya de alta después del evento obstétrico con el método anticonceptivo, especialmente un LARC^[23]. Esta estrategia se convierte en una oportunidad única para brindar asesoramiento y proveer a las mujeres el MAC, en el marco de una atención médica integral. Esta es una manera de asegurarse el uso del MAC y disminuye la necesidad de regresar al sistema de salud. Para hacer un uso óptimo de esta estrategia es clave iniciar el asesoramiento durante la atención prenatal, enfatizando la importancia del espaciamiento de los nacimientos^[24].

Bibliografía

[1] UNFPA Millions more cases of violence, child marriage, female genital mutilation, unintended pregnancy expected due to the COVID-19 pandemic. Disponible

en <https://www.unfpa.org/news/millions-more-cases-violence-child-marriage-female-genital-mutilation-unintended-pregnancies> 2 de mayo 2020

[2] Tran NT, Tappis H, Spilotros N, Krause S, Knaster S Not a luxury: a call to maintain sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings during the COVID-19 pandemic [Lancet Glob Health](#). 2020 April : S2214-109

[3] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Essential Services in Sexual and Reproductive Healthcare

<https://www.fsrh.org/documents/fsrh-position-essential-srh-services-during-covid-19-march-2020/>

[4] Logie CH, Khoshnood K, Okumu M, et al. Self care interventions could advance sexual and reproductive health in humanitarian settings. *BMJ* 2019; 365: 1083.

[5] Hall KS Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet* 2020; 395: 1175-77

[6] Chattu VJ, Yaya S Emerging infectious diseases and outbreaks: implications for women's reproductive health and rights in resource-poor settings *Reproductive Health* 2020 17(43) 1-5

[7] WHO. Coronavirus disease (COVID-19) and Sexual and Reproductive Health. Disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>, 2 de mayo 2020

[8] FIGO COVID-19 Anticoncepción & Planificación familiar. Disponible en <https://www.figo.org/covid-19-anticoncepcion-planificacion-familiar> 2 de mayo 2020

[9] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Advice for women seeking contraception, abortion and other sexual and reproductive healthcare during the COVID-19 pandemic. Disponible en <https://www.fsrh.org/how-to-access-contraception-coronavirus/> 2 de mayo 2020

[10] Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorflinger L Contraception in the Era of COVID-19 *Glob Health Sci Pract*. 2020;8: 1 -3.

[11] Sociedad Española de Contracepción (SEC) Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. Disponible en: <http://sec.es/sec/posicionamiento-sec-covid-19/>

[12] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH CEU clinical advice to support provision of effective contraception during the COVID-19 outbreak. Disponible en

<https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-clinical-advice-to-support-provision-of-effective/>

[13] WHO.Q&A: Contraception/Family planning and COVID-19. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>

[14] Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Riesgo tromboembólico en la pandemia de covid-19 y tratamiento hormonal en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas.

Disponible en <https://www.sehh.es/covid-19/recomendaciones/123869-riesgo-tromboembolico-en-la-pandemia-de-covid-19-y-tratamiento-hormonal-en-mujeres-perimenopausicas-y-postmenopausicas>

[15] RCOG & FSRH. Contraception contingency plan during COVID-19. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/example-contraception-contingency-plan-during-covid-19-mar-2020/?preview=true>

[16] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare FSRH CEU recommendation on extended use of the etonogestrel implant and 52mg levonorgestrel-releasing intrauterine system during COVID restrictions 20 March 2020. Disponible en <https://yourship.uk/wp-content/uploads/2020/04/fsrh-recommendation-on-extended-use-of-the-etonogestrel-implant-srh-1.pdf>

[17] McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q, Swor E, Peipert JF. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the US Food and Drug Administration–approved duration. *Obstetrics and gynecology* 2015; 125(3):599

[18] Rowe P, Farley T, Peregoudov A, Piaggio G, Boccard S, Landoulsi S, Meirik O. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel-medicated intrauterine device: a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. *Contraception*. 2016;93(6):498-506

[19] Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod* 2016;31:2491–8

[20] Thaxton L, Lavelanet A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive implant duration. *International Journal of Gynecology & Obst. Obstetrics* 2019;144(1):2-8

[21] Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 2014;89(6):495-503

[22] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH CEU: information to support management of individuals requesting to discontinue contraception to plan a pregnancy during the Covid-19 outbreak. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-information-to-support-management-of-individuals/>

[23] FSRH RCOG & RCM. FSRH RCOG & RCM Statement Provision of contraception by maternity services after childbirth during the Covid-19 pandemic Disponible en <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-rcog-rcm-statement-postpartum-contraception-covid19/>

[24] ACOG Committee opinion *Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception*. N° 670 Aug 2016 Disponible en <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2016/08/immediate-postpartum-long-acting-reversible-contraception.pdf>

Utilización del Implante Subdérmico en adolescentes. Relato de experiencia en un Hospital Pediátrico.

Conflicto de Interés: ninguno que declarar

AUTORES:

Carpineta, María del Valle, Matienzo, María Soledad, Milgram, Laura Diana.

Servicio de Adolescencia
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Mail: maricarpineta@gmail.com



Resumen

Introducción: En el año 2014 se incorporó el implante subdérmico a la canasta de insumos anticonceptivos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva con el objetivo de disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia. Su alta efectividad, la duración de tres años y la no dependencia de la adherencia de la usuaria para garantizar su uso correcto ha favorecido su aceptación en esta población.

Objetivos:

- Caracterizar a la población que se colocó un implante en el Servicio de Adolescencia entre septiembre 2016 y diciembre 2019
- Describir el nivel de adherencia y los efectos secundarios al año de uso
- Identificar los motivos de retiro del implante subdérmico

Metodología: Se incluyeron 199 pacientes. Se revisaron historias clínicas. Los datos se analizaron manualmente.

Resultados:

Se colocaron 199 implantes subdérmico, 20 en menores de 15 años y 179 a mayores de 15 años. El 39% tenía algún evento obstétrico. El 51% continuaron utilizando implante al año. El 85% refirieron alteración en el patrón de sangrado menstrual. 12 pacientes solicitaron el retiro del implante.

Conclusiones

El implante subdérmico es una estrategia fundamental para asegurar la anticoncepción a largo plazo. Es importante fortalecer las acciones que garanticen el acceso al método en la población adolescente.

Palabras Clave: adolescentes, anticoncepción, implante subdérmico, embarazo adolescente.

Abstract

Introduction: In 2014, the subdermal implant was incorporated to the Argentine´s National Sexual and Reproductive Program with the goal of reducing unintended pregnancies in adolescence. Its high effectiveness, three-years-duration and the non-dependence of the user's adherence has favored its correct use and acceptance in this population.

Objectives:

- Characterize the population that had a subdermal contraceptive implant inserted in the Adolescence Service between September 2016 and December 2019
- Describe the level of adherence and side effects at one year of use
- Identify the reasons for removal of the subdermal implant

Methodology: 199 patients were included. Medical records were reviewed. The data was analyzed manually.

Results:

199 subdermal implants were placed, 20 in women under 15 years and 179 in those over 15 years. 39% had an obstetric event. 51% continued using implants at least one year. 85% reported alteration in the pattern of menstrual bleeding. 12 patients requested removal of the implant.

Evaluation: The subdermal implant is a fundamental strategy to promote long-term contraception. It is important to strengthen actions that guarantee access to the method in the adolescent population

Keywords: adolescents, contraception, subdermal implant, adolescent pregnancy

Introducción

Los métodos anticonceptivos de larga duración conocidos como LARCs (Long-Acting Reversible Contraception) se definen como aquellos métodos anticonceptivos reversibles, de larga duración y con elevada eficacia anticonceptiva. En Argentina disponemos de los dispositivos intrauterinos liberador de cobre (DIU-Cu) y liberador de levonorgestrel (DIU-LNG), y el implante subdérmico de etonogestrel.

Su alta eficacia anticonceptiva se debe a su baja tasa de falla intrínseca (menor al 1%), y a que son independientes del comportamiento de la usuaria, determinando que la eficacia con el uso habitual sea similar a la del uso perfecto^a. Otra ventaja importante es que la tasa de continuidad que muestran a los 12 meses es muy elevada, mayor al 80%; mientras que, en los métodos anticonceptivos reversibles, de corta duración o SARCs (Short-Acting Reversible Contraception) - como pastillas anticonceptivas, anillos vaginales, parches, inyectables- es menor al 60%. La tasa de continuidad de un método anticonceptivo es clave para lograr una alta eficacia. Su discontinuidad, en cambio, deja a las mujeres rápidamente expuestas a un embarazo no intencional¹.

El implante subdérmico comienza a ser utilizado en 1967, con la idea del uso de cápsulas poliméricas subdérmicas de liberación prolongada. En 1983 en Finlandia aparece el primer

implante con levonorgestrel y en 1998 en Indonesia se usó por primera vez un implante de 2da generación a base de etonorgestrel. Subsecuentemente se ha aprobado en más de 60 países². Es un dispositivo que se coloca por debajo de la piel. Consiste en una pequeña varilla de plástico, blanda, flexible y radiopaca que contiene 68 mg de etonogestrel, de liberación continua por un período de 3 años. El etonogestrel es el metabolito activo del desogestrel. El mecanismo de acción es centralmente la inhibición de la ovulación a través de una retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, evitando el pico de LH. También, actúa produciendo un aumento en la viscosidad del moco cervical que impide la penetración espermática³. Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes e impredecibles. Además, puede presentar efectos adversos: cefalea, tensión mamaria, acné⁴.

En el año 2014, a partir del ingreso del implante subdérmico a la Argentina, se amplía la canasta de insumos anticonceptivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva incorporándose este insumo con el objetivo de disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia y, particularmente, su repitencia.

La primera etapa de esta estrategia se inició en el año 2014, incorporando como población objetivo a adolescentes de 15 a 19 años, que hubieran tenido un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) durante el previo a la colocación. Actualmente los lineamientos de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires recomiendan su uso en personas con capacidad de gestar entre 14 y 24 años, hayan tenido o no eventos obstétricos; y en mayores de 25 años que - independientemente de los eventos obstétricos- ameriten su prescripción por condición biológica y/o psico-social o que, habiendo sido ya usuarias del implante, concurren para recambio del mismo.

En los últimos años las políticas públicas destinadas a la prevención de los embarazos no intencionales^b han enfatizado el uso de los LARCs, especialmente en la población adolescente. Esta estrategia se basa en la bibliografía internacional que demuestra que las fallas en el uso de anticonceptivos orales son dos veces más frecuentes en adolescentes menores de 21 años en comparación con las mujeres mayores, lo que contribuye significativamente al riesgo de embarazo no intencional^{5,6,7}. Asimismo, organismos internacionales como OMS, OPS, UNFPA^c y sociedades científicas han recomendado que se incremente el uso de los métodos LARCs. Sin embargo, la razón del bajo uso de estos métodos es variada. Según Luchowski⁸ la falta de interés de la usuaria y la falta de capacitación de las/os profesionales de la salud son las razones más frecuentes por las que los/as obstetras-ginecólogos no ofrecen el implante en su práctica.

En consecuencia, con las políticas públicas arriba mencionadas, en el año 2016, el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez incorpora al implante subdérmico en la canasta de insumos anticonceptivos ofrecidos. Son requisitos indispensables para su colocación descartar un embarazo con alto nivel de certeza y que la usuaria haya accedido a una consejería^d ⁹ previa a la elección del método, en la cual pueda ser informada en un lenguaje claro sobre los posibles efectos adversos, en particular las alteraciones de su ciclo menstrual.

Según los datos de la Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS, el uso del implante subdérmico se ha incrementado en los últimos años (Ver cuadro 1), a partir de una mayor oferta en su colocación por profesionales no sólo ginecólogos/as sino también médicos/as de familia y pediatras. Nuestra experiencia en el Hospital de Niños coincide con este aumento, destacándose que, durante el año 2018, el 54% de los métodos anticonceptivos solicitados a la Coordinación de Salud Sexual fueron LARCs. Finalmente queremos enfatizar que la incorporación del uso de LARCs en un hospital pediátrico se da en el marco del abordaje de la salud sexual integral, basado en un modelo de servicio de salud adecuado (que respete la autonomía y confidencialidad; garantice el cumplimiento de derechos y permita el acceso a una canasta básica de prestaciones para

adolescentes) con enfoque intersectorial, y de equidad de género, disminuyendo de esta forma las oportunidades perdidas en salud ^{10,11}.

Cuadro 1:

Distribución de implantes por año. Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. GCBA

Año	Total implantes CABA	Total HNRG
2016	2167	8
2017	7109	57
2018	9484	48
2019	14702	86

HNRG: Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Fuente: Elaboración propia

Objetivos

1- Caracterizar la población que se ha colocado un implante en el servicio de adolescencia entre septiembre 2016 y diciembre 2019

2- Describir el nivel de adherencia y los efectos secundarios al año de uso

3- Identificar los motivos de retiro del implante subdérmico

Material y métodos

Este estudio tiene un diseño descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes usuarias del implante subdérmico Implanon® en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires, entre septiembre de 2016 y diciembre de 2019 inclusive. Se incluyeron la totalidad de las usuarias a las que se les colocó el implante desde el comienzo del uso del método en el Servicio (septiembre 2016).

Para evaluar los objetivos dos y tres se subseleccionó una muestra cuya colocación fue entre septiembre 2016 y diciembre 2018, donde se incluyeron un total de 113 pacientes.

La identificación de las usuarias se realizó mediante la creación de una base de datos usando el programa Microsoft Excel, a partir de la información de la planilla de datos normalizada del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable donde figuran los datos filiatorios y antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes; y los datos del implante (fecha de colocación y número de lote) que es completada por el profesional que coloca el implante y archivada en el Servicio. Los datos de los controles de las usuarias para seguimiento se obtuvieron a partir de las historias clínicas.

Los datos consignados fueron:

- Identificación de la usuaria: fecha de colocación del implante, edad

- Datos sociodemográficos de la usuaria: escolaridad y nivel de estudios alcanzado
- Historia reproductiva: uso de métodos anticonceptivos (MAC) previos, eventos obstétricos previos y fecha del último evento obstétrico
- Experiencia con el implante: patrón de sangrado y efectos secundarios. En las usuarias que solicitaron el retiro del implante se preguntó sobre el motivo de la extracción y el tiempo de uso previo a la extracción

Los datos se analizaron manualmente, a través de tablas de frecuencias estableciendo porcentajes. Las variables explicativas se pueden organizar en siete dimensiones: (1) edad de la usuaria (2) nivel educativo (3) Uso de MAC previos (4) presencia de partos y/o abortos previos (5) efectos secundarios, (6) patrón de sangrado (7) retiro implante.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 12 a 19 años con o sin antecedente de evento obstétrico
- Pacientes mayores de 20 años consideradas "excepciones"^a con o sin antecedente de evento obstétrico
- Pacientes con implante subdérmico colocado en el Servicio de Adolescencia del HNRG

Criterios de exclusión

- Pacientes con implante subdérmico colocados en otra institución

Resultados

Se incluyeron un total de 199 pacientes entre 12 y 27 años con implantes subdérmicos (IS) colocados desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2019 inclusive. Según la edad, 20 implantes fueron colocados a menores de 15 años, 166 a adolescentes entre 15 y 19 años y 13 a mayores de 20 años.

En relación al nivel educativo (Cuadro 2), el 9% (18/199) tenía el secundario completo, 60% (119/199) estaban escolarizadas y el 26% (51/199) habían abandonado la escolaridad. Un 5% no tiene registrado el nivel de escolaridad.

Cuadro 2: Nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	≤ 14 años		15 - 19 años		≥ 20 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cursa primario	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Cursa secundario	18	9,05%	95	47,74%	0	0,00%	113	56,78%
Cursa terciario / universitario	0	0,00%	4	2,01%	2	1,00%	6	3,01%
Primario incompleto	1	0,50%	2	1,00%	3	1,51%	6	3,01%
Primario completo	0	0,00%	14	7,04%	1	0,50%	15	7,54%
Secundario incompleto	0	0,00%	27	13,57%	3	1,51%	30	15,08%
Secundario completo	0	0,00%	14	7,04%	4	2,01%	18	9,05%
No informado	1	0,50%	10	5,03%	0	0,00%	11	5,53%
Total	20	10,05%	166	83,43%	13	6,53%	199	100,00%

Fuente: Elaboración propia

El 66% (132/199) de las usuarias utilizaba algún método anticonceptivo previo al implante (Cuadro 3). De ellas, el 72% utilizaba preservativo (no se constató en el registro si el uso era correcto o no), el 26% un método hormonal de corta duración y el 2% usaba un LARCs (2 implantes, 1 DIU). Hay 12 adolescentes que eligieron colocarse un implante previo al inicio de relaciones sexuales. El 27,5% de las usuarias no estaban utilizando ningún método, de ellas, el 58% tenía el antecedente de 1 o más gestas.

Cuadro 3: Uso de MAC previos al implante.

