

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 17, N°1 (2021)

Editorial

Dra. Silvina Pradier
Presidente de AMAdA



Estimados colegas y amigos:

Le damos la bienvenida a este primer número de la revista AMAdA de 2021 con nutridos y variados temas que seguramente serán de interés para ustedes.

En esta oportunidad las Dras Ciarmatori, Velasco y col. analizan las variaciones en el perfil de personas que solicitan la anticoncepción quirúrgica desde la implementación de la ley en Argentina.

Las licenciadas Aironi, Bustamante y col. investigan acerca de la elección de los métodos anticonceptivos entre las asistentes al Hospital Subzonal Materno Infantil Ana Goitía de Avellaneda. Es llamativa la baja proporción de mujeres que concurren a una segunda consulta por anticoncepción recalando la importancia de la urgencia en brindar un método anticonceptivo y protección para infecciones de transmisión sexual en esa primera consulta, de máxima relevancia en épocas de pandemia.

En este número, junto a la Dra Faranna les acercamos la evidencia científica para la extensión del uso de métodos anticonceptivos de larga acción durante la pandemia de covid 19 que no sólo implicaría una reducción de costos para la usuaria y el sistema de salud sino también una reducción en el riesgo de transmisión de covid 19.

La Dra Ansele y la Dra Lovisolo nos presentan un estudio multicéntrico del grupo de Turok, Genok y col. en donde demuestran la no inferioridad del uso del DIU-LNG con respecto al DIU de cobre como anticoncepción de emergencia.

Van a tener la oportunidad de leer sobre el rol de los estrógenos en la infección por covid 19. El Dr Iñaki Lete propone estrategias según diferentes escenarios: pacientes internadas por covid moderado o grave; covid leve o asintomático y sin covid, según relata en este artículo la Dra Moltoni.

Para aquellos que no tuvieron la oportunidad de participar del seminario virtual de la Sociedad Europea de Contracepción y Salud Reproductiva del mes de mayo de 2021, la Dra Labovsky nos resume las novedades salientes, ¡imperdible!

Por este medio los invito al XI Congreso Internacional AMAdA 2021: "Desafíos y oportunidades en épocas de pandemia" de modalidad virtual que contará con destacados invitados extranjeros y nacionales y se desarrollará durante los días 19 y 20 de octubre del corriente año. Les adelanto que estamos preparando actividades de capacitación virtual para ofrecerles durante el congreso, un espacio para profundizar los conocimientos en forma dinámica y atractiva en distintos temas de salud sexual y salud reproductiva. También contaremos con un espacio dedicado al cuidado de nuestra salud que nos brindará distintas herramientas para el cuidado físico y psíquico tan necesario en épocas de pandemia en las que las dificultades, temores y exigencias están tan exacerbadas. Estamos muy entusiasmados con este próximo congreso lleno de novedades y diferentes atracciones. ¡Esperamos contar con su valiosa presencia!

¡Nos vemos en el próximo número! Cuídense mucho. ¡Hasta pronto!

Evolución del perfil del paciente que solicita un método anticonceptivo quirúrgico.

AUTORES:

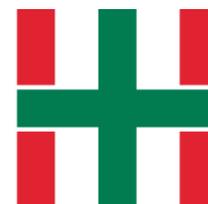
Ciarmatori S¹, Velazco A¹, Jacod N¹, De Cos J¹, Bozza L¹, Orti M¹, Renterira L²,
Rey Valzacchi G².

Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

andrea.velazco@hospitalitaliano.org.ar

¹ Planificación Familiar, Servicio de Ginecología Hospital Italiano de Buenos Aires.,

² Servicio de Urología Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.



**HOSPITAL
ITALIANO**
de BUENOS AIRES

RESUMEN

Objetivo: analizar si el perfil del paciente que solicita un método anticonceptivo quirúrgico [ligadura tubaria no obstétrica o del intervalo (LTi) y vasectomía (Vx)] se ha modificado en cuanto a edad y paridad, desde la aprobación de la ley de anticoncepción quirúrgica voluntaria a la actualidad, en un hospital privado que atiende mayoritariamente población de clase media/media alta.

Material y Métodos: Estudio comparativo de corte transversal. Se incluyeron las LTi desde 2007 y Vx desde 2009 a 2019, realizadas en los servicios de Ginecología y Urología del Hospital Italiano de Bs. As. Se analizaron edad y paridad según el momento en el que el método anticonceptivo fue solicitado y se compararon 2 periodos [Periodo 1= P1: 2006-2014 para LTi, y 2009-2014 para Vx; Periodo 2= P2: 2015-2019, para ambos métodos]. Para el análisis se usó test de Chi², test de Student o Mann Whitney según la variable a analizar.

Resultados: Se realizaron en total 176 LTi (96 en P1 y 83 en P2), y 297 Vx (69 en P1 y 228 en P2). La media de edad de las mujeres intervenidas fue 37,4 ±4,1 años en P1 y 38,7±5,2 en P2 (p=0,115). En P1, la paridad media fue 2,7±1,1 hijos vs 2.3±1 en P2 (p=0,023). La proporción de nuligestas aumentó significativamente en P2 respecto a P1 (14.45% vs 3.12%, p=0.016). En relación a las Vx, no hubo diferencias en la media de edad en P1 y P2 (43,1±8,5 años vs 43±7,5; p=0,903). Al igual que con las LTi, una mayor proporción de hombres sin hijos solicitó Vx en P2 (10.4% P2 vs 7,2% P1) pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,5). La media de edad de los hombres sin hijos fue significativamente menor que la de los hombres con hijos (31 vs 45 años; p=<0.05)

Conclusiones: En los últimos años no se ha visto una reducción de la edad en la solicitud de métodos anticonceptivos quirúrgicos (LTi y Vx), en relación a los primeros años post aprobación de la ley. Sí se observó una menor paridad previa de las mujeres que realizaron LTi y un aumento significativo de mujeres sin hijos en el último periodo. También hubo en los últimos 4 años una mayor proporción de varones sin hijos que solicitaron Vx y a menor edad, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, probablemente por el número de pacientes incluidos. Sería interesante realizar estudios cualitativos que expliquen los motivos de esta observación.

Palabras claves: ligadura tubaria, vasectomía, anticoncepción quirúrgica

ABSTRACT

Objective: To analyze if the profile of patients requesting a surgical contraceptive method (interval non-obstetric tubal ligation -iTL- and vasectomy- Vx) has changed over time, from law´s approval to the present, in terms of age and parity, in a private hospital which mainly cares for middle/upper middle class population **Methods:** Comparative cross-sectional study. All LTi from 2007 and Vx from 2009 to 2019, performed at the Gynecology and Urology departments in the Hospital Italiano de Bs.As were included. Age and parity were analyzed according the moment when the contraceptive method was requested and 2 periods were compared [period 1=P1: 2006-2014, for LTi and 2009-2014 for Vx; period 2=P2: 2015-2019, for both methods]. For the analysis, chi2, Student or Mann Whitney tests were used according to the variable to be analyzed.

Results: 176 LTi (96 in P1 and 83 in P2) and 297 Vx (69 in P1 and 228 in P2) were performed. The mean age of women who underwent surgery was 37.4 ± 4.1 years in P1 and 38.7 ± 5.2 years in P2 ($p=0,115$). In P1, the mean parity was 2.7 ± 1.1 children vs 2.3 ± 1 in P2 ($p=0.023$). The proportion of nulligests increased significantly in P2 comparing to P1 (14.45% vs 3.12%, $p=0.016$). Regarding to Vx, there were no differences in mean age between P1 and P2 (43.1 ± 8.5 years vs 43 ± 7.5 years; $P 0.903$). Similar to the LTi, a higher proportion of men without children requested Vx in P2 (10.4% P2 vs 7.2% P1) but the difference was not statistically significant ($p=0.5$). Mean age of men without children was significantly lower than that of men with children (31 vs 45 years old, $p < 0.05$)

Conclusion: A reduction in the age of the surgical contraceptive method application (LTi and Vx), comparing to the first years post law´s approval was not observed in recent years. A lower previous parity and a significant increase of women without children among women who performed LTi were observed in the last period. A higher proportion of men without children who applied for Vx and at a younger age was found in the last 4 years; although the difference was not statistically significant, probably by the size of the sample. Qualitative studies to explain the reasons for this observation should be conducted.

Key words: tubal sterilization, vasectomy, permanent contraception

INTRODUCCIÓN

En 2006 se aprobó en Argentina la Ley Nacional N° 26.130 de anticoncepción quirúrgica voluntaria como parte del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. La misma establece el acceso *libre y gratuito* a los métodos anticonceptivos quirúrgicos: ligadura de las trompas de Falopio ligadura tubaria (LT) y ligadura de los conductos deferentes o vasectomía (Vx). La norma prevé que estos procedimientos deben realizarse de manera gratuita en hospitales y clínicas del país, sean estos públicos o privados. Así mismo, pone como única condición la solicitud del interesado capaz y mayor de edad (18 años según Código Civil de la República Argentina). La ligadura tubaria es un método anticonceptivo quirúrgico que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con distintas técnicas (puntos, bipolar, monopolar, clips, salpingectomía parcial o total) con el objetivo de impedir el encuentro de las gametas. En los varones, la ligadura de los conductos deferentes es un método quirúrgico de oclusión de dichos conductos para evitar el paso de los espermatozoides. Ambos métodos tienen como objetivo evitar el embarazo de forma permanente.

En EEUU, la anticoncepción quirúrgica permanente femenina es el método más usado en las mujeres mayores de 35 años[1]. Existen dos momentos para la realización de las ligaduras tubarias. La ligadura tubaria durante la cesárea es la forma más utilizada; la que se realiza fuera del período del postparto o en mujeres que nunca han tenido hijos, se conoce como ligadura

tubaria del intervalo (LTi). Dos son los efectos indeseables a largo plazo de los métodos anticonceptivos permanentes: uno, es la falla del método y el otro, el arrepentimiento. La falla reportada es 3 a 4 por cada 1000 procedimientos, dependiendo en gran medida de la técnica quirúrgica utilizada (0.3% durante el primer año de uso).^[2] La tasa de arrepentimiento ronda el 30%.^[3] La edad es uno de los factores asociados a la posibilidad de arrepentimiento: a menor edad de la paciente al momento de la ligadura, mayor probabilidad de arrepentimiento. Está descrito que las mujeres a las que se les realizó la ligadura en la década de los '20 tienen entre tres y cuatro veces más chance de arrepentirse que las que la realizaron después de los 30 años.^[4] Por otro lado, eventos imprevisibles de la vida, como el cambio de pareja o la muerte de un hijo, se cuentan entre los motivos más frecuentes para la solicitud de la cirugía de reversión de la ligadura tubaria.^[5] Esta cirugía, llamada cirugía de reversibilidad o de reopermeabilización tubaria, consiste en la reconstrucción del conducto ligado. La tasa de éxito reportada es muy variable, ya que los resultados dependen de múltiples factores tales como la técnica utilizada en la ligadura, la experiencia del cirujano que realiza la reconstrucción, la edad de la mujer al momento de la reversión y el tiempo transcurrido desde la oclusión hasta la reversión.² Por otro lado, la heterogeneidad de los estudios en cuanto a criterios de inclusión de las pacientes, los resultados a evaluar (permeabilidad tubaria versus tasa de embarazo) y el bajo tamaño muestral de la mayoría de los estudios dificulta la posibilidad de ofrecer un pronóstico concreto en cuanto a las chances de conseguir un resultado exitoso con la cirugía de reversión. Así y todo, la tasa de reopermeabilización efectiva que se reporta, ronda el 50% en las manos más experimentadas.² Hoy en día, muchos profesionales prefieren ofrecer técnicas de reproducción asistida de alta complejidad a quienes desean un hijo luego de un procedimiento de anticoncepción quirúrgica voluntaria, especialmente en mujeres mayores de 35 años.