METODO PREVIO	≤ 14 años		15 - 19 años		≥ 20 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Preservativo	8	4,02%	83	41,71%	4	2,01%	95	47,74%
Anticonceptivos orales	2	1,01%	19	9,55%	1	0,50%	22	11,06%
Anticonceptivos inyectables	1	0,50%	11	5,53%	0	0,00%	12	6,03%
Implante	0	0,00%	1	0,50%	1	0,50%	2	1,00%
DIU	0	0,00%	1	0,50%	0	0,00%	1	0,50%
NO IRS	4	2,01%	8	4,02%	0	0,00%	12	6,03%
Ninguno	5	2,51%	42	21,11%	7	3,52%	54	27,14%
Otro	0	0,00%	1	0,50%	0	0,00%	1	0,50%
Total	20	10,05%	166	83,42%	13	6,53%	199	100,00%

Fuente: Elaboración propia

El 39% (78/199) de las adolescentes tenía al menos un evento obstétrico previo, de los cuales el 11% (22/199) eran del orden de 2 o más. El 7% tenía el antecedente de un aborto y el 1,5% dos o más. En los cuadros 4 y 5 se resumen los eventos obstétricos. En el cuadro 6 se resumen las pacientes por paridad según edad y en nivel de escolaridad.

Cuadro 4: Paridad Previa a la colocación del Implante

PARTOS	≤ 14 años		15 - 19 años		≥ 20 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	19	9,55%	104	52,26%	3	1,51%	126	63,32%
1	1	0,50%	57	28,64%	2	1,01%	60	30,15%
2 o MÁS	0	0,00%	5	2,51%	8	4,02%	13	6,53%
TOTAL	20	10,05%	166	83,41%	13	6,54%	199	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 5: Abortos Previos a la colocación del Implante

ABORTOS	≤ 14 años		15 - 19 años		≥ 20 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	20	10,05%	153	76,88%	9	4,52%	182	91,45%
1	0	0,00%	12	6,03%	2	1,01%	14	7,04%
2 o MÁS	0	0,00%	1	0,50%	2	1,01%	3	1,51%
TOTAL	20	10,05%	166	83,41%	13	6,54%	199	100,00%

Fuente: Elaboración propia

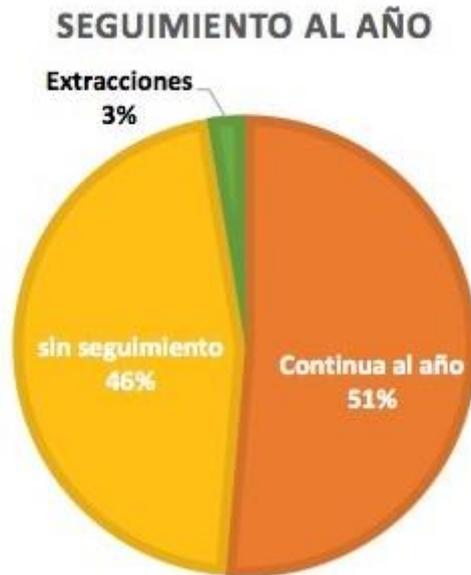
Cuadro 6: Paridad y nivel de escolaridad

	Antecedentes de partos																		Total			
	≤ 14 años						15 - 19 años						≥ 20 años									
	0		1		2 o más		0		1		2 o más		0		1		2 o más					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Cursa primario	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Cursa secundario	17	8,54%	1	0,50%	0	0,00%	79	39,69%	15	7,54%	1	0,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	113	56,77%
Cursa 3º/universitario	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	2,01%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	3,02%
Primario incompleto	1	0,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,51%	6	3,02%
Primario completo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,01%	9	4,52%	3	1,51%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,50%	15	7,54%	15	7,54%
Secundario incompleto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,51%	23	11,56%	1	0,50%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,51%	30	15,08%	30	15,08%
Secundario completo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	9	4,52%	5	2,51%	0	0,00%	1	0,50%	1	0,50%	2	1,01%	18	9,04%	18	9,04%
No informado	1	0,50%	0	0,00%	0	0,00%	7	3,52%	3	1,51%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11	5,53%	11	5,53%
Total	19	9,54%	1	0,50%	0	0,00%	104	52,26%	57	28,65%	5	2,51%	3	1,51%	1	0,50%	9	4,53%	199	100,00%	199	100,00%

Fuente: Elaboración propia

De los 113 implantes colocados hasta diciembre 2018, el 42% (47/113) de las pacientes no vuelven a control, un 7% (8/113) de las pacientes continuó utilizando el implante a los 6 meses y el 51% (58/113) tenía el implante a los 12 meses o más de su colocación (Gráfico 1). De ellas un 33% (37/113) refirieron efectos adversos, siendo los más frecuentes el aumento de peso, cefalea y mastalgia (Cuadro 7). El 85% de las usuarias en seguimiento reportaron alteración en el patrón de sangrado: el 38% presentó amenorrea y el 26% metrorragia (Gráfico 2). Sólo 12 pacientes solicitaron el retiro del implante, la mitad de ellas (6) por aumento de peso y 4 por alteración en el patrón de sangrado (Cuadro 7).

Gráfico 1: Seguimiento Uso de Implante Subdérmico a los 12 meses



Fuente: Elaboración propia

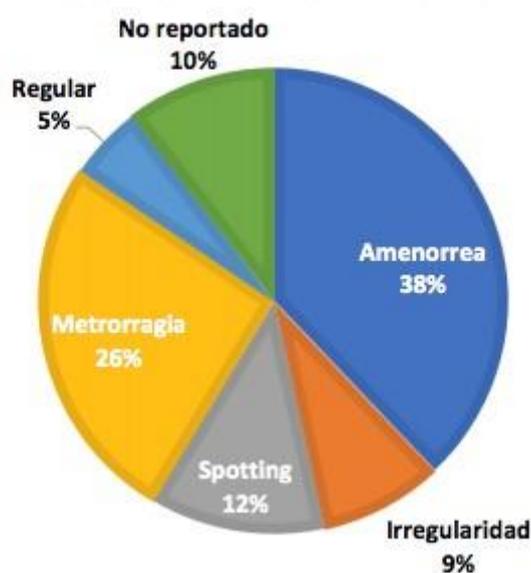
Cuadro 7: Eventos adversos

Efectos adversos reportados	N
Aumento de peso	19
Cefalea	7
Tensión mamaria	6
Acné	2
Hirsutismo	2
Sequedad vaginal	1
Total	37

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2: Alteración en el patrón de sangrado

ALTERACIONES EN PATRÓN DEL SANGRADO



Fuente: Elaboración propia

Discusión

Como se mencionó previamente el uso de métodos anticonceptivos de acción prolongada - especialmente del implante subdérmico- está en aumento, con una gran aceptación en la población adolescente. Este estudio se realiza en un Servicio de Adolescencia en un hospital pediátrico, motivo por el cual la media de edad es inferior a otros estudios similares. Diversos estudios mencionan que la edad, a diferencia del número de eventos obstétricos y los efectos adversos, no condiciona en la adherencia al implante¹². Sin embargo, el estudio de seguimiento realizado por la Dirección de Salud Sexual y Procreación Responsable durante el 2018, afirma que la tasa de retiro es menor entre mujeres entre 15 a 19 años que entre mujeres mayores de 20 años, reforzando el uso del implante como una estrategia significativa en la prevención de embarazos no intencionales en la población adolescente.

Entendemos a la variable escolaridad como relevante al momento de analizar el acceso al implante. En nuestro estudio se evidencia que la trayectoria escolar discontinua o interrumpida es más frecuente en adolescentes con eventos obstétricos previos. Existe una relación directa en el número de gestas y la trayectoria escolar interrumpida. Además, diversos estudios establecen

una relación entre el nivel educativo y el uso de métodos^{13,14}. En nuestro estudio, de las pacientes que no utilizaban un MAC previo al implante el 52% no asistía al colegio, el 44 % estudiaba y sólo 2 adolescentes había completado el secundario.

El 39% (78/199) de las pacientes presentaban al menos un antecedente obstétrico previo al implante. Este dato difiere de otros estudios, donde los criterios propuestos por el PNSSyPRf al comienzo de la implementación del método, definió un porcentaje mayor de eventos obstétricos al inicio del uso del método. Tampoco coincide en el alto porcentaje de pacientes que no utilizaba ningún método anticonceptivo previo a la colocación. El 66,5% de nuestras pacientes utilizaban un MAC previo y un 6% eligieron al implante como primer método. Coincidimos en reforzar que la falta de conocimiento y accesibilidad a los métodos anticonceptivos y a la consejería son condicionantes claves al analizar el embarazo no intencional en la adolescencia¹⁵.

Una fortaleza de nuestro trabajo fue el alto porcentaje de seguimiento de pacientes a los 6 y 12 meses de uso (51%). El Proyecto CHOICE⁵ fue un estudio prospectivo con un enfoque en la eliminación de barreras para el uso de LARCs. Sus hallazgos refuerzan las altas tasas de aceptación y continuidad de estos métodos y las probabilidades -20 veces menos- de un embarazo no intencional en usuarias de LARCs versus métodos de corta duración.

En un estudio de seguimiento realizado en nuestro país destaca que, a pesar de sus ventajas, los efectos secundarios relacionados con el uso de estos métodos se constituyen como su principal debilidad⁶. El principal efecto secundario está relacionado con las alteraciones en el sangrado menstrual, que coincide con el 85% de las alteraciones menstruales encontradas en nuestras pacientes de seguimiento. Otro importante efecto secundario es el aumento de peso, denunciado por el 17% (19/113) de nuestras pacientes, de las cuales 6 subieron entre 2 y 4 kilos/año y 10 entre 8 y 10 kg/año¹⁶.

El porcentaje de mujeres que decidieron retirarse el implante antes del primer año de su colocación fue menor al 3%, porcentaje muy inferior a otros estudios. Luego de 12 meses de uso este porcentaje asciende al 8%. El 90% de los retiros correspondió a adolescentes entre 15 y 19 años, la mitad de ellas sin historia obstétrica previa. El 50% (6/12) de las usuarias refieren que el motivo de extracción fue el aumento de peso, el 33% (4/12) por alteración en el sangrado menstrual y el resto (2/12) por deseo de embarazo.

Este estudio no midió el grado de satisfacción ni seguridad percibido por las usuarias de implante. Sin embargo, la tasa de continuidad en el uso es alta, así como el nivel de recomendación del mismo entre sus pares. Coincidimos con Mazur¹⁷ que el alto grado de adherencia al implante podría estar asociado a la claridad en la consejería previa y al consiguiente asesoramiento sobre los posibles efectos secundarios.

Conclusión

Este trabajo se realizó desde un servicio de adolescencia que pertenece a un hospital pediátrico con la intención de ampliar el conocimiento del uso del implante subdérmico en la población adolescente.

Entendemos a la incorporación del implante subdérmico como una estrategia fundamental para asegurar la anticoncepción a largo plazo, disminuyendo significativamente el número de embarazos no intencionales en la adolescencia.

La inclusión en la canasta de insumos de un método anticonceptivo moderno e innovador, conocido por las adolescentes como el "chip" y aceptado por ser novedoso, pequeño y que se

coloca en un lugar visible del cuerpo (brazo), diferenciándolo de los mitos acerca del DIU, favorece su divulgación y aceptabilidad; justificando su creciente demanda.

Finalmente, la introducción de tecnología reproductiva innovadora en la práctica ambulatoria pediátrica, permite multiplicar esta estrategia a otros espacios de atención, considerando la fuerte impronta de docencia e investigación que caracteriza a nuestro hospital.

a Se define al uso habitual a aquel de las usuarias “en la vida real”, mientras que el uso perfecto es la cifra de eficacia obtenida en los estudios clínicos

b El embarazo no intencional, (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, no deseado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

c OMS: Organización Mundial de la Salud, OPS: Organización Panamericana de la Salud, UNFPA: Fondo de Población de Naciones Unidas

d La consejería es un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias, que tiene como objetivo principal fortalecer su autonomía para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible

e “Excepciones”: pacientes mayores de 20 años que por su condición biológica y/o psico-social son ingresadas en el Servicio para consejería en salud sexual

f Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Bibliografía

1- Peipert JF1, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, Secura G. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2011 May;117(5):1105-13

2- World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf;jsessionid=873740B66B21C2BDF232FE6DB7471F35?sequence=1>

3- Implanon® (etonogestrel implant). Merck & Co., Inc: Whitehouse Station, (NJ); 2016. Disponible en: http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/i/implanon/implanon_pi.pdf.

4- AMAdA. Comité de Opinión sobre Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (LARCS). 2018.

Disponible en <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numero-actual/51-revista/revista-n2-2018/262-comite-de-opinion-sobre-metodos-anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion-larcs-amada-2018>

- 5- Winner B, Peipert J, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth J and Secura G. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *New England Journal of Medicine* 2012, 366;21, 1999-2007.
- 6- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. 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. Ministerio de Salud de la Nación. 2018
- 7- Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. Lineamientos para la provisión de métodos de larga duración. Dispositivo Intrauterino (DIU), Sistema Intrauterino (SIU) e Implante Subdérmico.- Ministerio de Salud. GCBA. Septiembre de 2018.
- 8- Luchowski, A. et al. Obstetrician–gynecologists and contraception: long-acting reversible contraception practices and education. *Contraception*, 2014. 89(6): p. 578-583.
- 9- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación 2019 Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001777cnt-Guia%20MAC%202019%20para%20web.pdf>
- 10- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. 2018. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001284cnt-0000001284cnt-guia-derechos-2018.pdf>
- 11- UNICEF. Para Cada Adolescente Una Oportunidad. Posicionamiento sobre Adolescencia. 2017. Argentina. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/situaci%C3%B3n-de-los-adolescentes-en-argentina>
- 12- López del Cerro E, Serrano C, Castillo Cañadas A, González Mirasol E, García Santos F, Gómez García M y González de Merlo G. Influencia de la edad en la tolerabilidad, seguridad y efectividad de los implantes anticonceptivos subdérmicos, *Journal of Obstetricia y Ginecología*,38: 7,979-984,(2018)
- 13- AMNISTIA. Embarazo en Argentina. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos la adolescencia. 2016.
- 14- Cosimi A , Lopez M. Perfil epidemiológico de pacientes usuarias de implante subdérmico. *Fasgo*, Vol 18, N2. 2019. Pag 38-48.
- 15- Rall P, Dejean L, Luna M, Lafranconi M, Parera C, Crudo D. Aceptabilidad del implante subdérmico y el perfil sociodemográfico de sus usuarias, durante el primer año de uso. *AMAdA*. 2017; 13:2
- 16- Rivera-Téllez G, Viveros-Gómez M, Viridiana P, Miguel O, Doris Vélez M. Efectos secundarios del implante subdérmico Implanon, como método anticonceptivo. *Rev Sanid Milit Mex* 2010; 64(6) Nov -Dic: 266-271
- 17- Mazur V, García V, Salceek L. Implantes Hormonales: Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. Experiencia en CeSAC 29 y CeSAC 7. Trabajo Inédito. 2013

Cuadro 8: Retiro de implante

EXTRACCION	≤ 14 años		15 - 19 años		≥ 20 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< a 6 meses	0	0,00%	0	0,00%	1	0,50%	1	0,50%
6 - 12 meses	0	0,00%	2	1,01%	0	0,00%	2	1,01%
> 12 meses	0	0,00%	9	4,52%	0	0,00%	9	4,52%
TOTAL	0	0,00%	11	5,53%	1	0,50%	12	6,03%

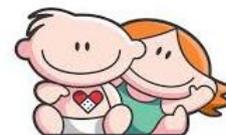
Fuente: Elaboración propia

Salud ginecológica en adolescentes con diabetes en un hospital pediátrico

“Gynecological health in adolescents with diabetes in a pediatric hospital”

AUTORES:

Cambón Yazigi L D. (1); Zunana C (2); Califano, P (2). Martínez Mateu, C. (3);
Prieto, M (3); Barcala C (4); Krochik G. (5)
Hospital Nacional S.A.M.I.C. de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina
Mail: ginecogarrahan@gmail.com



Hospital de Pediatría
Garrahan

(1) Médica ginecóloga. Becaria de perfeccionamiento ginecología infanto juvenil, servicio de clínica médica

(2) Médica ginecóloga especialista en ginecología infanto juvenil. Servicio de Clínica Médica

(3) Médica pediatra especialista en nutrición infantil. Servicio Nutrición

(4) Médica pediatra. Becaria de perfeccionamiento de nutrición infantil. Servicio Nutrición

(5) Médica nutricionista especialista. Jefa de clínica. Servicio Nutrición.

Resumen

Introducción: La diabetes en pediatría es una de las enfermedades crónicas más prevalentes, el 90% son tipo 1. Es fundamental iniciar el seguimiento ginecológico desde la pubertad. Se ha reportado mayor incidencia de alteraciones en la menarca, en los ciclos y peores resultados en salud sexual y reproductiva. Las complicaciones de la diabetes y las interacciones farmacológicas son variables importantes para la elección de un método anticonceptivo.

Objetivo: Describir aspectos ginecológicos de adolescentes con diabetes atendidas por ginecología en un hospital pediátrico.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron historias clínicas de adolescentes de 11 a 18 años atendidas en ginecología entre enero 2012 y agosto 2019. Se incluyeron variables relacionadas con: enfermedad de base, aspectos ginecológicos y sociales.