Se ha descrito que las mujeres que solicitan la ligadura tubaria tienen mayoritariamente dos o más hijos, están casadas, (o estuvieron casadas), pertenecen a clase social media o baja, o presentan contraindicación absoluta para el embarazo por algún antecedente patológico.^[6] En el caso de los varones, el pedido de vasectomía se ha asociado al antecedente de dos o más hijos, estar casado, edad mayor a 35 años o a la imposibilidad de que la pareja mujer adopte otro método anticonceptivo.^{[7]:[8]} Independientemente del motivo por el cual se elija un método permanente para anticoncepción, claramente el número de hijos del solicitante y la edad del mismo son factores importantes para valorar la probabilidad de arrepentimiento.

Cuando los individuos que solicitan un método quirúrgico, sea ligadura tubaria o vasectomía, presentan uno o más de los antecedentes señalados, en general pueden acceder a la intervención sin demasiados obstáculos del sistema de salud. Sin embargo, cuando la edad del solicitante es menor de 30 años, y más aún, si no tiene hijos y/o no presenta un problema de salud que justifique la anticoncepción permanente, se han reportado barreras para acceder al procedimiento.^[9] Estas barreras son fundamentalmente originadas en el profesional que actúa con un bien intencionado paternalismo, tratando de prevenir un futuro arrepentimiento.

Es por esto que estudiar el perfil de los pacientes que solicitan como anticoncepción métodos quirúrgicos permanentes, permite prepararse para un mejor asesoramiento. Este conocimiento brindará más herramientas para que el equipo médico pueda acompañar a las/los pacientes durante la toma de decisión, disminuyendo el riesgo de arrepentimiento futuro. Asimismo, es interesante analizar si los cambios sociales y legales que están ocurriendo, tales como la reafirmación de la norma que lo autoriza, la mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos de larga duración y el acceso a un aborto seguro, podrían afectar este perfil a lo largo del tiempo.

En este contexto, el objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar si el perfil del paciente que solicita un método anticonceptivo quirúrgico (LTi y Vx) se ha modificado en cuanto a edad y paridad

previa, durante el tiempo que transcurrió desde la aprobación de la ley (año 2006) a la actualidad, en un hospital privado que atiende mayoritariamente población de clase media/media alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo de corte transversal en el que se incluyeron todas las LTI realizadas desde 2007 y todas las Vx realizadas desde 2009 a la fecha, en los servicios de Ginecología y Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se define como LTI a aquella intervención que se realiza fuera del período del post parto o en aquellas mujeres que nunca han estado embarazadas. Se analizaron edad y paridad al momento de la solicitud del método anticonceptivo quirúrgico y se compararon dos períodos: al primer período lo llamamos período 1 (P1) y comprendió los procedimientos realizados entre el 2006 a 2014 para las LTI, y de 2009 a 2014, para las Vx. Al segundo período lo llamamos período 2 (P2) y comprendió todos los procedimientos (LTI y Vx) realizados desde 2015 a 2019.

Para el análisis estadístico se utilizó test de χ^2 , test de Student o Mann Whitney según la variable a analizar.

RESULTADOS:

En el período analizado se realizaron 176 LTI (96 en el P1 y 83 en el P2) y 297 Vx (69 en el P1 y 228 en el P2).

No se encontraron diferencias significativas entre el primero y segundo periodo en la media de edad de las mujeres que recibieron LTI (Cuadro 1) ni en la de los varones que fueron vasectomizados (Cuadro 2)). En el P1, la paridad media fue significativamente mayor que en el P2 ($2,7 \pm 1,1$ hijos vs $2,3 \pm 1$) ($p=0,023$).

Por otro lado, se observó un aumento significativo en el P2 respecto al P1 en la proporción de mujeres sin paridad previa que solicitó LTI (14.45% vs 3.12%, $p=0.016$). Al igual que lo observado con las LTI, también hubo una mayor proporción de hombres sin hijos que solicitó Vx en el segundo periodo respecto del primero (10.4% en el P2 vs 7,2% en el P1), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,5$) (Cuadro3). No se observaron diferencias entre edad media de las mujeres sin hijos que realizaron LTI vs la de las mujeres con hijos. Sin embargo, sí se encontró diferencia en la edad media de los hombres sin hijos vs la de los hombres con hijos, al momento de realizar la Vx: la edad media de los hombres sin hijos fue significativamente menor que la de los hombres con hijos (Cuadro 4).

DISCUSIÓN:

Los métodos anticonceptivos permanentes, -especialmente la ligadura tubaria-, son los métodos más utilizados en el mundo; sin embargo, la prevalencia de su uso es muy dispar según la región considerada.^[10] Deberían ser métodos muy atractivos para poblaciones pobres donde la tasa de embarazo no planificado y la consecuente natalidad son muy elevadas. Lamentablemente no es lo que sucede en la actualidad en muchos países. Para que los pacientes puedan acceder a estos métodos es necesaria la concientización de la importancia de los mismos por parte de los actores del sistema de salud. En muchos países, los métodos permanentes no sólo suelen ser de difícil acceso para los potenciales usuarios, sino que incluso, son los mismos profesionales los que levantan barreras para su implementación. Con frecuencia, se les niega a los pacientes a optar por

estos métodos con distintos argumentos paternalistas, como la edad temprana y la nuliparidad, sin respetar la autonomía de los pacientes en cuanto a la elección del método anticonceptivo.

En Latinoamérica en general, la historia de legalización de la anticoncepción quirúrgica data de hace pocos años. Así como la Argentina la legalizó en 2006, Brasil lo hizo en 1997.^[11] A diferencia de lo que esperábamos durante los primeros años posteriores a la legalización (un aluvión de solicitudes tanto de ligaduras tubarias como de Vx), tuvimos muy pocos pedidos de métodos anticonceptivos quirúrgicos. Como publicamos previamente en un estudio que incluía todos los procedimientos realizados en el hospital desde el año 2006 al 2014, el número de LTi y de Vx se incrementó muy lentamente, a diferencia de las ligaduras tubarias obstétricas, que mostró un aumento más sostenido.^[12] Sin embargo, a partir del año 2015 el número de LTi y de Vx aumentó de manera uniforme. Por ese motivo, no dividimos el tiempo de estudio evaluado en dos periodos exactamente iguales, sino que consideramos un periodo 1 del año 2006 al 2014, para las LTi y del 2009 al 2014 para las Vx; y un periodo 2, del año 2015 al 2019, para ambos métodos. De esta manera, podríamos tener en cada periodo un número de procedimientos que nos permitiera una mejor comparación. De hecho, en el caso de las Vx, se analizó recién a partir del año 2009, dado que desde el 2006 al 2008 se habían realizado solo dos vasectomías.

En algunos países la edad y la paridad son limitantes para el acceso a estos procedimientos de manera legal. En nuestro país la legalización de los procedimientos quirúrgicos anticonceptivos fue amplia, requiriendo solo la mayoría de edad del solicitante y la capacidad para decidir, después de un adecuado asesoramiento. Aún cumpliendo con estos requerimientos, muchas mujeres refieren que en la práctica existen varios obstáculos para concretar la ligadura tubaria, principalmente cuando se trata de mujeres nulíparas y menores de 30 años, al igual que lo descrito en otras partes del mundo.^[13]

Es interesante analizar cómo puede influir el nivel socioeconómico y educativo sobre la edad y la paridad al momento de la solicitud de los métodos quirúrgicos, en especial de la ligadura tubaria. En primer lugar, entre las mujeres de mayor nivel educativo suele observarse un menor uso de la ligadura tubaria como método anticonceptivo.^[14] Así mismo, se ha descrito que en las mujeres de mayor nivel socioeconómico y educativo, la edad al primer embarazo ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas por razones relacionadas con completar estudios, alcanzar las metas profesionales, lograr un desarrollo personal, y tener mayor acceso a métodos anticonceptivos de alta eficacia.^[15] Así, en la mayoría de los países europeos, la media de edad está por encima de los 29 años comparada con una media de 18 años en países africanos.^[16] En concordancia con esta realidad es posible ver cómo nivel socioeconómico y educativo determina dos escenarios muy distintos en relación a la edad y la paridad de las mujeres que optan por la ligadura tubaria. En poblaciones de bajos recursos, muchas mujeres solicitan la ligadura tubaria antes de los 30 años, con una media de 3 o más hijos. En cambio, las mujeres con mayores recursos, y de mayor nivel educativo, suelen solicitar la ligadura tubaria hacia el final de su vida reproductiva, y la media de hijos previos suele ser de 2.^[17] Dado que en el hospital donde hemos llevado a cabo el estudio se atiende mayoritariamente a mujeres de nivel socioeconómico medio/alto, con nivel secundario completo,^[18] la media de edad de las mujeres intervenidas en los primeros años post aprobación la ley fue $37,4 \pm 4,1$ años (2006 a 2014) y de $38,7 \pm 5,2$ en los últimos años (2015 a 2019), y no se encontraron diferencias entre ambos periodos. En cambio, la paridad media fue $2,7 \pm 1,1$ hijos en los primeros años y descendió de manera significativa a $2,3 \pm 1$ hijos, en el segundo periodo (Cuadro1). Estos datos coinciden con lo publicado en estudios sobre grandes estudios poblacionales.^{[19], [20]}

En los hombres, la situación en cuanto a la participación en las decisiones reproductivas y anticonceptivas es un poco diferente. Si bien ya han pasado poco más de veinticinco años desde

que se colocó en la agenda internacional el acceso universal a la atención de la salud reproductiva, que incluye a los hombres en las políticas y los servicios, poco se ha avanzado en la oferta de nuevas y variadas opciones anticonceptivas masculinas. Desde esa famosa Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 en El Cairo, los investigadores y los médicos han ignorado en gran medida el papel de los hombres en la ecuación reproductiva, lo cual ha contribuido en parte a que la responsabilidad de la contracepción sea soportada de manera desproporcionada por las mujeres.^[21] Una de las razones de esta carga desigual es que las opciones anticonceptivas para los hombres son limitadas. Así, mientras que hay más de una docena de métodos anticonceptivos centrados en la mujer, hay solo tres métodos centrados en el hombre: el coito interrumpido, el preservativo masculino y la Vx.

La Vx es una de las pocas opciones que tienen los hombres para controlar su capacidad reproductiva con alta eficacia y asumir un papel más equitativo en la prevención del embarazo. Se trata de un método anticonceptivo permanente seguro, rentable y con una eficacia del 99,9% para prevenir el embarazo.^{[22],[23]} Como tal, resulta una opción atractiva para los hombres y sus parejas femeninas que no desean tener hijos o han alcanzado el tamaño ideal de su familia. A pesar de sus ventajas, la Vx continúa siendo un método subutilizado en el mundo entero.^[24] En los Estados Unidos, según la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar,^[25] solo el 6% de todos los hombres utilizan la vasectomía como método para la prevención del embarazo comparado con el 21,8% de las mujeres que utilizan la ligadura tubaria, a pesar de ser esta última, un método más invasivo, más riesgoso, más caro y menos eficaz para prevenir el embarazo que la vasectomía.^{[26],[27]} En nuestro país no existen datos sobre su utilización, pero en general, se sabe que es un método poco difundido, aunque pareciera ir aumentando su solicitud en los últimos años. En nuestro estudio, su prevalencia aumentó más de 3 veces en el último periodo (2015 a 2019 se realizaron 228 Vx) respecto al primer periodo (2009 a 2014; 69 Vx) (Cuadro 2). Esta tendencia difiere de las publicadas en otros países, que refieren una reducción en el número de vasectomías realizadas, en el mismo periodo comparado con las realizadas en los '90 y los 2000.²⁵ La baja adopción de este método, aún en sociedades en las que está legalmente aceptado, puede explicarse en parte por algunas falsas creencias como la que identifica la fertilidad con la potencia sexual.^[28] Claramente, los aspectos culturales son muy importantes a la hora de decidir un método anticonceptivo irreversible. En ese sentido, la difusión de la información a la población acerca de las características de este método, así como una adecuada consejería, podrían hacer de la vasectomía un recurso anticonceptivo más solicitado.^{28,[29]}

En cuanto a la edad, no se observó diferencia entre la edad media de los hombres vasectomizados en el primer y el segundo periodo ($43,1 \pm 8,5$ vs $43 \pm 7,5$ años) (Cuadro 2). Estos valores coinciden con los publicados en la literatura, que refieren que los hombres que optan por la Vx generalmente tienen más de 35 años.^{7,8}