Resultados: Se evaluaron 74 historias clínicas. Se clasificaron según tipo de DBT en 3 grupos. La edad promedio de la menarca fue 11,5 años. El 70% refería ciclos regulares. El 50% recibió algún método anticonceptivo. Se registró un 7% de infecciones de transmisión sexual y ningún embarazo.

Conclusión: La consulta ginecológica desde la peripubertad mejora la salud sexual y reproductiva. Es fundamental informar sobre la teratogenicidad de hiperglucemias y drogas y asesorar sobre la mejor opción en anticoncepción.

Palabras claves: adolescentes, diabetes, anticoncepción, teratogenicidad, sexualidad.

Abstract

Introduction: Diabetes during childhood and adolescence is one of the most prevalent chronic diseases. Type 1 is often 90% of the cases. It is essential to start gynecological monitoring from puberty. It has been reported a higher incidence of changes in menarche and cycles and worse results in sexual and reproductive health. Diabetes complications and pharmacological interactions are the most important variables when choosing contraception.

Objective: To describe gynecological aspects of diabetic adolescents treated at a pediatric hospital gynecology.

Material and Methods: Descriptive, retrospective and cross-sectional study. Adolescents aged 11 to 18 electronic medical records were reviewed between January 2012 and August 2019. Variables related to: underlying disease, gynecological and social aspects were included.

Results: 74 medical records were reviewed. They were classified according to type of DBT into 3 groups. The average menarche age was 11.5 years. Seventy percent referred regular cycles. Fifty percent received contraception. There were 5 cases of sexually transmitted infections and no pregnancies were recorded.

Conclusion: Gynecological consultation from the peripuberal period may improve sexual and reproductive health. It is essential to report on the teratogenicity of hyperglycemia and drugs and advise on the best contraception option.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico frecuente y representa un grave problema de salud pública a nivel mundial. Su incidencia es cada vez mayor [1][2]. En la infancia y adolescencia, la DM es una de las enfermedades crónicas más prevalentes. En Argentina, las últimas estadísticas datan de la década del 90. En centro y sur de América, alrededor de 118.000 niños y adolescentes se ven afectados [3]. El 90% presenta DM tipo 1, causadas por un fenómeno autoinmune que suele provocar una deficiencia absoluta de insulina. [4]

La adolescente con DM se enfrenta, durante este período crítico de la vida, con complicaciones adicionales en las esferas de salud ginecológica, sexual y reproductiva. Las mismas suelen ser alteraciones en la edad de la menarca y ciclos menstruales irregulares, limitación en las opciones disponibles para anticoncepción debido principalmente a las complicaciones de la DM y riesgo de embarazos no planificados, entre otras. [5] Desde una perspectiva reproductiva, el control glucémico deficiente al momento de la concepción y durante el embarazo aumenta la posibilidad de resultados adversos de la gestación, incluidos la muerte fetal, las anomalías congénitas y la mortalidad perinatal. Los recién nacidos de mujeres con DM tienen "cinco veces más probabilidades de nacer muertos, tres veces más probabilidades de morir en sus primeros meses de vida, y el doble de probabilidades de tener una anomalía congénita importante". A pesar de la contundente evidencia de los riesgos recién mencionados, muchos estudios evidencian que las adolescentes con diabetes no son conscientes de los riesgos de los embarazos no planificados por lo que no lo previenen adecuadamente. Un estudio de Cochrane concluyó que la combinación de educación y anticoncepción fue la mejor estrategia en la prevención del embarazo. Es por esto que el equipo de salud en contacto con este grupo debe realizar necesariamente un abordaje ginecológico integral. El mismo debe llevarse dentro de un marco de derechos y con perspectiva de género.

La elección del método anticonceptivo (MAC) dependerá de la elección de la adolescente (preferencias, creencias, etc.) y su estado de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la edad no debe ser una barrera para ningún MAC. Por otra parte, es esencial identificar las contraindicaciones de los MAC mediante una cuidadosa historia clínica, así como la realización del balance de los riesgos del MAC versus del embarazo. Los criterios médicos de elegibilidad como los de la OMS^[6] (ver tabla I) o los de los Centros de Prevención y Control de enfermedades ^[7](CDC, por sus siglas en inglés) se utilizan como herramientas fundamentales. En general, la mujer con DM de menos de 20 años de evolución, sin complicaciones cardiovasculares, microvasculares como nefropatía, retinopatía o neuropatía, pueden utilizar cualquier MAC. Se recomienda fomentar el uso de “doble método” para prevenir asimismo infecciones de transmisión sexual (ITS) y priorizar, en los casos que sea factible, el uso de MAC reversibles de larga duración (LARCs por sus siglas en inglés). Otro aspecto a considerar al momento de plantear un MAC, es la medicación habitual que recibe ya que las mismas pueden ser teratogénicas (ver tabla II, categoría FDA) y eventualmente interactuar con algún MAC.

Tabla I: Criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos (OMS 2015)

DIABETES	DIU	SIU	IMPLANTE	AMPC	POP	COMBINADOS
Historia de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1
Sin enfermedad vascular						
• Insulinodependiente	1	2	2	2	2	2
• No insulinodependiente	1	2	2	2	2	2
Nefropatía/ retinopatía/ neuropatía	1	2	2	3	2	3/4
Otros trastornos vasculares o Diabetes de más de 20 años de evolución.	1	2	2	3	2	3/4

DIU: dispositivo intrauterino. SIU: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. AMPC: Acetato de medroxiprogesterona. POP: píldoras con progestágenos solos.

Fuente: World Health Organization. “Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition 2015”.⁶

Tabla II: Clasificación de drogas teratogénicas según la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés).

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
A	Estudios no controlados no han demostrado riesgo para el feto durante el primer trimestre del embarazo (no existen evidencias de riesgo en trimestres posteriores). Riesgo remoto de daño fetal.
B	Estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo fetal. NO existen estudios controlados en embarazadas. Se acepta su uso durante el embarazo.
C	Estudios de reproducción en animales han demostrado efectos adversos en el feto. No existen estudios controlados en embarazadas. Su utilización debe realizarse valorando la relación riesgo/beneficio.
D	Existe evidencia de daño fetal en humanos, pero existen ocasiones en las que el beneficio puede superar a los riesgos. Utilizar si no existiera alternativa.
X	Estudios en animales y humanos han demostrado anomalías fetales y/o evidencia positiva de daño fetal en humanos. El riesgo potencial supera claramente los posibles beneficios. Contraindicado durante el embarazo.

Fuente: Guía preliminar para la prevención de teratogénesis causada por medicamentos.¹

Objetivo:

Describir aspectos ginecológicos y de sexualidad en adolescentes con diabetes atendidas en la sección de Ginecología de un hospital pediátrico.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal evaluando las historias clínicas electrónicas de adolescentes con DM de 11 a 18 años atendidas en la sección de Ginecología del Hospital Garrahan en el período comprendido entre enero 2012 y agosto 2019. Se consideraron las siguientes variables: 1) enfermedad de base - tipo de diabetes, edad de diagnóstico, presencia de daño de órgano blanco, índice de masa corporal (IMC), nivel de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) en la primera consulta a ginecología, uso de medicación y teratogenicidad de las mismas; 2) aspecto ginecológico - motivo de consulta, menarca, características de los ciclos menstruales, orientación e identidad sexual, inicio de relaciones sexuales (IRS) y edad, MAC, embarazos, presencia de ITS; 3) aspecto social: lugar de origen, consumo de tóxicos, práctica de actividad física. Se utilizó la clasificación de diabetes de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) [8] en la que se establecen las siguientes categorías generales: 1) diabetes tipo 1 (debido a la destrucción de las células β , que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina), 2) diabetes tipo 2 (debido a defecto progresivo en la secreción de insulina y/o, 3) diabetes mellitus gestacional (diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo) y 4) diversos tipos de diabetes debidos a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística), fármacos o sustancias químicas y diabetes inducida (por ejemplo, después del trasplante de órganos). Para el cálculo de IMC, se utilizaron tablas percentiladas según edad y sexo. [9] Se consideró el IMC: 1) normal, entre percentilo (Pc) 5 y Pc 85; 2) sobrepeso: entre Pc 85 y Pc 97; 3) obesidad: superior al Pc97 y 4) bajo peso: menor a Pc 5. En relación a los estadios de nefropatía diabética se aplicó la clasificación de acuerdo con Mogensen (ver tabla III) [10]. Se excluyeron las adolescentes con diabetes que no fueron atendidas en el consultorio de ginecología a pesar de tener seguimiento en el Hospital y aquellas cuya historia clínica no hubiera presentado el registro completo de las variables analizadas. Se analizaron los datos utilizando Excel 10.

TABLA III: Estadios evolutivos de la nefropatía diabética (De acuerdo con Mogensen).

Estadio	Características	Estimado de filtrado glomerular	Albuminuria	Presión arterial
Estadio 1 Presente al momento del diagnóstico de DM	Hiperfiltración glomerular	Incrementada en DM1 y 2	Puede estar presente en forma episódica y reversible con control glucémico	DM1: normal DM2: normal o incrementada
Estadio 2 Primeros 5 años	Engrosamiento de la membrana basal y expansión del mesangio	Normal	Puede estar presente en forma episódica y reversible con control glucémico	DM1: normal DM2: normal o incrementada
Estadio 3 6 a 15 años	Microalbuminuria	Normal o disminuido en relación a su basal	30* - 300 mg/día	DM1: incrementada DM2: normal o incrementada
Estadio 4 15 a 25 años	Microalbuminuria	Normal o disminuido y en descenso progresivo	>300 mg/día	Hipertensión
Estadio 5 25 a 30 años	Insuficiencia renal terminal	0 a 10 ml/min	En descenso asociada a glomeruloesclerosis	Hipertensión

Fuente: Prevención, diagnóstico y tratamiento temprano de la nefropatía diabética.¹⁰

RESULTADOS:

Se incluyeron 74 adolescentes. Se clasificaron en tres grupos según el tipo de DM: **grupo A** con el tipo 1 (n: 59); **grupo B** con el tipo 2 (n:3) y **grupo C**, secundaria a patología de base o tratamientos (n:12).

Para el **grupo A** (n: 59), la edad del diagnóstico fue entre 1 y 16 años. Con una mediana de 9 años. El 30% presentó daño de órgano blanco, siendo el riñón el más frecuente (22% del total de la muestra) (ver gráfico I). El IMC percentilado fue normal en el 44%; el 44% presentó sobrepeso, 10% obesidad y 2% bajo peso. El promedio de HbA1c fue 9,2%. El 30% recibía drogas teratogénicas, según la clasificación FDA (ver tabla IV). Los motivos de derivación a ginecología fueron: control ginecológico (71%), anticoncepción (15%), y otros (14%). La edad promedio de la menarca fue 11.5 años. El 70% refería ciclos menstruales regulares. Todas tenían identidad de género acorde con su sexo asignado al nacer. El 88% refería orientación heterosexual y 12 % bisexual. El 37% había iniciado relaciones sexuales con una edad promedio de 14,5 años. Cuarenta y cuatro por ciento del total recibió algún MAC luego de la consejería e independientemente de si había o no iniciado relaciones sexuales. El 48% de los MAC utilizados era combinado (ver gráfico II). No se registró ningún embarazo en el período analizado. Sin embargo, una adolescente de 16 años fue derivada posteriormente a evento obstétrico (feto muerto). Se identificaron 2 casos de herpes genital y 2 lesiones intraepiteliales de bajo grado.

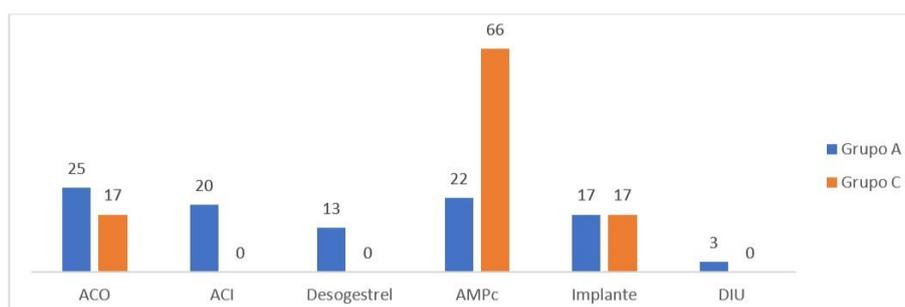
Tabla IV: Drogas teratogénicas indicadas en las adolescentes del grupo A y grupo C.

Categoría C	Categoría D	Categoría X
Risperidona	Enalapril	Atorvastatina
Ezetimibe	Perindopril	Metrotexato
Gabapentin	Losartan	
Tacrolimus	Amitriptilina	
Deltisona	Metadona	
Sirolimus	Clonazepam	
Espironolactona	Alprazolam	
	Micofenolato	
	Ciclofosfamida	

Gráfico I: Patología presentada por 19 adolescentes con daño de órgano blanco en grupo A.



Gráfico 2: Métodos anticonceptivos utilizados en las adolescentes del grupo A y grupo C



Para el **grupo B** (n:3), correspondiente a DM tipo 2, el diagnóstico se realizó durante la adolescencia a una edad promedio de 14 años. Ninguna presentó daño de órgano blanco. Dos presentaban sobrepeso y una obesidad. El promedio de HbA1c fue 5,53%. Todas recibían metformina (categoría B de FDA). Los motivos de consulta a ginecología fueron: control (2) y una por amenorrea primaria debido a un panhipopituitarismo secundario a glioma hipotalámico. Dos de las tres adolescentes presentaron su menarca a los 10 años y la restante deprivó a los 15, inducida por terapia de reemplazo hormonal (TRH). Todas referían ciclos regulares. En todas coincidió su identidad de género con el sexo biológico. Dos referían orientación heterosexual y en una no fue evaluable. Ninguna había iniciado relaciones sexuales. Una de ellas eligió la colocación del implante anticonceptivo, y otra recibía ACO como TRH. No se registraron embarazos ni ITS.

Dentro del **grupo C** se incluyeron 12 adolescentes con DM secundaria a: trasplante (6), corticoterapia prologada (2), tipo MODY (2) y síndrome genético (Prader Willi) (2). El diagnóstico de DM se realizó entre los 3 y 15 años con una mediana de 11.5 años. Se constató un caso de nefropatía diabética estadio II. Cinco presentaban IMC percentilado normal, 4 obesidad, 2 sobrepeso y 1 bajo peso. El promedio de HbA1c 6,17%. Todas recibían múltiples fármacos categoría X, D y / o C (ver tabla IV). Los motivos de derivación a ginecología fueron: inhibición central de ciclos menstruales (3), control (3), anticoncepción (3), amenorrea 1° (2) y vulvovaginitis (1). Exceptuando las adolescentes con diagnóstico de amenorrea 1°, la edad promedio de menarca fue 12,5 años; 75% refería ciclos regulares. Todas presentaban su identidad de género acorde al sexo asignado al nacer. Del total, 6 referían orientación heterosexual, 1 bisexual y en el resto, la variable no fue evaluable. El 42% había iniciado relaciones sexuales, a una edad promedio de 15 años. La mitad solicitó algún MAC. Se colocó 1 implante anticonceptivo, 4 AMPC y 1 eligió ACO (ver gráfico II). Se registró una adolescente inmunosuprimida con condilomatosis vulvar florida. No se produjo ningún embarazo.

Se describen las variables del **aspecto social** para los tres grupos en conjunto. El 60% era de Gran Buenos Aires, 28% de otras provincias del país, 12% de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Respecto a los tóxicos, en la población analizada un 17 % refería consumo de alcohol esporádico no problemático y un 3% de marihuana. Solo el 30% realizaba algún tipo de actividad física.

Discusión:

La composición de la muestra analizada con un predominio de DM tipo 1 y un bajo porcentaje de tipo 2, es reflejo de lo evidenciado en la población pediátrica. El número de casos de adolescentes con diabetes secundaria a otras patologías, se debe a que el Hospital Garrahan es un centro de derivación de alta complejidad en el que se realizan múltiples tratamientos, especialmente oncológicos y trasplantes, que requieren corticoterapia prolongada.

En relación al daño de órgano blanco en la diabetes, se registró un 24% de adolescentes con compromiso renal. En su mayoría, se trataba de un estadio II o III. Si bien en los criterios de elegibilidad no se describe en qué estadio de la nefropatía diabética se encuentran contraindicados los MAC combinados, en aquellos casos en los que se evidenció microalbuminuria, se optó por evitar el uso de estrógenos.