La importancia de la implementación y difusión de los métodos anticonceptivos quirúrgicos dentro del sistema de salud es indiscutida. Los recursos en salud son finitos y los cuidados básicos de la salud, como lo es la anticoncepción, se ven frecuentemente más afectados desde el punto de vista de la asignación de recursos para su cobertura, que otras áreas de la atención sanitaria. Si se tiene en cuenta que buena parte de los recursos se consume cada vez más en el desarrollo de nuevas y costosas tecnologías, que atienden otros problemas de salud, y que por otro lado, los métodos anticonceptivos reversibles, especialmente los de corta duración, presentan una tasa de falla mayor y alta tasa de discontinuación de los mismos, se hace evidente el enorme beneficio en cuanto a la relación costo-efectividad que presentan los métodos quirúrgicos.^[30] Para el sistema de salud, los métodos anticonceptivos irreversibles resultan una excelente opción desde el punto de vista económico, sobre todo si se realizan con sentido de la oportunidad, como es el caso de la realización durante otro tipo de cirugía (ejemplo: ligadura tubaria durante una cesárea; o ligadura

de deferente, durante una hernia inguinal o un hidrocele), sumado a la altísima efectividad para disminuir la tasa de embarazos no intencionados.²⁹

El hallazgo más interesante de este trabajo es la observación de cómo fue aumentando de manera significativa, en los últimos años, la proporción de individuos sin hijos (hombre y mujeres), en plena etapa reproductiva, que optan por un método anticonceptivo de carácter permanente (Ver Cuadro 3). El porcentaje de mujeres sin hijos a quienes se realizó ligadura tubaria en los primeros años después de la aprobación de la ley (2006 a 2014) fue 3.12% y aumentó a 14.45% (casi cinco veces más) en los últimos años (2015 a 2019); una diferencia estadísticamente significativa. Del mismo modo, el porcentaje de hombres sin hijos a quienes se realizó vasectomía aumentó de 7,2% a 10,4%. En este caso la diferencia no fue estadísticamente significativa, probablemente debido al bajo tamaño muestral. Valen dos comentarios al respecto. Por un lado, la proporción hombres sin hijos sometidos a Vx en nuestra población es más alta que la reportada en otros estudios, como el estudio de Bryk y colaboradores publicado recientemente, que encuentra un 4,1 % en esta población de hombres.^[31] Por otro lado, este hallazgo está en sintonía con una tendencia que se describe en el mundo, tanto en mujeres como hombres no tener hijos por elección.^[32] El aumento de esta tendencia (la decisión de no tener hijos por elección) no se ha reflejado aún en las estadísticas que miden el tamaño máximo de la familia; sin embargo, es probable que se empiece a evidenciar dentro de algunos años.³² En el caso de las mujeres, es cierto que la gran mayoría que llegan a sus 40 sin hijos no lo hacen por elección, ni consideran que la falta de hijos sea la situación ideal. Pero es llamativo que la proporción de mujeres y hombres que sí deciden no tener hijos por elección personal va creciendo lenta, pero sostenidamente, en los últimos años. Está descrito que la solicitud de un método anticonceptivo de carácter permanente por parte de un individuo sin hijos genera preocupaciones éticas;^{[33],[34]} con frecuencia, estos pacientes son estereotipados negativamente por su decisión de no querer tener hijos y suelen ver dificultado el acceso al procedimiento (interrogatorios más detallados, mayor número de consultas e interconsultas psicológicas antes de la intervención, con el objeto de asegurarse de que no deseen la paternidad en el futuro). Sin embargo, la bibliografía nos da tranquilidad al respecto, porque no se ha evidenciado una mayor tasa de arrepentimiento entre hombres y mujeres que se han sometido a Vx y ligaduras tubarias sin hijos, respecto a los individuos que ya tienen hijos.^{[35],[36],[37],[38]} En realidad, más que “el no tener hijos”, la mayor probabilidad de arrepentimiento se ha asociado a la edad joven.^[39] Las mujeres menores de 30 años que adoptan la ligadura tubaria como método anticonceptivo tienen aproximadamente el doble de probabilidades de expresar arrepentimiento que las mayores de 30.^[40] Incluso tienen casi 8 veces más probabilidades de someterse a una reversión o una evaluación para iniciar un tratamiento de fertilización in vitro.³⁹ También se ha documentado una mayor tasa de arrepentimiento en varones que realizaron la vasectomía entre los 18 y 24 años.^[41] Otros factores que se han asociado a mayor riesgo de arrepentimiento son el haber recibido escasa información sobre el procedimiento, haber recibido menos asesoramiento y/o tener menos acceso a otros métodos anticonceptivos alternativos, y haber tomado la decisión bajo la presión de un cónyuge o por indicaciones médicas.^{[42],[43]} Un dato llamativo es que la edad media de los hombres sin hijos que solicitaron Vx fue significativamente menor que la edad media de los hombres que ya tenían hijos al realizar el procedimiento (31 vs 45 años; $p < 0.05$). La edad media de las mujeres sin hijos que solicitaron LTi también fue menor que la de las mujeres con hijos (34 vs 38 años), aunque la diferencia no fue significativa (Cuadro 4)

Una limitación de nuestro estudio es que al ser de carácter retrospectivo no nos permitió recabar los antecedentes de nivel de escolaridad,^[*] el estado marital al momento de la solicitud o haber estado casado en algún momento o estar cohabitando; y en el caso de los hombres, el número exacto de hijos al momento de la Vx, todas éstas, variables que se conoce, tienen una fuerte asociación con la solicitud de un método quirúrgico.⁶

A lo largo de estos 14 años de aplicación de la ley se observa que el perfil del paciente que solicita estos procedimientos va cambiando lentamente: una mayor proporción de pacientes más jóvenes y sin hijos solicitan métodos de anticoncepción permanente. Si bien los profesionales deben brindar un asesoramiento completo y detallado de todos los aspectos que conciernen a la práctica de los métodos quirúrgicos, y evaluar junto a los pacientes posibles motivos de arrepentimiento, de ninguna manera deberán poner obstáculos a la petición de los métodos anticonceptivos quirúrgicos, anteponiendo creencias y convicciones personales, de índole paternalista o brindar un asesoramiento sesgado. Conocer esta realidad permitirá a los profesionales de la salud una mayor apertura a la hora de aconsejar sobre métodos anticonceptivos.³⁵