Para realizar consideraciones sobre el IMC, y contemplando la diferente etiopatogenia y fisiopatología de los distintos tipos de DM, se evalúan los 3 grupos por separado. En el grupo de adolescentes con DM tipo 1, IMC fue normal en más de la mitad de las adolescentes. Esto coincide con la literatura, y es reflejo de los nuevos esquemas de insulinización. El 24% presentaba un IMC mayor a 25 (entre sobrepeso y obesidad). En el grupo B, las tres tenían un IMC mayor a 25. Esta

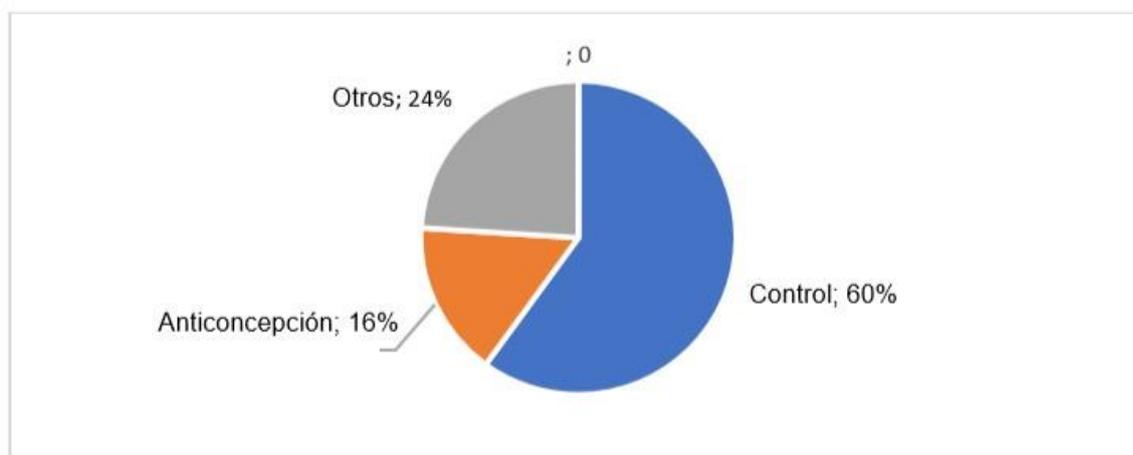
cifra, aunque pequeña, refleja la frecuente asociación entre insulino resistencia y obesidad. El grupo C, compuesto por diabéticas secundaria a otra patología o tratamiento es de una población muy heterogénea, por lo que no es posible sacar conclusiones.

No es posible realizar análisis sobre el control metabólico de la población analizada ya que la misma es una muestra heterogénea en relación a las etapas de la diabetes.

Con respecto a la medicación teratogénica, en la población analizada, se evidenció un alto porcentaje de uso: el 40% recibía alguna droga categorías X, D o C según la clasificación de la FDA. Esto marca la importancia del correcto asesoramiento sobre el concepto de teratogenicidad, así como de la pesquisa de embarazo y de los planes reproductivos de la adolescente. Dicha consideración debe realizarse en forma sistemática al inicio y durante el seguimiento. En esta institución, se está trabajando en forma interdisciplinaria en un programa de prevención de teratogénesis por fármacos concientizando a los profesionales que indican aquellas drogas para lograr una derivación oportuna.

El motivo de consulta más frecuente fue el control ginecológico (ver gráfico III). Esto refleja el trabajo diario de las ginecólogas que fomentan la derivación oportuna de los adolescentes, con el fin de realizar acciones de prevención, entre otras. El resto de los motivos de consulta a la especialidad se relacionaron principalmente con la anticoncepción y el manejo de los ciclos menstruales.

Gráfico 3: Motivos de consulta de adolescentes con diabetes a ginecología.



La edad de inicio de la pubertad y la menarca ha cambiado durante las últimas décadas en la población general. Se ha evidenciado una tendencia secular hacia una menarca más precoz. En las adolescentes con diabetes tipo 1, hace varias décadas, era frecuente el retraso puberal severo asociado con control metabólico deficiente, lo que es infrecuente en la actualidad. Se ha descrito que un buen control metabólico favorece un desarrollo puberal y de crecimiento similar al de la población general. Por contraparte, un control metabólico deficiente, desnutrición o bajo peso, o bien celiacía o patología tiroidea concomitantes, se asociarían a un retraso en el desarrollo ^v. En la población analizada, la menarca se produjo a un promedio de edad más temprana (11,5 años) comparado con las últimas cifras de promedio para la población general argentina (12,5 años) ^{ix}. Sin embargo, esto podría no ser significativo ya que la pubertad en adolescentes con DM tipo 1 está dentro del rango normal y podría seguir la tendencia secular previamente descrita para la población general. ^v

Un 30% de la muestra refirió ciclos menstruales irregulares. Se ha postulado como fisiopatogenia de este fenómeno, que las dosis muy elevadas de insulina pueden afectar la esteroidogénesis o la foliculogénesis ovárica produciendo ciclos irregulares. ^v

En promedio, el 40 % había mantenido relaciones sexuales con una edad promedio de IRS de 14.5 años. En Argentina, según las últimas estadísticas nacionales [11], la edad de promedio de IRS fue a los 15,5 años. Estos datos sugieren que podría tratarse de una población de mayor riesgo, ya que el inicio temprano de relaciones sexuales, definido como antes de a los 14 años, se ha asociado a parejas sexuales de edades mayores, mayor número de parejas sexuales, sexo sin protección, relaciones forzadas y, en consecuencia, embarazos no planificados e ITS. [12]

La ADA en sus "Estándares de Atención Médica en Diabetes" incluye las recomendaciones actuales de práctica clínica que están destinadas a proporcionar pautas del cuidado de la diabetes, objetivos y pautas generales de tratamiento, así como herramientas para evaluar la calidad de la atención. Propone considerar algunos aspectos específicos en los adolescentes como: cambios en la sensibilidad a la insulina relacionados con crecimiento físico y maduración sexual, capacidad de autocuidado, entorno escolar y posibles efectos neurocognitivos adversos de cetoacidosis diabética.[13] Asimismo, recomienda ofrecer en forma rutinaria un espacio de la consulta a solas, a partir de los 12 años de edad, y/o según su desarrollo neuro-madurativo, para realizar un asesoramiento anticonceptivo. Todas las adolescentes y mujeres con potencial de maternidad deben recibir educación sobre los riesgos de malformaciones asociadas con embarazos no intencionales y el mal control metabólico comenzando en la pubertad, incluso antes de la menarca.^{iv}

A pesar de estas recomendaciones, hay estudios que han demostrado que las adolescentes con DM no son conscientes de los riesgos de embarazo, no lo previenen adecuadamente y toman conductas riesgosas, especialmente durante la etapa final de la adolescencia.[14]Un estudio describe que más de la mitad de las mujeres con DM, no recuerdan haber recibido consejería en anticoncepción. Asimismo, solían utilizar MAC de baja efectividad. Aquellas que presentaron un evento obstétrico, no mostraron conocimiento adicional sobre los riesgos asociados entre el embarazo y la DM.

El desafío es realizar consejería sobre MAC en base a las necesidades individuales y los factores de riesgo asociados como la presencia de vasculopatía, nefropatía, neuropatía o enfermedad de la retina que contraindican el uso de estrógenos. La elección de un método anticonceptivo seguro debe considerar los Criterios de elegibilidad médica de la OMS o de los CDC para el uso de anticonceptivos (ver tabla I). Del análisis del gráfico 4, se desprende que, alrededor de un 40% de las adolescentes optó por métodos hormonales combinados tanto orales como inyectables, a pesar de la disponibilidad de LARCs. Si bien el DIU es ofrecido en primera instancia por pertenecer a este grupo de MAC, la aceptación fue muy baja (solo una adolescente). Se debe tener en cuenta que, en el período de análisis, se incluyeron 3 años previos a la incorporación del implante anticonceptivo al Programa de Salud sexual y Procreación Responsable (Ley nacional 25673 -2002- y su Decreto reglamentario 1282/2003) por lo que muchas adolescentes con contraindicación a estrógenos no lo tuvieron como opción en un primer momento.

Respecto al uso de acetato de medroxiprogesterona trimestral (ACMP) [15] en la población diabética, si bien el mecanismo por el cual alteraría la tolerancia a la glucosa no está del todo claro, no se ha observado empeoramiento en el control metabólico de las usuarias. Su uso en presencia de daño de órgano blanco o con factores de riesgo cardiovascular agregados lo ubican en una categoría de riesgo 3, es decir que debe ser utilizado con precaución. Sin embargo, frente a la contraindicación de uso de medicación combinada y negativa o imposibilidad de utilización de anticoncepción intrauterina, es más beneficioso que un embarazo no intencional. Por otro lado,

esta medicación presenta un efecto anti estrogénico que se asocia a una pérdida transitoria de la densidad mineral ósea (DMO). En aquellas pacientes con factores de riesgo de osteoporosis (corticoterapia prolongada, anticonvulsivantes, consumo crónico de alcohol o tabaco, etc.) puede generar un riesgo adicional. En este centro, se realiza un seguimiento en conjunto con el servicio de endocrinología para evaluar el metabolismo fosfo-cálcico de las adolescentes y su eventual necesidad de suplementación con calcio y vitamina D. No se observaron fracturas en las usuarias de ACMP. A partir del 2015 la mayoría de estas adolescentes con DM tipo 1 (10) que utilizaban ACMP eligieron cambiar el método al uso del implante anticonceptivo. Incluyendo a las adolescentes que recibieron ACMP, cerca del 50% de la muestra eligió un LARCs. (ver gráfico IV).

Gráfico 4: Método anticonceptivo elegido por el total de las adolescentes.



DIU: dispositivo intrauterino. ACO: anticonceptivos orales combinados. ACI anticonceptivos inyectables combinados. ACMP: píldoras con progestágenos solos

Producto de las acciones de prevención, se evidenció: baja incidencia de ITS^y, ningún embarazo no intencional y uso de anticoncepción en adolescentes que no habían IRS.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se describe un sesgo de derivación a ginecología por parte del equipo interdisciplinario de diabetes. De las 190 adolescentes con seguimiento en nutrición al momento del corte, sólo el 38,9% (n: 74) fue derivada. En la mayoría de los casos, se derivan aquellas adolescentes en las que se pesquisa alguna situación de riesgo en vez de realizar una derivación sistemática en el período peripuberal. Esto podría determinar que la población analizada en este estudio tenga mayor porcentaje de complicaciones que la población total de adolescentes con DM.

Por último, los hábitos de consumos de alcohol, tabaco y drogas, deben ser pesquisados sistemáticamente, no solo con la premisa de realizar intervenciones en reducción de riesgos y daños como en cualquier adolescente, sino también en función del tratamiento a indicar. Se deberá adecuar indicaciones a cada situación particular. Respecto de la práctica de la actividad física, la OMS recomienda que las adolescentes con diabetes, al igual que sus pares sanos, deben ser alentadas a participar en al menos 60 min de actividad física moderada a vigorosa por día y disminuir el comportamiento sedentario^{iv}. En este estudio, la mayoría refería no cumplir con estas recomendaciones: el 30% realizaba algún tipo de actividad física.

Para concluir, es menester que la evaluación y la educación de adolescentes con DM sea realizada por un equipo interdisciplinario. La atención integral adecuada es un elemento clave para optimizar los resultados y la calidad de vida en general. Al igual que cualquier otra enfermedad crónica que se presenta en la infancia o adolescencia, impone una carga adicional que puede ser difícil de sobrellevarⁱ

Consideraciones finales:

La derivación a ginecología de las adolescentes con DM en período peri puberal mejora los resultados en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Es fundamental remarcar que existen múltiples opciones disponibles para la anticoncepción de esta población. La mejor será aquella que contemple las preferencias de las usuarias, la presencia de daño órgano blanco y las posibles interacciones entre las medicaciones que reciba, entre otros factores. Se debe recomendar el uso sistemático de métodos de barrera y favorecer la elección de métodos de larga duración. Es esencial informar sobre los conceptos de teratogenicidad de hiperglucemia y drogas y la importancia de planificar los embarazos.

Bibliografía

- [1] Ziegler R, Neu A. Diabetes in Childhood and Adolescence. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(9):146–156.
- [2] Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, Jefferies C, et al. *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines. 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes.* 2018;19 (Suppl. 27):7–19. Consultado el 6 de febrero de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/pedi.12773>.*
- [3] International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas. Eighth edition.* 2017
Consultado el 6 de febrero de 2020. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>
- [4] Robinson A, Nwolise C, Shawe J. Contraception for women with diabetes: challenges and solutions. *Open Access J Contracept.* 2016 Mar 3;7:11-18
- [5] Codner E, Soto N, Merino PM. Contraception, and pregnancy in adolescents with type 1 diabetes: a review. *Pediatr Diabetes.* 2012 Feb;13(1):108-23.
- [6] World Health Organization. "Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition 2015". Consultado 30 de enero 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9.
- [7] Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ y cols. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65 (No. RR-4):1–66. Consultado 30 de enero 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6504a1>.
- [8] American Diabetes Association. (2) Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care.* 2015 Jan;38 Suppl:S8-S16.
- [9] Sociedad Argentina de Pediatría. Evaluación de la maduración física. En: *Guía para la evaluación del crecimiento físico.* 3ed. Buenos Aires: Editorial Ideográfica 2013; p.115-22.
- [10] Rosas Guzmán J, García Rubí E, Gómez Pérez FJ, Calles J. y col. Prevención, diagnóstico y tratamiento temprano de la Nefropatía Diabética. *Rev ALAD.* 2009; 17 (3): 106.-114. Consultado el 6 de febrero de 2020. Disponible en: <http://www.revistaalad.com/pdfs/0903consenso.pdf>

[11] Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva. 2013. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) 2014. Consultado 30 de enero 2020. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyrr_2013.pdf

[12] [Hartman LB](#), [Monasterio E](#), [Hwang LY](#). Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. [Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care](#). 2012;42(9):221-63.

[13] [American Diabetes Association](#). Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. [Diabetes Care](#). 2018 Jan;41(Suppl 1):S126-S136

[14] Peters A, Laffel L. American Diabetes Association Transitions Working Group. Diabetes care for emerging adults: recommendations for transition from pediatric to adult diabetes care systems. [Diabetes Care](#) 2011; 34: pp. 2477-2485.

Salud sexual y reproductiva en épocas de pandemia... Más allá del COVID 19

AUTORA

Dra. Silvia Inés Ciarmatori
Médica Ginecóloga
Sección Reproducción
Sección Ginecología Endocrinológica
Jefa de la Sección Planificación Familiar



Hosp. Italiano de Buenos Aires

silvia.ciarmatori@hospitalitaliano.org.ar

Una situación inédita, inesperada..., un cisne negro que nadie vio venir...ésta son algunas de las expresiones que se utilizan para describir la pandemia por COVID 19. Sin embargo, sin hacer futurología, es posible afirmar que, de seguro, las respuestas globales pondrán de manifiesto las desigualdades ya existentes, en lo que se refiere al acceso a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, para impactar desproporcionadamente en la salud, el bienestar y la estabilidad económica de las mujeres, las niñas y poblaciones vulnerables. Las personas cuyos derechos humanos están menos protegidos es probable que experimenten dificultades únicas como consecuencia de esta situación. Las mujeres, las niñas y los grupos marginados llevarán la carga más pesada de lo que serán las devastadoras consecuencias económicas y sociales de esta pandemia^{[1][2]}.

Las principales organizaciones y sociedades internacionales dedicadas a la atención de mujeres, niñas y adolescentes han publicado en diferentes comunicados la importancia de mantener la atención de la salud sexual y reproductiva en los tiempos de pandemia^{[3][4][5][6]}.

“Not a luxury”, así definió a la necesidad de mantener este servicio la Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, una coalición internacional de organizaciones que trabajan colectivamente para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos en asuntos humanitarios, en una editorial publicada en Lancet, recientemente. La atención de la salud sexual y reproductiva está considerada un servicio esencial^[7].

De lo aprendido en epidemias pasadas sabemos que la interrupción de la asistencia sanitaria de servicios considerados no relacionados con la epidemia resultó en más muertes que las provocadas por la epidemia misma^{[8][9]}. Entre estas cuestiones, las relacionadas con la salud sexual y reproductiva (incluyendo la atención obstétrica y neonatal, la anticoncepción para prevenir embarazos no intencionados, el manejo de las complicaciones del aborto y los casos de violencia de género) se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad entre mujeres en edad fértil, especialmente en poblaciones vulnerables.^[10] Efectivamente, el abuso sexual y los casos de violencia de género pueden aumentar en estas situaciones debido al confinamiento, mayor exposición a los perpetradores en el hogar, precariedad económica y el acceso limitado a los servicios de protección. En estos últimos meses, diferentes publicaciones han señalado cómo las mujeres, especialmente aquellas de grupos vulnerables, podrían verse más afectadas por efectos directos e indirectos de la pandemia. Es sabido que las mujeres con menor nivel educativo y socioeconómico suelen tener menos autonomía y menor accesibilidad a los servicios en general, y a la salud en particular. A esta situación, en el contexto de la pandemia se agrega el tema de la

menor accesibilidad, no solo por las distancias geográficas, sino por las medidas de aislamiento social que limitan la chance de acceder a la atención^[11].