CONCLUSIONES:

Han pasado casi 15 años desde la aprobación de la ley de métodos anticonceptivos quirúrgicos en nuestro país. Los datos de nuestro estudio muestran que la edad media de los pacientes al momento de solicitar el método anticonceptivo quirúrgico no se ha modificado en los últimos años (2015 al 2019) respecto de los primeros años post aprobación de la ley (2006 a 2014), tanto para la LTi como para la Vx. En cambio, sí se observó que las mujeres que realizaron LTi en el último periodo tenían una paridad menor que las que realizaron la LTi en el primer periodo. Lo más llamativo es el mayor número de mujeres y hombres sin hijos que solicitaron un método anticonceptivo quirúrgico (LTi/Vx) entre 2015 y 2019 comparativamente con los primeros años post aprobación de la ley. Más aún, también observamos que los individuos sin hijos recibieron el método anticonceptivo quirúrgico (LTi/Vx) a una menor edad que los individuos con hijos. Sería interesante realizar estudios cualitativos que expliquen los motivos de esta observación. Es importante enfatizar que independientemente de los motivos que expliquen este comportamiento, siempre se debe respetar la decisión de los pacientes y garantizar su libre elección.

Cuadros

| LTi | P1 (n:96) | P2 (n:83) | p |
|----------------------------------|------------------|------------------|--------------|
| Edad media (DE) | 37,4 ±4,1 | 38,7±5,2 | 0,115 |
| Paridad previa (Media DE) | 2,7 (1,1) | 2,3 (1) | 0,023 |

CUADRO 1: Ligadura del intervalo (LTi): comparación entre edad media, paridad previa y proporción de mujeres sin hijos vs mujeres con hijos, entre período 1 (P1: 2006-2014) y el período 2 (P2: 2015-2019)

| Vx | P1 (n:69) | P2 (n:228) | p |
|------------------------|------------------|-------------------|----------|
| Edad media (DE) | 43,1±8,5 | 43±7,5 | 0,903 |

CUADRO 2: Vasectomías (Vx): comparación de la edad media de los varones al momento de la realización del procedimiento, del período 1 (P1: 2009-2014) con el período 2 (P2: 2015-2019)

| | P1 (Total de LTi:69) | P2 (Total de Vx:228) | p |
|--------------------------|---|---|--------------|
| Mujeres sin hijos | 3.12% (n:3) | 14.45% (n:12) | 0.016 |
| Hombres sin hijos | 7,2% (n:5) | 10,4% (n:25) | 0,502 |

CUADRO 3 comparación de la proporción de mujeres y de hombres sin hijos que realizaron LTi y Vx, respectivamente, entre el período 1 con el período 2 (P2: 2015-2019)

| Edad (Mediana) | Sin hijos | Con hijos | p |
|-----------------------|------------------|------------------|----------|
| LTi | 34 años (24-38) | 38 años (23-39) | >0.5 |
| Vx | 31 años (20-57) | 45 años (27-68) | <0.05 |

CUADRO 4: Comparación de la edad media de las mujeres y de los hombres sin hijos vs la de las mujeres y de los hombres con hijos, al momento de realizar el procedimiento de LTi y de Vx0, respectivamente .

Bibliografía

[*]De las historias clínicas pudimos recabar que todos los pacientes tenían al menos nivel secundario iniciado; sin embargo, no estaba detallado si tenían nivel secundario completo, nivel terciario o nivel universitario, completo o incompleto, Así mismo, en el caso de los hombres solo estaba consignado el dato de si tenían o no hijos.

[1]Patil E, Jensen J. Update on Permanent Contraception Options for Women: Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. Curr Opin Obstet Gynecol. 2015; 27(6): 465–470

[2]Peterson HB. Sterilization. Obstet Gynecol. 2008 Jan;111(1):189-203

[3]Pati S, Cullins V. Female sterilization: evidence. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2000; 27(4): 859-899

[4] Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. Contraception 2006;73:205–10

[5]Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, et al: Poststerilization regret: Findings from the United States collaborative review of sterilization. Obstet Gynecol, 1999;93(6):889-95

- [6] Godecker A, Thomson E, Bumpass LL Union Status, Marital History and Female Contraceptive Sterilization in the United States Family Planning Perspect 2001; 33:35–41
- [7] Anderson, JE, Warner L, Jamieson, DJ, Kissin, DM, Nangia, AK, Macaluso, M. Contraceptive sterilization use among married men in the United States: Results from the male sample of the National Survey of Family Growth. Contraception 2010;82(3): 230–235
- [8] Eeckhaut, MC Marital status and female and male contraceptive sterilization in the United States. Fertility and Sterility 2015;103: 1509–1515.
- [9] Ehman D, Costescu D. Tubal sterilization in women under 30: case series and ethical implication. J Obstet and Gynaecol Can 2017, 1-5
- [10] United Nations, Department of Economic and Social Affairs – Population Division. World contraceptive use. 2011. http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf. Accessed 12 Nov 2016
- [11] Soares L, Brollo J. Family planning in Brazil: why not tubal sterilization during childbirth? J Med Ethics 2013;39:710–712
- [12] Ciarmatori S, Velazco A, Izbizky G, Rey Valzacchi G, Orti M, Silva Garretón A. “Métodos anticonceptivos quirúrgicos en un hospital privado de comunidad” Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción 2016; vol n° 2
- [13] Ehman D, Costescu D. Tubal Sterilization in Women Under 30: Case Series and Ethical Implications. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(1):36-40
- [14] Bumpass LL, Thomson E, Godecker AL. Women, men, and contraceptive sterilization. Fertil Steril 2000;73(5):937-46.
- [15] Cooke A, Mills TA, Lavender T. 'Informed and uninformed decision making'--women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: a meta-synthesis. Int J Nurs Stud. 2010;47(10):1317-29.
- [16] Mathews TJ, Hamilton BE. Mean age of mother, 1970-2000. Natl Vital Stat Rep 2002; 51:1
- [17] Chan L, Westhoff CL Tubal sterilization trends in the United States. Fertil Steril 2010;94:1–6.
- [18] Ciarmatori S, Belardo A, Pagliano G, Salort F, Cesarato L, Gogorza S. Epidemiología del aborto provocado. Revista SOGIBA 2012, Vol 91
- [19] Eeckhaut MC. Marital status and female and male contraceptive sterilization in the United States. Fertil Steril. 2015;103(6):1509-15.
- [20] Godecker A, Thomson E, Bumpass LL Union Status, Marital History and Female Contraceptive Sterilization in the United States Family Planning Perspect 2001, 33:35–41
- [21] Kimport, K. More than a physical burden: Women’s mental and emotional work in preventing pregnancy. Journal of Sex Research 2018, 55(9), 1096–1105
- [22] Shih G, Zhang Y, Bukowski K, Chen, A. (). Bringing men to the table: Sterilization can be for him or for her. Clinical Obstetrics and Gynecology 2014; 57(4): 731–740