Es entendible que la pandemia por COVID-19 haya obligado a los sistemas de salud a enfocar toda la atención médica en los pacientes afectados por el virus. Sin embargo, el impacto que puede llegar a tener una epidemia en los servicios de salud reproductiva debe ser tomada en cuenta desde el primer momento, para evitar la interrupción o la pérdida de confianza en estos servicios. Los servicios de maternidad y salud pública deben planificar con anticipación la estrategia de cómo se va a ofrecer el servicio, para minimizar los retrasos en el acceso y la atención recibida, y garantizar la provisión de métodos anticonceptivos^[12]. Cuando se teme a las instalaciones de salud, se evitan. En este sentido, los países que nos adelantan en la evolución de la crisis han dejado bien en claro cuál debe ser esa estrategia. Con el objeto de disminuir la posibilidad de contagio, debe emplearse la estrategia del “acercamiento sin contacto” o “primero, digital”: esto significa que la telemedicina es la estrategia que debe priorizarse^[13]. Esto significa que, siempre que sea posible, deberán utilizarse canales como la teleconsulta, SMS, WhatsApp, videollamadas o llamadas telefónicas. En el contexto de la cuarentena, en la situación de autoaislamiento o con opciones de transporte reducidas, es esencial que haya mensajes consistentes y frecuentes, para ayudar a las mujeres y sus familias a buscar asesoramiento temprano y tomar decisiones oportunas.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), al igual que otras sociedades científicas dedicadas a la atención de la mujer elevaron una serie de recomendaciones que podrían enmarcarse dentro de los siguientes parámetros^{5,12}:

- **DIGITALIZACIÓN** en primer lugar y siempre que sea posible. Es imprescindible **implementar la telemedicina utilizando teleconsulta, teléfonos móviles y redes sociales, como un complemento para mejorar la información y el acceso a la anticoncepción. De esta manera se proporciona alivio a los servicios de atención personalizada (especialmente dentro de la Atención Primaria), manteniendo el acceso a la provisión, al asesoramiento y seguimiento del uso de los diferentes métodos anticonceptivos; al diagnóstico y tratamiento de ITS y VIH, y a la atención de aborto.**
- **ELIMINACIÓN DE BARRERAS PARA ACCEDER:** Asegurar la provisión de los diferentes métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia. En nuestro país, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ha determinado la provisión gratuita de casi todos los métodos anticonceptivos desde hace más de una década, tanto en el ámbito público como privado. Los centros de salud públicos responsables de la provisión de métodos deberían organizar la logística para no discontinuar el abastecimiento de los métodos a las usuarias. Las coberturas de salud privadas deben garantizar a las usuarias la prescripción digital de los métodos anticonceptivos (asegurando la provisión del método por un periodo no inferior a 3 meses) y garantizar el acceso a los procedimientos de colocación de LARCs, cumpliendo los requerimientos específicos para dicha colocación.
- **HABILITAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA:** Asegurar el acceso a la atención de emergencia de ITS, interrupción legal del embarazo y a la anticoncepción de emergencia

Si bien debe priorizarse la atención vía telemedicina, debe mantenerse alguna forma de atención presencial para casos puntuales: no solo porque algunas situaciones así lo requieren, sino porque el acceso a la telemedicina no es universal. La digitalización es clave en estos momentos y está claro que en esta materia, la realidad es muy heterogénea en nuestro país y en muchos casos puede no estar disponible. Es fundamental que los responsables de definir las estrategias de atención planifiquen la modalidad de atención balanceando los riesgos de la exposición sobre las necesidades, de acuerdo a las diferentes realidades locales del desarrollo de

la pandemia^[14]. Así mismo, dado que se trata de un escenario completamente dinámico, las normativas deberán ajustarse en forma continua.

Otro de los temas que preocupa es el de las mujeres que trabajan en salud.

Aproximadamente las tres cuartas partes de los trabajadores de la salud son mujeres; y en algunos sectores específicos, como por ejemplo la enfermería, que constituye la primera línea de atención de paciente, las mujeres representan más del 90% del personal^[15]. Estas mujeres con frecuencia enfrentan no solo el temor que produce la exposición y la posibilidad de enfermarse gravemente ellas mismas, sino también el temor a contagiar a sus familias. Tampoco es menor, para estas mujeres, la preocupación que genera resolver cuestiones básicas de la logística cotidiana, como por ejemplo, cómo atender a sus hijos en edad escolar que no van al colegio como consecuencia de la cuarentena o cómo cuidar sus padres mayores, cuando están a su cargo. A nivel global, las mujeres suelen ser las primeras cuidadoras del hogar. El cuidado de las mujeres que trabajan en salud es fundamental y debe considerarse prioritario^[16]. Este cuidado implica no solo asegurar los equipos de protección personal adecuados, un marco de trabajo que cumpla los estándares de manejo y seguridad definidos por la autoridad sanitaria y el entrenamiento permanente sobre cómo actuar en estas situaciones, sino brindarles contención emocional, canales de comunicación y las horas de relax necesarias.

Es evidente que la pandemia nos golpea a todos, de diferentes maneras y con diferente intensidad. Como personal de salud, dedicados a la atención de las mujeres, adolescentes, niñas y toda persona con capacidad de gestar, debemos tener presente que la atención de la salud sexual y la salud reproductiva es un servicio esencial y no puede diferirse.

Inevitablemente se deberán realizar ajustes en la forma de brindar los servicios; sin embargo, la calidad y el acceso a los mismos deben mantenerse, adaptándose al contexto local y a la etapa de la pandemia que se esté atravesando.

[1] Sandolu Ana How the COVID-19 Pandemic is Affecting Women's Sexual and Reproductive Health. En Medical News Today. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/how-covid-19-affects-womens-sexual-and-reproductive-health#Healthcare-governance-needs-more-women->

[2] UNFPA Millions more cases of violence, child marriage, female genital mutilation, unintended pregnancy expected due to the COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://www.unfpa.org/news/millions-more-cases-violence-child-marriage-female-genital-mutilation-unintended-pregnancies>

[3] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Advice for women seeking contraception, abortion and other sexual and reproductive healthcare during the COVID-19 pandemic

[4] WHO. Coronavirus disease (COVID-19) and Sexual and Reproductive Health. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>, 2 de mayo 2020

[5] FIGO COVID-19 Anticoncepción & Planificación familiar. Disponible en: <https://www.figo.org/covid-19-anticoncepcion-planificacion-familiar>

[6] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Essential Services in Sexual and Reproductive Healthcare Disponible en <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-position-essential-srh-services-during-covid-19-march-2020/>

[7] Tran NT, Tappis H, Spilotros N, Krause S, Knaster S Not a luxury: a call to maintain sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings during the COVID-19 pandemic [Lancet Glob Health](#). 2020 Apr 21. pii: S2214-109.

[8] McQuilkin PA, Udhayashankar K, Niescierenko M, Maranda L. Health-care access during the Ebola virus epidemic in Liberia. *Am J Trop Med Hyg* 2017; 97: 931–36.

[9] Hall KS Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet* 2020; 395: 1175-77

[10] Logie CH, Khoshnood K, Okumu M, et al. Selfcare interventions could advance sexual and reproductive health in humanitarian settings. *BMJ* 2019; 365: 1083.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>

[11] Hall KS Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet* 2020; 395: 1175-77

[12] UNFPA Sexual and Reproductive Health and Rights, Maternal and Newborn Health & COVID-19. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19 Preparedness and Response - UNFPA Interim Technical Briefs Maternal and Newborn Health -23 March 2020 .pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19%20Preparedness%20and%20Response%20-%20UNFPA%20Interim%20Technical%20Briefs%20Maternal%20and%20Newborn%20Health%20-%2023%20March%202020.pdf)

[13] BASHH, FSRH & BHIVA Sexual Health, Reproductive Health and HIV Services: Emergency COVID-19 Contingency Plan Paper for Government Disponible en: <https://www.fsrh.org/home/>

[14] Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorflinger L Contraception in the Era of COVID-19 *Glob Health Sci Pract*. 2020;8: 1 -3

[15] **Sadeque S.** Correction**How the COVID-19 Pandemic is Affecting Women’s Sexual and Reproductive Health. Inter press Service Disponible en <http://www.ipsnews.net/2020/04/covid-19-pandemic-affecting-womens-sexual-reproductive-health/>

[16] Black B & McKay G Covid-19 and reproductive health: What can we learn from previous epidemics?

BMJ opinion . Disponible en <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/19/covid-19-and-reproductive-health-what-can-we-learn-from-previous-epidemics/>

La importancia de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico para garantizar derechos

AUTORES:

Dra. Silvia Oizerovich ^a, Dra. Gabriela Perrotta^b



- a. Médica tocoginecóloga. Presidenta Red Iberoamericana de Profesionales de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (REDISSER). Asesora ALOGIA. Ex presidenta de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ). Ex presidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA). Email: soizerovich@gmail.com.
- b. Doctora en Psicología UBA; Docente de grado y Postgrado UBA. Comité científico Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ) y Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA). Email: gabrielaperrotta@gmail.com.

Resumen

En los últimos años ha disminuido la tasa de embarazos en el grupo etario de las adolescentes, que es la población que más nos preocupa en relación a los embarazos no intencionales. Sin embargo, el porcentaje de embarazos no intencionales no ha disminuido en ese grupo ni en la población general.

La anticoncepción inmediata post evento obstétrico es una herramienta fundamental que los equipos de salud deben conocer, ofrecer a la usuaria y saber utilizar para garantizar el derecho de todas las personas a decidir sobre su salud sexual y su salud reproductiva, especialmente para evitar embarazos no intencionales.

Esta herramienta debe ser utilizada como política pública para generar resultados que impacten sobre los indicadores de salud materno infantil.

Abstract

In recent years, the pregnancy rate has decreased in the adolescent age group, which is the population that most concerns us in relation to unintended pregnancies. However, the percentage of unintended pregnancies has not decreased in that group nor in the general population.

Immediate contraception after obstetric event is a fundamental tool that health teams must know, offer to the user and know how to use to guarantee the right of all people to decide about their sexual health and reproductive health, especially to avoid unintended pregnancies.

This tool should be used as public policy to generate results that impact on maternal and child health indicators.

Introducción

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas, especialmente el 3 y el 5, nos orientan acerca de los derechos que deben garantizarse en materia de salud sexual y salud reproductiva. En este sentido, la anticoncepción post evento obstétrico tiene un papel fundamental.

La **anticoncepción post evento obstétrico** (APEO) es el acceso de una persona al método anticonceptivo elegido, en el período posterior al evento obstétrico (parto vaginal, cesárea o aborto) y antes del alta de la institución. En Argentina la conocemos como **anticoncepción inmediata post evento obstétrico** (AIPE) para remarcar la importancia de que sea inmediata.

Si bien en los últimos años ha disminuido la tasa de embarazos en el grupo etario de las adolescentes, que es la población que más nos preocupa en relación a los embarazos no intencionales, el porcentaje de embarazos no intencionales no ha disminuido en ese grupo ni en la población general.

Llamamos embarazo no intencional a aquel que no fue buscado, planeado o planificado. Puede ocurrir ante la falta de un método anticonceptivo (MAC) eficaz, la falla del método o una relación sexual no consentida.

El evento obstétrico, tanto si se trata de un parto o de un aborto, es una situación que debe ser aprovechada como favorable para que la persona que acaba de pasar por ese evento tenga acceso inmediato a un método anticonceptivo eficaz que impida un próximo embarazo cercano en el tiempo, si es eso lo que decide. Es importante garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos de larga duración en el post evento obstétrico, teniendo en cuenta que, muchas veces, ese embarazo previo no fue intencional y ocurrió durante el uso de un método de corta duración.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible

La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el 25 de septiembre de 2015 la Agenda 2030 que incluye los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Argentina se compromete junto a otros países del mundo a incluirlos en su Agenda. Los ODS 3 y 5 se refieren específicamente a la salud sexual y la salud reproductiva:

ODS 3: Salud y Bienestar. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

3.1 Reducir la tasa mundial de mortalidad materna.

3.7 Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

ODS 5: Igualdad de género. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres^[1] y las niñas.

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.¹

En este escenario, sostenido además en el compromiso asumido en nuestra Constitución Nacional y teniendo en cuenta las leyes nacionales con las que Argentina cuenta en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, la estrategia de AIPE cobra una relevancia fundamental que merece ser priorizada en las políticas públicas en esta área de la salud.

Importancia de AIPE y su relación con los embarazos no intencionales

Según los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud de la Nación, el porcentaje de embarazos no intencionales no se ha modificado significativamente en ningún grupo etario en los últimos años y se mantiene en el año 2017 aproximadamente en los mismos valores, a pesar de las políticas públicas implementadas para ello.

Tabla 1

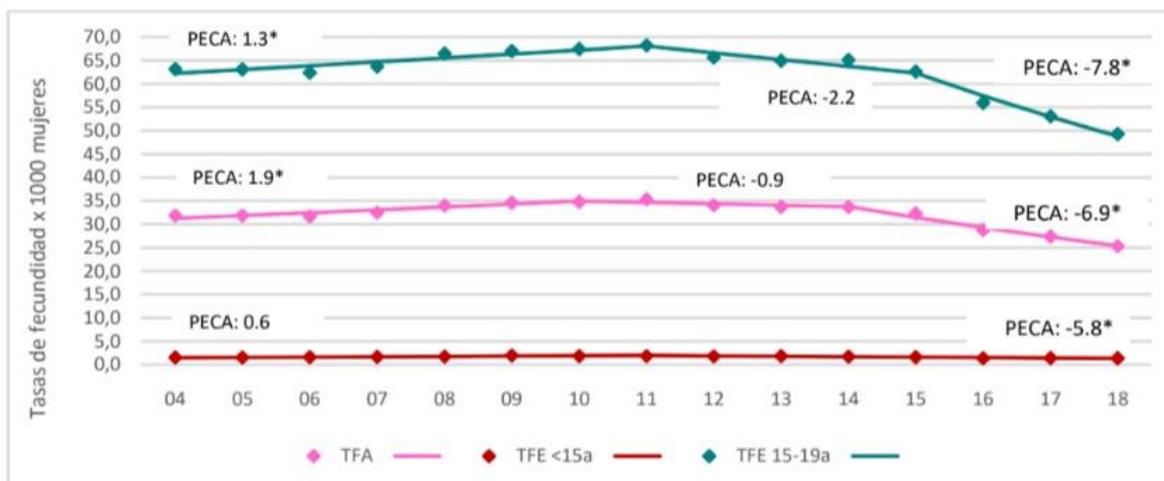
Embarazo no planificado	59,4%
Embarazo no planificado en adolescentes menores de 15 años	83,7%
Embarazo no planificado en adolescentes de 15 a 19 años	69,3%
Embarazo no planificado y no uso de MAC	77,4%
Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes menores de 15 años	88,3%
Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes de 15 a 19 años	80,8%
Embarazo no planificado en multíparas de 15 a 19 años	69,7%

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Ministerio de Salud de la Nación (SIP) 2017. (Elaboración propia de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva 2019)

El grupo etario que presenta mayor porcentaje de embarazos no intencionales es el de 10 a 14 años, seguido por el de 15 a 19 años. El primer grupo preocupa por la posibilidad de abusos sexuales y el segundo por la falta de acceso a información y al método anticonceptivo adecuado en el período en el que suelen iniciarse las relaciones sexuales.

Si analizamos la disminución en las tasas de fecundidad en adolescentes (TFA, nacimientos de madres de 10 a 19 años por cada mil mujeres de esta edad) y de fecundidad específica (TFE, nacimientos de madres de 15 a 19 años por cada mil mujeres de esta edad), ésta se presenta como estadísticamente significativa en los últimos 4 años registrados (2014-2018) en Argentina. De todas maneras, esa disminución en las tasas de fecundidad no ha impactado en los embarazos no intencionales.

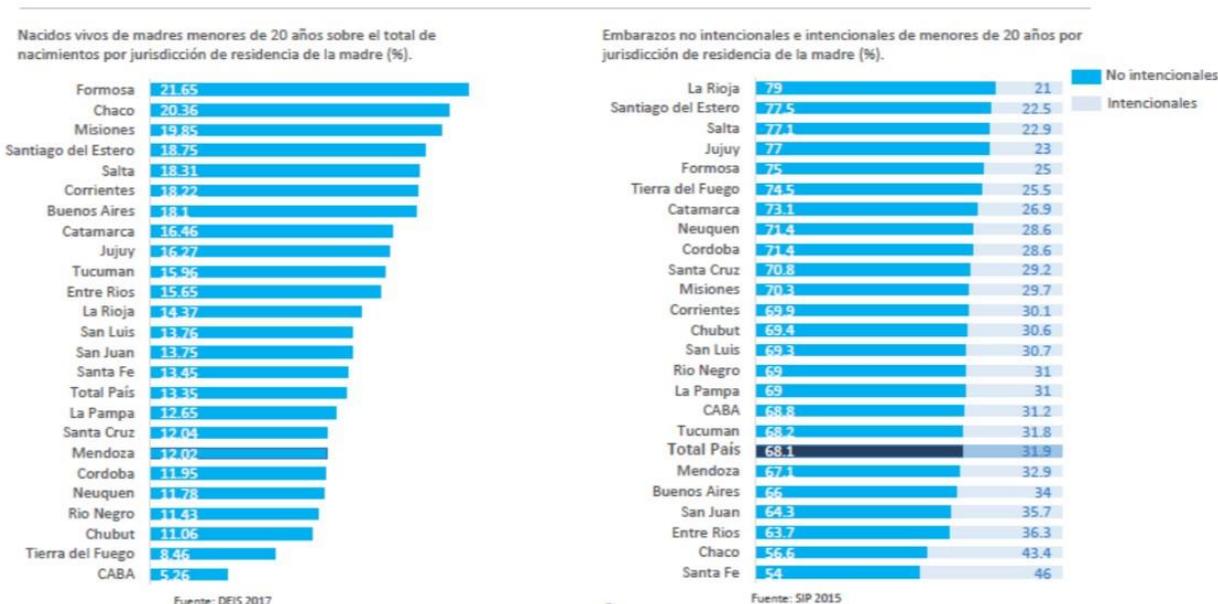
Tabla 2



Fuente: elaboración propia de la DSSyR a partir de datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2019.