- [23] Patel J, Nguyen BT. Vasectomy: An opportunity for obstetricians and gynecologists. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2019; 63(2): 289–294
- [24] Pile JM, Barone MA. Demographics of vasectomy--USA and international. *Urol Clin North Am.* 2009;36(3):295-305
- [25] Ostrowski KA, Holt SK, Haynes B, Davies BJ, Fuchs EF, Walsh TJ. Evaluation of Vasectomy Trends in the United States. *Urology.* 2018;118:76-79
- [26] Guttmacher Institute. Contraceptive use in the United States. Guttmacher Institute 2020. Disponible en https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_contr_use_0.pdf
- [27] Shih G, Turok DK, Parker WJ. Vasectomy: The other (better) form of sterilization. *Contraception* 2011; 83(4): 310–315
- [28] Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS) Anticoncepción quirúrgica: un derecho de todas las personas. Disponible en <https://salud.gob.ar/dels/entradas/anticoncepcion-quirurgica-un-derecho-de-todas-las-personas>
- [29] White AL, Davis RE, Billings DL, Mann ES. Men's Vasectomy Knowledge, Attitudes, and Information-Seeking Behaviors in the Southern United States: Results From an Exploratory Survey. *Am J Mens Health.* 2020;14(4):155 - 65
- [30] Verkuyl DAA. Recent developments have made female permanent contraception an increasingly attractive option, and pregnant women in particular ought to be counselled about it. *Contracept Reprod Med.* 2016 12;1:23
- [31] Bryk DJ, Murthy PB, DeWitt-Foy M, Sun AY, Parekh NV, Sabanegh E Jr, Vij SC. Childless Men at the Time of Vasectomy are Unlikely to Seek Fertility Restoration. *Urology.* 2020;136:142-145
- [32] Stone L. The Rise of Childless America. The Institute for Family Studies. June, 2020. Disponible en <https://ifstudies.org/blog/category/fertility>
- [33] Rizvi SA, Naqvi SA, Hussain Z. Ethical issues in male sterilization in developing countries. *Br J Urol.* 1995;76(Suppl 2):103–105
- [34] Callan VJ, Que Heet RW. The choice of sterilization: voluntarily childless couples, mothers of one child by choice, and males seeking reversal of vasectomy. *Biosoc Sci* 1984;16(2):241-8
- [35] Goldrath K, Smith LB. Doctor Knows Best? Tubal Ligation in Young, Childless Women. *Hastings Cent Rep.* 2016 Sep;46(5):9-10
- [36] Jeffries S, Konnert C. Regret and psychological well-being among voluntarily and involuntarily childless women and mothers. *Int J Aging Hum Dev.* 2002;54(2):89-106
- [37] Najari BB, Goldstein M. Vasectomy in men without children: demographics and family planning attitudes. *Fertil Steril.* 2015;104:e42–e43
- [38] Masterson J, Avalos E, Santomauro M, et al. A retrospective review of factors associated with vasovasostomies in United States military members. *Curr Urol* 2013;6(3):150-155

[39] American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 208: Benefits and Risks of Sterilization. *Obstet Gynecol*. 2019;133(3):e194-e207

[40] Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception* 2006;73:205–10

[41] Howard G. Who asks for vasectomy reversal and why? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 285 :490

[42] Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faundes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996;54:159–62

[43] Neuhaus W, Bolte A. Prognostic factors for preoperative consultation of women desiring sterilization: findings of a retrospective analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:45–50

Planificación familiar en hospital subzonal especializado Materno Infantil Ana Goitia

AUTORES:

Lic. AIRONI, Jesica¹; Lic. BUSTAMANTE, Mariana²; Lic. OTRANTO Romina³;
Lic. RUIZ Cinthia⁴; Lic. SQUARZON, Graciela⁵; Lic. TORRES, Agustina⁶
HOSPITAL SUBZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL (HSEMI) ANA
GOITIA. Servicio de Obstetricia, Ciudad de Avellaneda, Buenos Aires,
Argentina.

mar.bustamante.24@gmail.com



¹ Obstétrica de planta

² Jefa de residentes de obstetricia, obstétrica de planta.

³ Residente de 2do año

⁴ Obstétrica de planta

⁵ Residente de 2do año

⁶ Residente de 3er año

RESUMEN

OBJETIVOS

Observar los alcances, la adhesión y la continuidad en el tiempo de las mujeres que concurren al consultorio de planificación familiar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. El mismo se realizó en el HSEMI Ana Goitia, en el período comprendido entre el 1 de junio de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2018, incluyéndose 417 pacientes.

RESULTADOS

El rango predominante de edad es de 20 a 29 años. Solo el 0.96% son nuligestas y un 61.63% tiene 2 o más gestas previas. El método más elegido son los anticonceptivos orales 53.27% y, el menos elegido, es el preservativo 1.68%. Por último, un 29.02% tuvieron continuidad de seguimiento en el consultorio y un 70.98% no.

CONCLUSIONES

Se observó que el porcentaje de consultas de nuligestas es significativamente bajo. Las usuarias prefieren los anticonceptivos combinados orales (ACOS) sobre los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCS). La mayor preocupación de las usuarias es evitar un embarazo y no así las infecciones de transmisión sexual (ITS). Finalmente, no se cuenta con datos suficientes para afirmar que la falta de continuidad se deba al abandono del método anticonceptivo o al retiro del mismo en otra institución.