Si analizamos las diferencias de datos entre las provincias de nuestro país, con valores extremos de las TFE en el año 2018, podemos ver que en algunas provincias las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años se quintuplican en relación a otras.

Tabla 3



Fuente: Fuente Plan Nacional para la Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) 2017.

Estudios realizados en diferentes partes del mundo han demostrado que los resultados adversos en la salud materna, perinatal e infantil se relacionan estrechamente con el reducido espacio entre los embarazos. Los riesgos son particularmente altos para las mujeres que se embarazan nuevamente en un muy corto plazo luego de un embarazo, aborto espontáneo o aborto inducido, como así también para los/las niños/as ya nacidos. ²⁻³

Tabla 4

Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre 6 meses después de un nacimiento vivo		
Resultado adverso	Mayor riesgo	
Aborto inducido	650%	
Aborto espontáneo	230%	
Muerte del recién nacido (<9 meses)	170%	
Muerte materna	150%	
Pre término	70%	
Nacido muerto	60%	
Bajo peso al nacer	60%	
Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre menos de 6 meses después de un aborto inducido o aborto espontáneo		
Mayor riesgo	Con intervalo de 1–2 meses	Con intervalo de 3–5 meses
Bajo peso al nacer	170%	140%
Anemia materna	160%	120%
Pre término	80%	40%

Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP) USAID ACCES
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JK3D.pdf. Página 5

Por lo tanto, AIPE es una estrategia clave para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil a través de la prevención de los embarazos no intencionales y de respetar los espacios intergenésicos adecuados.

Los métodos de larga duración reversibles (LARCs) y definitivos

Si analizamos los porcentajes de falla de los diferentes MAC, podemos observar que las fallas son mayores en aquellos métodos que son dependientes de la usuaria con respecto a los que dependen solamente de la eficacia del MAC utilizado. Esto es lo que se define como uso típico/habitual. Por ejemplo: la ingesta de los anticonceptivos orales es usuaria dependiente, a diferencia del dispositivo intrauterino (DIU). Se define como uso perfecto al que muestra su efectividad en condiciones ideales.

Tabla 5

Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso perfecto de la anticoncepción y porcentaje de mujeres que continúa el uso al final del primer año en los Estados Unidos

Método	% de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso		% de mujeres que continúan el uso al año ^f
	Uso típico ^a	Uso perfecto ^b	
Sin método ^d	85	85	
Espemicidas ^e	28	18	42
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	24		47
Standard Days Method ^g (método de días fijos) ^f	—	5	—
TwoDay Method ^g (método de los dos días) ^f		4	
Método de la ovulación ^f		3	
Método sintotérmico		0,4	
Coito interrumpido	22	4	46
Esponja anticonceptiva			36
Mujeres que han tenido 1 o más partos	24	20	
Nulíparas	12	9	
Preservativo ^h			
Femenino	21	5	41
Masculino	18	2	43
Diafragma ^h	12	6	57
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Parche Evra ^g	9	0,3	67
NuvaRing ^g (anillo)	9	0,3	67
Depo-Provera ^g	6	0,2	56
Anticonceptivos intrauterinos			
ParaGard ^g (T con cobre)	0,8	0,6	78
Mirena ^g (levonorgestrel)	0,2	0,2	80
Implanon ^g	0,05	0,05	84
Esterilización femenina	0,5	0,5	100
Esterilización masculina	0,15	0,10	100

Anticonceptivos de emergencia: las píldoras anticonceptivas de emergencia o la inserción de un dispositivo intrauterino de cobre después del coito sin protección reducen considerablemente el riesgo de embarazo.ⁱ

Método de amenorrea de la lactancia: el MELA es un método anticonceptivo temporal, de gran eficacia.^j

^a Entre las parejas típicas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez), el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Los cálculos de la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso típico en el caso de los espermicidas y del diafragma provienen de la National Survey of Family Growth (Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar) de 1995, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto; los cálculos correspondientes a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, al coito interrumpido, al preservativo masculino, a los anticonceptivos orales y a Depo-Provera provienen de la National Survey of Family Growth de 1995 y 2002, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto.

^b Entre las parejas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) y que lo usan perfectamente (tanto correcta como consistentemente), el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón.

^c Entre las parejas que tratan de evitar el embarazo, el porcentaje que continúa con el uso de un método durante un año.

^d Los porcentajes de mujeres que quedan embarazadas en las columnas 2 y 3 se basan en datos de poblaciones en las que no se usan métodos anticonceptivos y en datos de mujeres que dejan de usarlos para poder embarazarse. En esas poblaciones, casi el 89 % de las mujeres quedan embarazadas en el plazo de un año. Este cálculo se redujo levemente (al 85 %) para representar el porcentaje de mujeres que quedarían embarazadas en el plazo de un año entre las mujeres que actualmente confían en métodos reversibles de anticoncepción si abandonarían la anticoncepción del todo.

^e Espumas, cremas, geles, supositorios vaginales y película vaginal.

^f El método de la ovulación y el de los dos días (TwoDay Method^g) se basan en la evaluación del moco cervical. El método de los días fijos (Standard Days Method^g) evita el coito en los días 8 a 19 del ciclo. El método sintotérmico es un método de doble verificación que se basa en la evaluación del moco cervical para determinar el primer día fértil y en la evaluación del moco cervical y de la temperatura para determinar el último día fértil.

^g Sin espermicidas.

^h Con crema o gel espermicida.

ⁱ Plan B One-Step^g, ella^g y Next Choice One Dose^g son los únicos productos dedicados que se comercializan específicamente para la anticoncepción de emergencia en los Estados Unidos al momento de la redacción de este documento. Según el prospecto de Plan B One-Step (1 dosis es 1 píldora de color blanco), se debe tomar la píldora en el plazo de las 72 horas después del coito sin protección. Según las investigaciones, todas las marcas enumeradas aquí son eficaces si se utilizan en el plazo de las 120 horas posteriores al coito sin protección. Según el prospecto de Next Choice One Dose (1 dosis es 1 píldora de color durazno), se debe tomar la píldora en el plazo de las 72 horas después del coito sin protección. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ha declarado, además, que las 19 marcas siguientes de anticonceptivos orales son seguras y eficaces para la anticoncepción de emergencia: Ogestrel^g (1 dosis es 2 píldoras de color blanco), Nordette^g (1 dosis es 4 píldoras de color naranja claro), Crystelle^g, Levora^g, Low-Ogestrel^g, Lo/Ovral^g o Quasence^g (1 dosis es 4 píldoras de color blanco), Jolessa^g, Portia^g, Seasonale^g o Trivora^g (1 dosis es 4 píldoras de color rosa), Seasonique^g (1 dosis es 4 píldoras de color azul verdoso claro), Enpresse^g (1 dosis es 4 píldoras de color naranja), Lessina^g (1 dosis es 5 píldoras de color rosa), Aviane^g o LoSeasonique^g (1 dosis es 5 píldoras de color naranja), Luteru^g o Sronyx^g (1 dosis es 5 píldoras de color blanco) y Lybrel^g (1 dosis es 6 píldoras de color amarillo).

^j Sin embargo, para mantener una protección eficaz contra el embarazo, se debe usar otro método de anticoncepción tan pronto se reanude la menstruación, se reduzca la frecuencia o la duración de la lactancia materna, se incorpore la alimentación por biberón o el bebé alcance los 6 meses de edad.

Fuente: Trussell, 2011 (10).

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition] ISBN 978-92-4-356540-8 © Organización Mundial de la Salud 2018

Hasta hace unos años, solo hablábamos de las diferencias entre el uso típico y el uso perfecto. Actualmente, se incorpora la importancia que tiene el “porcentaje de mujeres que continúan el uso al año”.^{4,5}

Por lo tanto, se prioriza el uso de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles (DIU de cobre, DIU con levonorgestrel e implante subdérmico), llamados LARCs por sus siglas en inglés (Long Acting Reversible Contraception), o irreversibles (ligadura tubaria y vasectomía) debido a la alta efectividad, a la menor tasa de falla que presentan en el uso típico y al mayor tiempo que la usuaria continúa su uso.^{6,7,8}

Barreras al acceso a LARCs

Al abordar el trabajo con LARCs debemos tener en cuenta que una de las principales barreras a las que nos enfrentamos son las falsas creencias o mitos, que limitan muchas veces la toma de decisiones acertadas, lo que obstaculiza de una manera significativa el cuidado de la salud y el bienestar.

Estas falsas creencias no solo parten de las mujeres usuarias sino también, muchas veces, de los equipos de salud. Algunas de estas falsas creencias son las siguientes:

- Gestión en salud: los LARCs son más costosos que otros métodos de anticoncepción modernos.
- Equipos de salud: se requiere realizar varios estudios para colocar un LARC; los métodos hormonales (implantes, DIU-LNG) pueden causar osteoporosis; los DIU no se pueden colocar a nuligestas por riesgo de perforación; las adolescentes no eligen al DIU.
- Las personas usuarias y la población en general: la colocación es muy dolorosa; los gobiernos alientan estas políticas como un control de la natalidad; los bebés nacen con el DIU en la mano.^{9,10}

Consejería en salud sexual y salud reproductiva

La principal herramienta para trabajar en AIPE es la consejería, siendo el control prenatal el momento más oportuno.

Es una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y la salud reproductiva, con perspectiva de derechos y género. Es un dispositivo con distintas estrategias de acción, según las necesidades y condiciones locales.

El objetivo es facilitar el acceso a la información oportuna y pertinente, contribuir a que las personas puedan elegir y decidir en forma autónoma y reflexiva, promover acciones educativas en la comunidad y contribuir a que las personas desarrollen una vida sexual saludable y puedan ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

El periodo prenatal representa una oportunidad única para que las mujeres reciban información y consejería en anticoncepción, aprovechando que muchas de ellas tienen acceso a servicios de salud durante el embarazo. No obstante, si la consejería no ha ocurrido durante el período prenatal, el momento de la internación también es oportuno para brindar información y garantizar la elección autónoma del MAC adecuado.^{4,11}

Las mujeres no dimensionan el riesgo del retorno a la fertilidad y la posibilidad concreta de otro embarazo en el primer año postparto. En el trabajo realizado en Uttar Pradesh en la India, se observa que el 90% de las mujeres vuelve a la actividad sexual durante el período de 4 a 6 meses después del parto y que la menstruación retorna en el 50% durante este mismo período, exponiéndolas al riesgo de embarazo con baja percepción del mismo.¹²

Los hallazgos de la National Family Health Survey III muestran que la lactancia materna exclusiva disminuye al 51% a los 2-3 meses del postparto y al 28% a los 4-5 meses. Esto muestra un período crítico para riesgo de embarazo, que comienza aproximadamente a los 3-6 meses.

Se debe explicar a la mujer que la lactancia disminuye la fertilidad, pero que debe tener en cuenta que la anovulación se sostiene siempre y cuando se mantenga la lactancia exclusiva. El riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación post parto/cesárea o con la introducción de alimentos suplementarios en la alimentación del bebé.^{7,12,13}

El Comité de opinión del American College of Obstetricians and Gynecologists, en su comunicado número 670 sobre anticonceptivos reversibles de larga duración en el post parto inmediato, resalta la importancia acerca de que “los obstetras y ginecólogos y otros proveedores de atención obstétrica hablen sobre LARCs durante el período anterior al parto y realicen una buena consejería a todas las personas embarazadas sobre las opciones para el inicio inmediato de la anticoncepción después del parto. La educación y los protocolos institucionales son necesarios para aumentar la conciencia de los profesionales y mejorar el acceso al posparto inmediato para la colocación de los LARCs. Estos deben adquirir las competencias necesarias para la colocación de los mismos, como así también asesorar a las mujeres adecuadamente sobre las ventajas y riesgos, y abogar por cambios en las políticas públicas, institucionales y apoyar la provisión de los mismos en los sistemas de salud.”¹⁴

Utilización del DIU post parto (DIUPP)

La inserción del DIUPP se realiza durante el periodo postparto inmediato o temprano (dentro de los 10 minutos o hasta 48 horas después del parto).

Los tres tipos de inserción del DIUPP son:

- Postplacenta: inmediatamente después de la expulsión de la placenta (requiere el manejo activo de la tercera etapa del parto).
- Intracesárea: inmediatamente después de la extracción de la placenta durante una cesárea, insertándose el DIU antes de cerrar la incisión uterina y de que la paciente abandone la sala de operaciones.
- Postparto temprano: no ocurre inmediatamente después de la expulsión/extracción de la placenta sino dentro de los dos días/48 horas del parto. Este tipo de inserción tiene la desventaja de generar una molestia significativa en la usuaria, ya que recientemente ha pasado por la situación de un part

Si bien en la inserción postparto/cesárea, a diferencia de la inserción después de un intervalo, el nivel de expulsión es más alto, es fundamental tener en cuenta que la capacitación de los profesionales permite disminuir significativamente la tasa de expulsión.^{2,15} El desafío es llegar a los porcentajes presentados por Anne Pfitzer y col., que presentan una tasa del 2.6% de expulsión.¹⁶

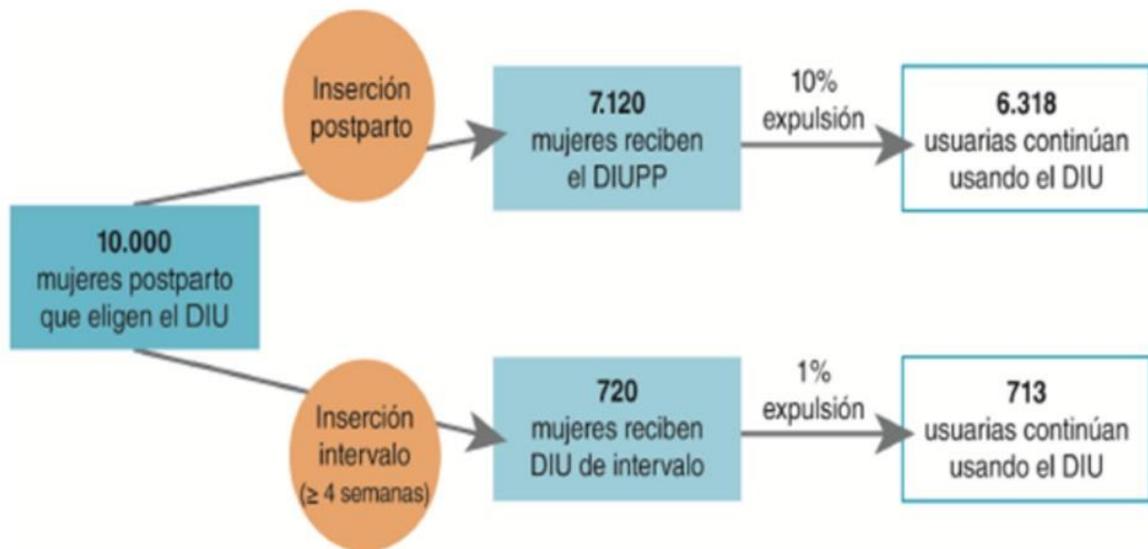
Por otro lado, es importante tener en cuenta que los DIU colocados en el postparto inmediato implican una cobertura en anticoncepción que evita perder la oportunidad de colocación, que muchas veces no se concreta en el período posterior.

Mohamed, en Egipto, en el año 2004, realiza un estudio con mujeres que recibieron consejería en métodos anticonceptivos con eje en DIU durante los controles prenatales. De 10.000 mujeres que eligieron colocarse el DIU, en 7120 mujeres la inserción fue temprana o inmediata (durante su permanencia en el hospital) con una tasa de expulsión del 10%. De las mujeres restantes, solo 720 regresaron para colocarse el DIU. Si bien la tasa de expulsión en estas últimas fue del 1%, hubo más de 2000 mujeres que no accedieron al método. Esto marca una diferencia de 10 veces más en la prestación del método cuando las mujeres eligieron la inserción postparto temprano/inmediato versus la inserción postergada (después de un intervalo).¹⁷

Es probable que las mujeres, al regresar a sus casas con los recién nacidos, ya no tomen conciencia ni prioricen el ocuparse de su anticoncepción.²

Tabla 6

Enfoque de la salud pública con relación al DIUPP



Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP) USAID ACCES

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JK3D.pdf. Página 16

En una revisión presentada por Cochrane Database of Systematic Reviews, Lopez realiza el análisis de 15 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) donde se comparan los resultados en la inserción inmediata post alumbramiento vs post parto temprano (dentro de las 48 hs.) o del intervalo. Observan que el beneficio de una protección anticonceptiva intrauterina altamente eficaz inmediatamente después del parto puede compensar la desventaja de un mayor riesgo de expulsión. El seguimiento clínico es importante para detectar la expulsión temprana, por lo tanto es indispensable el asesoramiento a las mujeres para que reconozcan los signos y síntomas de la expulsión.

Esto refuerza la importancia que tiene la consejería realizada durante el tercer trimestre para brindar la oportunidad de conocer los métodos anticonceptivos efectivos y el momento deseado para el inicio.¹⁸

En el año 2013, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) desempeñó un papel de liderazgo en el desarrollo [del Proyecto de Dispositivo Intrauterino Postparto de FIGO](#). El proyecto se llevó adelante en seis países (Bangladesh, India, Kenya, Nepal, Sri Lanka y Tanzania) que tienen tasas de fertilidad relativamente altas, altas tasas de mortalidad materna y una importante necesidad insatisfecha de anticoncepción. Dicho proyecto ha permitido a más de 730.000 mujeres tomar una decisión informada sobre sus necesidades de anticoncepción.¹⁹

DIU post-aborto

La colocación inmediata del DIU luego de un aborto disminuye el disconfort que suele generar su colocación y el sangrado se confunde con el generado por el post-aborto. Es de muy buena práctica que los equipos de salud ofrezcan y promuevan la colocación del DIU post-aborto inmediato.

Uso de implante en el postparto inmediato o postaborto

En Argentina, el uso del implante subdérmico ha tenido una amplia aceptación por parte de las personas que se atienden en el subsistema público de salud.

En el año 2018, el Ministerio de Salud de la Nación presentó un estudio realizado en población adolescente de 15 a 19 años y de mujeres jóvenes de 20 a 24 años, que se habían colocado el implante en el año 2015. La muestra fue de 1101 mujeres.

Se observó que al año de colocado el implante, lo mantenían colocado el 88.1% de la muestra estudiada, y al finalizar el 2º año lo continuaban utilizando el 86.9% de las adolescentes y jóvenes.

La comodidad y satisfacción en el uso se encontró en más del 90 % de la muestra. Los efectos secundarios más frecuentes que plantearon las usuarias fueron: amenorrea, aumento del sangrado y aumento de peso.

Estos resultados refuerzan la importancia de este método para el post evento obstétrico, sabiendo que no altera la lactancia.²⁰

Importancia de la anticoncepción post aborto

Luego de un aborto, especialmente si recibe una buena consejería, la mujer se encuentra motivada para utilizar un MAC. Para aquellas mujeres que tienen un acceso limitado a los sistemas de salud, la atención durante un aborto se presenta como una oportunidad única para prevenir un embarazo no intencional futuro.

En estas situaciones, es importante ofrecer y promover, por los motivos ya expuestos, los LARCs y también la anticoncepción quirúrgica.

Ligadura tubaria

Es un método altamente efectivo de anticoncepción permanente para quienes no desean tener más hijos/as y que no requiere ninguna acción posterior por parte de la persona usuaria.

Si la persona decide acceder a este método, la instancia de internación por el parto es una oportunidad que debe aprovecharse. Puede realizarse inmediatamente después del parto. No altera la cantidad ni la calidad de la leche y presenta baja frecuencia de complicaciones.⁴

Criterios de elegibilidad para los LARCs en el post evento obstétrico

De acuerdo a los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS),^{4,5,21} los LARCs pueden utilizarse en el post-evento obstétrico de acuerdo a la tabla siguiente:

Tabla 7

Criterios de elegibilidad para los LARCs en el post evento obstétrico

Lactancia exclusiva	Implante	DIU/SIU Lng	DIU Cu
Hasta las 6 semanas postparto	2		
6 semanas a 6 meses postparto (con lactancia exclusiva)	1		
6 meses postparto o más	1		
Postparto (no amamantando)			
Menor a 21 días	1		
Entre 21 y 42 días	1		
Mayor a 42 días	1		
Postparto (amamantando o no, incluido post cesárea)			
Menor a 48 horas 1		2	1
Entre 48 horas y 4 semanas 3		3	3
Mayor a 4 semanas 1		1	1
Post aborto	1	1	1
En el caso de aborto séptico, está contraindicada la colocación inmediata post evacuación (Categoría 4 de la OMS).			

Fuente: OMS criterios de elegibilidad 2015
Guía MAC Ministerio de Salud de la Nación modificada

Implementación de AIPE como política pública en Argentina

En Argentina, desde la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, se incorpora el trabajo en AIPE en el año 2015 y se toma como uno de los objetivos de gestión en los años posteriores. Se trabajó con las provincias como política de Salud Pública, también incorporada por el Plan Nacional de Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA).

Como ejemplo de la implementación de esta política pública, podemos nombrar dos trabajos:

El Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires realizó un trabajo sobre un total de 1501 mujeres que ingresaron para un parto o cesárea, donde el 50.48% refirió que no había buscado ese embarazo. Al egreso hospitalario, 10% se colocó el implante subdérmico, 14% decidió la colocación de DIU postparto inmediato y 10% se retiró de alta con ligadura tubaria. En el mismo período, el número de ingresos por aborto fue 386, de los cuales el 35% no utilizaba ningún método anticonceptivo. El 99.7% de las mujeres en situación de aborto recibió consejería en anticoncepción antes del egreso hospitalario. El 27% de ellas egresó del hospital con DIU colocado post evento obstétrico y el 15% con implante subdérmico. Esto resalta la importancia de la cobertura de estas mujeres para los siguientes 3 a 10 años, dependiendo del método elegido.²²

En un estudio realizado en el Hospital Materno Neonatal Ramón Carrillo de la Ciudad de Córdoba, Argentina, entre enero de 2015 y julio de 2016, se muestra que, de 812 mujeres que recibieron consejería durante su hospitalización, el 39% (322) decidió colocarse el DIUPP.²³

Como parte de la política pública mencionada, el 6 de noviembre del año 2019, se decidió, por Resolución N° 2922 del Ministerio de Salud de la Nación, incorporar al Programa Médico Obligatorio (PMO), al implante subdérmico, al DIU y al DIU-LNG con recomendación de usos, todos con una cobertura del 100%, tanto al insumo como a su colocación y su extracción.

Actualmente, transitando la pandemia de COVID-19, es necesario resaltar la importancia de seguir garantizando el derecho a la anticoncepción, en este caso la anticoncepción post evento obstétrico. El acceso a la atención en salud sigue siendo prioritario y no tiene que verse restringido por las medidas de aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO) implementadas para reducir los efectos de la pandemia en nuestro país.

Reflexión final

La estrategia de AIPE es fundamental para aprovechar la situación de internación o consulta de una mujer en situación de parto, cesárea o aborto para garantizar el acceso al método anticonceptivo adecuado, priorizando los de larga duración, por lo ya expuesto, y previniendo futuros embarazos no intencionales.

El desafío es la construcción de una agenda política que comprometa a todo el sistema de salud, incluyendo al ministerio nacional y a los ministerios provinciales, trabajando en conjunto con las sociedades científicas y las organizaciones no gubernamentales, para lograr de esta forma la prevención de los embarazos no intencionales y, también, la reducción de la mortalidad materna por aborto.

[1] En este artículo hablamos de mujeres, pero debemos tener en cuenta la posibilidad de que un varón trans solicite o requiera anticoncepción y/o curse un embarazo.

Bibliografía

1. La agenda para el Desarrollo Sostenible. Extraído el 9.7.2020 del presente link: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
2. USAID ACCES Servicios de Dispositivos Intrauterinos Postparto (DIUPP) A Reference Manual for Providers
3. CondeAgudelo A.; Belizán J. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. BMJ VOLUME 321, 1255 – 59; 18 NOVEMBER 2000.
4. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de salud sexual y reproductiva; AMADA. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para los profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina 2019. Extraído el 9.7.2020 del presente Link: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001777cnt-Guia%20MAC%202019%20para%20web.pdf> .

5. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/
6. Winner, B.; Peipert, JF.; Zhao, Q.; Buckel, C.; Madden, T.; Allsworth, JE.; et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012; 366:1998-2007.
7. Mahmood, SE.; Srivastava A, Shrotriya VP, Shaifali I, Mishra P.. Postpartum contraceptive use in rural Bareilly. *Indian Journal of Community Health* · 2011; 23:2, 56-57.
8. Secura GM, Allsworth JE, Madden, T.; Mullersman, JL.; Peipert, JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203:115. e1-7.
9. Bahamondes, L.; Villarroel C.; Frías Guzmán N.; Oizerovich S.; Velázquez-Ramírez N.; Monteiro I. *Human Reproduction Open*, pp. 1-10, 2018.
10. Perrotta, G.; Andoro, L.; Carpineta, M.; Ibarlucía, I.; Mertehikian, Y.; Barros, R. y col, Barreras de Accesibilidad al Dispositivo Intrauterino (DIU) en el Subsistema Público de Salud. Informe final presentado ante la Dirección de Investigación para la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2018.
11. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de salud sexual y reproductiva. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. 3 ° edición, 2018. Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-conserjeria-salud_sexual_rep.pdf
12. USAID ACCES Family Planning Needs during the Extended Postpartum Period in Uttar Pradesh, India. Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: http://reprolineplus.org/system/files/resources/accessfp_up%20india_analysis_2008.pdf.
13. Oizerovich, S.; Anticoncepción luego de un evento obstétrico en *Asociación Latinoamericana de Ginecología Endocrinológica. Guías ALEG anticoncepción 2018*. Lima, S.; Manzur, A. coordinadores; Panama. Exeltis Latam. pag. 12-13. Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: https://www.sugia.com.uy/wp-content/uploads/2019/04/Guias_ALEG_TL.pdf
14. The Comité de opinión del American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception Number 670 • August 2016, e32-37 VOL. 128, NO. 2, AUGUST 2016.
15. Levi, E.; Stuart, G.; Zerden, M.; Garrett, J.; Bryant, A. Intrauterine Device Placement During Cesarean Delivery and Continued Use 6 Months Postpartum: A Randomized Controlled Trial *Obstet Gynecol.* 2015 July; 126(1): 5-11. doi:10.1097.
16. [Pfitzer, A.](#); [Mackenzie, D.](#); [Blanchard, H.](#); [Hyjazi, Y.](#); [Kumar, S.](#); [Lisanework Kassa, S.](#); et al. A facility birth can be the time to start family planning: postpartum intrauterine device experiences from six countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;130 (Suppl 2):S54-61.
17. Mohamed SA, Kamel MA, Shaaban OM, Salem HT. Acceptability for the use of postpartum intrauterine Contraceptive Devices: Assiut Experience *Med Princ Pract Jul-Sep 2003*;12(3):170-5. doi: 10.1159/000070754.
18. Lopez, LM, Bernholc, A, Hubacher, D.; Stuart, G.; Van Vliet HAAM Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6.
19. FIGO Institutionalization of postpartum intrauterine devices. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. Editors: Makins A.; Arulkumaran S. IJGO Supplement Editor: Valerie Guinto Volume 143 Supplement 1 September 2018. Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/18793479/2018/143/S1>.

20. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de salud sexual y reproductiva. 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 Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf
21. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use - 5th ed. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/
22. Copello Liñán, F., Diego, G., Dimilito, M.V., Messina, A., Moran, S., Orrigo A.B. Estrategia AIPE en el Hospital Álvarez. Un modelo de calidad de atención en el hospital público. AMADA Vol 15 N° 1 2019 Extraído el 9.7.2020 del presente Link: <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-antteriores/volumen-15-n-1-2019/312-estrategia-aipe-en-el-hospital-alvarez-un-modelo-de-calidad-de-atencion-en-el-hospital-publico>
23. Martos, M.; Ingue, G.; Olmos, A.; Caffaratti, C.; Muñoz, L.; Caratti, M.; y col. Resultados de la inserción de DIU post evento obstétrico Hospital Materno neonatal Ramón Carrillo. Córdoba. Argentina 2015-2016 AMADA Vol 14 N° 1 2018. Extraído el 9.7.2020 del presente
Link: <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-antteriores/volumen-14-n-1-2018/233-resultados-de-la-insercion-de-diu-post-evento-obstetrico-hospital-materno-neonatal-ramon-carrillo-cordoba-argentina-2015-2016>

Novedades Congreso AMAdA noviembre 2019, parte II

AUTORES:

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



A fines de noviembre de 2019, realizamos el X congreso internacional de AMAdA. Dados los atractivos e interesantes contenidos del programa decidimos hacer una suerte de resumen de algunos temas que se tocaron en el congreso. El presente artículo es la segunda parte. En un artículo de un número pasado de la revista, <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/volumen-15-n-2-2019/345> pueden encontrarse con la primera parte. Todo parece enrarecido por la pandemia, pero aquí estamos, para recordar esos tiempos, que parecen lejanos pero no lo son tanto.

Simposio 5: PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, presidente Dra. Lía Arribas

VIH: Profilaxis preexposición en mujeres de alto riesgo

Esta charla brindada por la Dra. Luciana Spadaccini, definió a la profilaxis pre exposición (PrEP) como una intervención prometedora para prevenir la adquisición del VIH. Con beneficios tanto a nivel de salud individual y poblacional, es una valiosa herramienta para complementar los esfuerzos de salud pública para eliminar el VIH. A su vez, también sirve como puerta de entrada para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

La PrEP se refiere al uso de antirretrovirales en personas VIH negativas que tienen alto riesgo de contraer el virus. La OMS propone esta estrategia en subpoblaciones que tienen una incidencia de VIH del 3% anual, y que en general son los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres transgénero, las/os trabajadoras/es sexuales y las personas que tienen parejas VIH positivas que no tienen la carga viral indetectable.

El objetivo de la PrEP consiste en lograr altas concentraciones de antirretrovirales en mucosas (oral, genital, rectal) y sangre para prevenir la infección en caso de exposición. Constituye una medida altamente costoefectiva cuando se aplica en poblaciones con riesgo significativo de adquirir VIH. La Dra. Spadaccini junto al Dr Sued escribieron un artículo completo sobre el tema, que podrán encontrar en el número anterior de nuestra revista. <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/volumen-15-n-2-2019/343>

Salpinguectomía de la oportunidad

La Dra. Silvia Bonsergent se refirió en su charla a la cada vez más aceptada práctica de, en vez de realizar ligadura tubaria para anticoncepción, realizar salpinguectomía, aún en el contexto de otras cirugías como histerectomía. Esta práctica tiene su base en haberse demostrado precursores malignos para el cáncer de ovario de alto grado en la trompa. La realización de la salpinguectomía brindaría prevención primaria en reducción de riesgo para cáncer de ovario. Al momento no se ha

observado dicha práctica afecte la reserva ovárica de las pacientes, ni que aumente el riesgo quirúrgico en dichos casos. Por lo tanto, si bien hay controversias al respecto, cada vez más sociedades de ginecología lo recomiendan. Esto aplicaría a población general y aún más en poblaciones con mutaciones genéticas que aumenten el riesgo de cáncer de ovario.

Otros temas de este simposio fueron “Anticoncepción pericoital” abordado por el Dr. Luis Bahamondes, invitado extranjero a nuestro congreso que se refirió a este tema y **“Vacunas de HPV en el marco de la consulta por anticoncepción”**. En esa charla La Dra. Fleider, comenzó mostrando las cifras del HPV. Resaltó la importancia de, en el marco de la consulta por anticoncepción, que es una consulta donde también se realiza prevención, poder sumar la consejería sobre vacuna.

Conferencia socio cultural: DESEO DE NO MATERNAR, INTERPELANDO EL MANDATO.

Las Lic. Marianela Meneghetti y la Dra. Carolina Azcola brindaron una excelente conferencia sobre un tema que está cobrando mayor visibilización últimamente, como dice el título “deseo de no maternar, interpelando el mandato”. Comenzaron reflexionando acerca del “no maternar”, situación donde el sistema solo parece tener términos negativos para referirse a esta situación o deseo: “no soy madre”, “no tengo hijxs”. Donde el sistema capitalista de producción genera un deslizamiento de ser-tener sobre los cuerpos. Donde también se interpela el patologizar o cuestionar esa decisión de no maternar: ¿se cuestiona de igual manera la decisión de maternar?. Hacen un análisis de cómo la maternidad organiza económicamente las relaciones, vínculos y posibilidades, con una sobrecarga de tareas sobre las mujeres que maternan, que disponen de menor tiempo disponible para cuestiones formativas, laborales o recreativas. Todo lo cual ocurre en un contexto de sistemas de producciones capitalistas y patriarcales. Recorrieron históricamente el curso de maternidad y feminismo desde la década del ´60 a la actualidad. Asimismo compartieron y analizaron la visión de algunos intelectuales respecto a este tema, examinaron también artículos de la prensa local donde cuestionan el tratamiento que se hace del tema. Analizan también la aparición de movimientos sociales “Childfree”, desde la década del ´70. Terminan con algunas reflexiones para los profesionales: poder abrir los espacios de salud a preguntas, aún aquellas sin respuesta, con un eje en la autonomía de la persona. Tener en cuenta diversas configuraciones familiares (posibles y no posibles). Reflexionar sobre los mandatos y deseo en las consultas, contemplar otras maternidades posibles que intentan romper con el patriarcado.

Simposio 6: INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, presidente Dra. S. Vázquez

Situación de la interrupción legal del embarazo en Argentina

Dra. Analía Messina

En cuanto a la charla de la Dra. Analía Messina, se trató de interrupción legal del embarazo, su situación en Argentina: modelo de abordaje de la causal y su implementación efectiva en un efector público. La causal salud para interrupción legal del embarazo y definición de peligro según su exposición dice que el peligro para la salud debe ser entendido como afectación de la salud, y no debe exigirse una intensidad de peligro determinada. El peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia. Es suficiente con la potencialidad de afectación de la salud. En cuanto a cifras la doctora nos muestra como han aumentado la atención de estas situaciones en los centros de salud así como en los hospitales, pero con un mejor manejo en los centros periféricos, desde el 2014 en adelante tomando como ejemplo al hospital a Alvarez y el CESAC 34.

Informe Red Clap Musa

Dr. Rodolfo Gomez Ponce de León

Si bien la charla fue rica y extensa elijo resumirles este artículo tomado por el Dr. en su exposición, el cual pueden buscar, ya que es de descarga gratuita. "Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. Lancet Glob Health. 2019" (Uso de anticonceptivos en América Latina y Caribe con foco en uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada: prevalencia y desigualdades en 23 países). Según el mismo, México fue el único país en el que los métodos anticonceptivos de acción prolongada se usaron con mayor frecuencia que los métodos de acción corta. Las mujeres jóvenes de 15 a 17 años, las mujeres indígenas, las de quintiles de menor riqueza, las que viven en zonas rurales y las que no tienen educación mostraron un uso particularmente bajo de anticonceptivos reversibles de acción prolongada. Una posible interpretación de este hecho:

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada rara vez se usan en América Latina y el Caribe. Debido a su alta efectividad, conveniencia y facilidad de continuación, se debe ampliar la disponibilidad de anticonceptivos reversibles de acción prolongada y promover su uso, incluso entre mujeres jóvenes y nulíparas. Además de los servicios adecuados de planificación familiar, se debe proporcionar información y asesoramiento a las mujeres de manera personal. El doctor también remarca la importancia de la anticoncepción en relación al aborto, nos muestra bibliografía con cifras que reflejan que **a mayor porcentaje de mujeres utilizando métodos anticonceptivos modernos, menor es el número de abortos por mujer en ese país**, mientras que en aquellos países con mayor uso de anticoncepción tradicional el número de abortos por mujeres crece.

Estrategia en el acceso a la ILE desde las políticas públicas. Dra Gabriela Perrotta

La Dra. Gabriela Perrotta presentó diversas estrategias en el acceso a la ILE desde políticas públicas, revisó las indicaciones para ILE. Entre otros importantes tópicos, en cuanto a la causal violación recordó el fallo FAL, un fallo ejemplar, que marca que no es necesario exigir una denuncia ni la prueba de una violación, y mucho menos su determinación judicial, para avanzar en un aborto no punible por violación. Para ello es suficiente una declaración jurada de la niña, adolescente o mujer. En cualquier caso, si la mujer no dijera la verdad, podría incurrir en un ilícito, pero ello es un tema que no le compete al sistema de salud.

Otros importantes simposios, con disertantes de lujo fueron: "Anticoncepción en la perimenopausia en la práctica clínica" Presidente: Dra. Susana Moggia, tocándose el tema "De la anticoncepción hormonal a la terapia hormonal de la menopausia" Dra. Silvia Ciarmatori, "Seguridad cardiovascular en las usuarias de los diferentes anticonceptivos hormonales combinados" tema abordado por uno de nuestro invitados extranjeros, el Dr. David Escobar, y "Sexualidad y anticoncepción en la perimenopausia", a cargo de la Dra. Doris Rodríguez Vidal.

Contamos también con un simposio de "Diversidad. Paradigma de la consulta ginecológica actual", presidente Dra. Analía Tablado, abordándose los temas "Salud Sexual y Salud Reproductiva en transgénero: tratamiento, seguimiento y anticoncepción en varones trans. Marco legal", presentado por la Dra. Cecilia Calvar, "Barreras al acceso en población LGBTIQ ¿Qué y cómo preguntamos?", por la Dra. Sandra Magirena y "Cuidados en las distintas prácticas sexuales" por la Dra. Marisa Labovsky.

El congreso fue un éxito y pronto nos estaremos preparando para el próximo, a realizarse en el 2021. Los invitamos a seguirnos en las redes y a asociarse, para poder participar de las diferentes actividades que llevamos a cabo a lo largo y ancho de país.

Efecto del desogestrel 75 ug en frecuencia e intensidad de cefaleas en mujeres con migraña: estudio controlado prospectivo.

Dra. Mariela Orti
Médica ginecóloga, sección ginecología infanto-juvenil
y planificación familiar del Hospital Italiano de Bs. As.
Fellow IFEPAG
mariela.orti@hospitalitaliano.org.ar



Autores: Gabriele S. Merki-Feld, Bruno Imthurn, Andreas R. Gantenbein & Peter Sandor (2019): Effect of desogestrel 75 µg on headache frequency and intensity in women with migraine: a prospective controlled trial, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, DOI: 10.1080/13625187.2019.1605504

Resumen

Objetivo: en contraste con la anticoncepción hormonal combinada, la anticoncepción con progestágeno solo no está asociada con un aumento del tromboembolismo venoso o accidente cerebrovascular. Las mujeres con migraña tienen un mayor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. Varios estudios han informado una reducción en la frecuencia e intensidad de la migraña con desogestrel 75 mg, una píldora de progestágeno solo. En la actualidad, la calidad de los datos es limitada por el diseño retrospectivo de los estudios, la falta de grupos de control y los tamaños de muestrales pequeños. Presentamos el primer ensayo controlado prospectivo no aleatorizado.

Métodos: Un total de 150 mujeres con migraña que visitan nuestra clínica para recibir asesoramiento anticonceptivo fueron tamizadas. El grupo de intervención estaba compuesto por mujeres que optaron por la anticoncepción con desogestrel (n 98); el grupo control estaba formado por mujeres que continuaron con su anticonceptivo habitual (n 36). Las participantes completaron registros diarios durante 90 días antes de la intervención y 180 días después la intervención

Resultados: en el grupo de intervención, encontramos mejoras en la frecuencia de la migraña ($p < .001$), intensidad de la migraña ($p < .001$) y el número de triptanos utilizados ($p < .001$). Estas mejorías ya resultaron significativas después de 90 días de uso de desogestrel ($p < .001$). Los puntajes de discapacidad también disminuyeron significativamente. No se observaron mejorías en el grupo sin intervención.

Conclusión: Estos datos demuestran por primera vez en un entorno prospectivo controlado que el uso diario del progestágeno desogestrel se asocia con una disminución en la frecuencia de migraña, su intensidad y el uso de analgésicos en mujeres con migraña, con y sin aura, que habían experimentando previamente al menos tres días de migraña por mes.

Introducción

La migraña es una condición muy común que afecta aproximadamente a un 18% de las mujeres y representa la tercera en prevalencia y séptima causa de invalidez en la Encuesta Global de Carga

por Enfermedad 2015 (Global Burden of Disease Survey 2015). En las mujeres, la migraña tiene su pico de prevalencia en la edad reproductiva. Tanto la migraña con aura, como la sin aura, están asociadas a un riesgo elevado de accidente isquémico, que a su vez aumenta con el uso de anticonceptivos orales combinados (ACO). En un reciente consenso entre expertos de la Federación Europea de Cefaleas (European Headache Federation) y la Sociedad Europea de Contracepción y Salud Reproductiva (European Society of Contraception and Reproductive Health Care), se estableció a los anticonceptivos sólo de progesterona como un producto hormonal sin riesgo y adecuado para las mujeres con migrañas.

La migraña relacionada al ciclo menstrual, en su mayoría sin aura, es gatillada por el descenso estrogénico y la potencial liberación anormal de prostaglandinas asociada al bajo nivel de estrógeno al final del ciclo. En comparación con la migraña no asociada al ciclo menstrual, la migraña menstrual tiene un mayor tiempo de duración, suele ser más severa, más incapacitante y con menor respuesta a tratamientos agudos. Esta baja respuesta a los tratamientos agudos de la migraña menstrual hace a su gran carga e impacto negativo en la calidad de vida.

Desogestrel 75 ug es una píldora anticonceptiva de gestágeno solo, diseñada para su uso continuo. Produce la inhibición de la ovulación y disminuye las fluctuaciones en los niveles de estrógenos. Mientras que el uso de ACO puede gatillar e iniciar cefaleas o empeorar las migrañas en mujeres con predisposición, tres estudios retrospectivos encontraron un impacto positivo de la píldora solo de gestágeno en la frecuencia de las migrañas sin aura y en la intensidad del dolor, resultando en una mejoría de la calidad de vida. Hay un solo estudio pequeño prospectivo que también reportó un impacto positivo del desogestrel en la migraña con aura. Hay poca y limitada evidencia del efecto positivo del desogestrel en la migraña.

La falta de estudios de alta calidad se debe a múltiples factores. Los estudios controlados con placebo, por razones éticas, no pueden realizarse en una mujer que requiere anticoncepción. A su vez, muchas mujeres con migraña reciben medicación que no puede utilizarse durante el embarazo, estas mujeres por lo tanto no pueden ser incluidas en un grupo placebo en un estudio aleatorizado y ciego. Lo que sucede también, es que la migraña con aura es una contraindicación absoluta para los ACO, por lo cual la randomización entre ACO y desogestrel en este grupo no es factible tampoco.

El presente trabajo es un estudio prospectivo, no randomizado, controlado, diseñado para obtener un mayor conocimiento del efecto de desogestrel sobre la migraña. Se compara la evolución de la migraña entre mujeres que optan por desogestrel para anticoncepción versus mujeres que no reciben ninguna intervención. El resultado final principal fue comparar la frecuencia de aparición de migrañas y el uso de triptanos luego de 90 y de 180 días. La intensidad de la migraña fue evaluada utilizando una escala de dolor, midiendo el consumo de medicación para el dolor y la calidad de vida.

Métodos

El estudio se llevó a cabo entre 2014 y 2016 en la clínica de planificación familiar del Departamento de Endocrinología Reproductiva del Hospital Universitario de Zurich. Dentro de los criterios de inclusión tenemos: al menos tres episodios de migraña al mes, con o sin aura; sin uso de hormonas o con un uso de la misma hormona en los últimos 6 meses y deseo de anticoncepción. Criterios de exclusión: condición no compatible con el uso de hormonas, utilización de una terapia preventiva nueva en los seis meses previos al ingreso al estudio. Todas las participantes realizaron un diario de cefaleas de 90 días (fase 0, F0) y recibieron información sobre los posibles efectos adversos del desogestrel, sobretudo los cambios en el patrón de

sangrado. Las mujeres que no optaron por el desogestrel conformaron el grupo control, mientras que las que sí optaron por el mismo conformaron el grupo de intervención. El periodo de observación fue de 180 días, dividido en dos: días 1 a 90 (F1) y días 90 a 180 (F2). El total de días de observación de F1 a F2 fue de 270 días. Las participantes con falta de adherencia al desogestrel o diarios de registros incompletos fueron excluidas del análisis. Los diarios de cefaleas recolectaron información sobre el número de episodios de migraña o cefalea por día, el uso de triptanos u otra medicación para el dolor, el uso de hormonas y cualquier tipo de sangrado o spotting. La severidad del dolor se midió con una escala del 0 a 4. La discapacidad fue evaluada utilizando un test de migrañas (MIDAS, migraine disability assessment test)

Resultados

Un total de 150 mujeres con migraña y necesidad de anticoncepción fueron evaluadas y asesoradas para el ingreso al estudio. Dieciséis no cumplieron los criterios de inclusión o no aceptaron participar. Los periodos F0 y F1 fueron completados por 72 mujeres en el grupo de intervención y 36 mujeres en el grupo control. El período F2 fue completado por 56 mujeres en el grupo de intervención y 20 del grupo control. No hubo diferencias demográficas entre los dos grupos, pero sí hubo diferencias en las características de las migrañas de base. El grupo de control presentó menos días de migrañas con escalas de dolor más bajas y menor uso de medicación para el dolor en comparación con el grupo de intervención.

Luego de los 90 días y los 180 días de seguimiento, las mujeres que utilizaron desogestrel mostraron una reducción significativa en los días de frecuencia de migraña, en la intensidad del dolor, en la cantidad de días que requirieron medicación para el dolor y el uso de triptanos. La cantidad de días y la intensidad del dolor disminuyó significativamente de F1 a F2 en el grupo de intervención. Por lo contrario, no hubo cambios en las distintas variables en el grupo control, excepto que la intensidad de dolor aumento de F1 a F2. **Comparando ambos grupos, la mayor diferencia encontrada fue la disminución en la cantidad de días de dolor, en días con requerimiento de medicación y la cantidad de triptanos utilizados en grupo de intervención luego de 90 días.** El resto de las variables también mostraron una tendencia hacia la mejoría el grupo de intervención, aunque esta fue no significativa. Separando por grupos a las mujeres con aura de las sin aura, en ambos grupos se vio una reducción significativa de los días con migrañas, de la intensidad de las mismas, de la cantidad de días con requerimiento de medicación y de la cantidad de triptanos consumidos.

Todos los parámetros utilizados para la evaluación en la herramienta de medición, test de migrañas (MIDAS, migraine disability assessment test) mejoraron en el grupo de intervención, mientras que en el grupo de control no mostraron cambios.

Discusión

Si bien los estudios muestran y concluyen que el desogestrel se asocia a una disminución en la intensidad de las migrañas y el uso de analgesia, aún se necesitan de estudios prospectivos, controlados, con placebo. Una de las fortalezas de este estudio es el de ser prospectivo, contar un grupo de control y el seguimiento por más de 90 días. A su vez, todas las mujeres con migraña, tanto con aura como sin aura podían participar del estudio. Se observó que las mujeres con migrañas más intensas y frecuentes estaban más predispuestas a cambiar su método anticonceptivo y aceptar los posibles cambios en el patrón de sangrado asociados al uso de desogestrel. La mejoría en el grupo de intervención fue altamente significativa en comparación con el grupo control, en donde no se observaron cambios. El desogestrel debe ser considerado

en lugar del ACO en mujeres con migrañas frecuentes. Su uso y adherencia se ve generalmente asociado a los cambios en el patrón de sangrado y la aceptación de los mismos

Aún queda mucho por aprender en cuanto a la fisiopatología del efecto de los gestágenos en las migrañas relacionadas a los cambios hormonales como en aquellas no relacionadas. Aunque se cree que el efecto del desogestrel se debe a la disminución de las fluctuaciones en los niveles de estrógenos, inhibiendo el pico ovulatorio, aún no se terminan de explicar todos los mecanismos implicados en los efectos positivos sobre las migrañas.

Conclusión

Se demuestra en este primer estudio prospectivo controlado, que el uso de desogestrel 75 ug está asociado a la disminución en los días de migrañas, intensidad de dolor, y uso de triptanos. Este beneficio se observó no solo en las migrañas relacionadas al ciclo menstrual, sino también en aquellas sin relación, abarcando también a las migrañas con aura como sin aura.

Comentarios

La Organización Mundial de la Salud, clasifica a los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) como categoría 2 (una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados) de inicio en pacientes menores de 35 años y migrañas sin aura, y categoría 3 (una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método) de continuación en mismo grupo etario. Mientras que en mayores de 35 años se corresponde con una categoría 3 de inicio y 4 de continuación, en la migraña sin aura. Dentro de grupo de pacientes de migraña con aura, sin importar la edad, esta es una categoría 4 (una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo) tanto de inicio como de continuación, dado el aumento de riesgo vascular isquémico. Sin embargo, para los métodos anticonceptivos de gestágenos solo, incluidos en este grupo el desogestrel, para las mujeres con migraña sin aura son de categoría 1 (una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo) para el inicio y categoría 2 para la continuación. Para las mujeres con migraña con aura son categoría 2 de inicio y categoría 3 de continuación. **Dicho esto entonces, vemos como es muy posible de utilizar desogestrel en casi todas las mujeres con migrañas, tanto con como sin aura.** Muchas veces la falta de información adecuada lleva a que todos los anticonceptivos, sean "metidos en la misma bolsa" y se quita al desogestrel a la hora del asesoramiento a una paciente con migraña que busca un MAC. Es primordial remarcar la posibilidad del uso del mismo.

El trabajo presente demuestra a su vez, no solo la seguridad de su uso sino un beneficio en el impacto del dolor y la calidad de vida en las mujeres con migraña. Si bien el trabajo es prospectivo y marca una fuerte mejoría estadística, dado que compara con un grupo control, no es randomizado ni ciego contra placebo. Aún hace falta continuar investigando el tema, si bien podemos decir que el beneficio es demostrado en la mayoría de los estudios presentados a la fecha. Por lo tanto es una opción muy válida el ofrecer desogestrel en este grupo de mujeres, acompañado siempre de una consejería completa, sobretodo recalcando los posibles cambios en el patrón de sangrado, para así aumentar la adherencia y satisfacción con el método.