Palabras clave: método anticonceptivo, planificación familiar, ITS, anticoncepción, procreación responsable.

ABSTRACT

OBJECTIVES

Observe the scope, adherence and continuity in time of women attending the family planning office.

MATERIALS AND METHODS

It is an observational, descriptive and cross study. It was performed at the HSEMI Ana Goitia, in the period from June 1, 2016 to December 31, 2018, including 417 patients.

RESULTS

The predominant age range is 20-29 years. Only 0.96% are nulli-pregnant and 61.63% have 2 or more previous pregnancies. The most chosen method is oral contraceptives, with 53.27%, and the least chosen is the condom with 1.68%. Finally, 29.02% had continuity in the office and 70.98% did not.

CONCLUSIONS

It was observed that the percentage of consultations of nulliparas is significantly low. Users prefer combined oral contraceptives (ACOS) over long-acting reversible contraceptive methods (LARCS). The main concern of users is to avoid pregnancy and not sexually transmitted infections (STIs). Finally, there are insufficient data to affirm that the lack of continuity is due to the abandonment of the contraceptive method or its withdrawal in another institution.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La planificación familiar se define como la herramienta que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad ¹. A través de este estudio se buscó conocer el alcance, la adhesión y la continuidad en el tiempo de las mujeres que concurren al consultorio de planificación familiar de residentes de licenciatura en Obstetricia en el Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Ana Goitia de Avellaneda, Buenos Aires, Argentina, así como establecer el método anticonceptivo más utilizado en la población general que consultó; discriminar por rango de edad la prevalencia de mujeres que concurren al consultorio y número de gestas de las mismas; y determinar el porcentaje de mujeres que realizaron estudios de rutina de laboratorio y Papanicolaou para tamizaje de cáncer cervical uterino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo observacional descriptivo y transversal, en el cual se realizó un relevamiento de datos obtenidos de historias clínicas elaboradas en el consultorio de planificación familiar de residentes de licenciatura en Obstetricia. El mismo se realizó en el Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Ana Goitia, en el transcurso del período comprendido entre el 1 de junio de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2018.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres de entre 14 y 45 años, que hayan concurrido por primera vez al consultorio de planificación familiar de residentes a partir de junio de 2016 o hayan asistido antes del 2016 y que aún acudían en el año 2018. Por otra parte, se excluyeron mujeres que hayan asistido al consultorio antes del año 2016 y que no hubieran tenido continuidad en el tiempo y pacientes menores de 14 o mayores de 45 años.

Con respecto al análisis estadístico las variables cualitativas fueron expresadas mediante porcentajes.

RESULTADOS

Se incluyeron en el presente estudio un total de 417 pacientes.

La tabla I representa la edad de las mujeres que asistieron al consultorio de planificación familiar de residentes. Como se puede observar, el rango de edad que predomina es de 20 a 29 años, representando el 55% (n=229). Siguiendo a este grupo se ubican las mujeres de entre 30 y 39 años, con un 21% (n=88); el grupo de adolescentes de entre 14 y 19 años representan un 17% (n=71) y finalmente un 7% (n=29) de las que asistieron al consultorio tienen entre 40 a 44 años de edad.

Tabla I: Población según rango de edad

| Edad | Cantidad (n=417) | Porcentaje |
|------------------|------------------|------------|
| 14 A 19 años | 71 | 17% |
| 20 a 29 años | 229 | 55% |
| 30 a 39 años | 88 | 21% |
| Mayor de 40 años | 29 | 7% |

En la tabla II se detallan los antecedentes obstétricos. En cuanto a las gestas previas (tabla II-A), se observó que el 0.96% (n=4) eran nuligestas, el 35.97% (n=150) primigestas y 61.63% (n=257) del total de las mujeres tenían 2 o más gestas previas. La tabla II-B discrimina las gestas previas según rango de edad. Se obtuvo que eran nuligestas: de 14 a 19 años un 4.36% (n=3), de 20 a 29 años, 0.43% (n=1), y no hubo presencia de nuligestas en el subgrupo de 30 a 39 años ni en el de 40 a 44 años; luego eran primigestas: de 14 a 19 años, 71% (n=49), de 20 a 29 años, 38.36% (n=89), de 30 a 39 años, 12.79% (n=11), 40 a 44 años, 4.17% (n=1); secundigestas o más: 14 a 19 años, 24.64% (n=17), de 20 a 29 años, 61.21% (n=142), de 30 a 39 años, 87.21% (n=75), de 40 a 44 años 95.83% (n=23).

Tabla II: Antecedentes Obstétricos

Tabla II-A: Gestas previas

| Paridad | Cantidad (n=417) | Porcentaje |
|----------------|-------------------------|-------------------|
| Nuligesta | 4 | 0,96% |
| Primigesta | 150 | 35,97% |
| 2 o más gestas | 257 | 61,63% |
| Sin dato | 6 | 1,44% |

Tabla III: Métodos anticonceptivos

Tabla III-A : Métodos anticonceptivos elegidos por la población general

| MAC | Cantidad (n=417) | Porcentaje |
|---------------------|-------------------------|-------------------|
| ACO | 222 | 53,24% |
| DIU | 79 | 18,94% |
| ACI | 65 | 15,58% |
| Ligadura tubaria | 25 | 6% |
| Implante subdérmico | 19 | 4,56% |
| Barrera | 7 | 1,68% |

En la tabla III queda representada la elección de los métodos anticonceptivos. Los más elegidos por la población general (tabla III-A) son los siguientes: anticonceptivos orales (ACO), 53.24% (n=222), dispositivo intrauterino (DIU), 18.94% (n=79); anticonceptivo inyectable (ACI), 15.58% (n=65); ligadura tubaria, 6% (n=25); implante subdérmico 4.56% (n=19); preservativo 1.68% (n=7). Según el rango de edad, (tabla III-B) los métodos anticonceptivos elegidos fueron los siguientes: pacientes de 14 a 19 años ACO 50.68% (n=37), ACI 10.96% (n=8), implante subdérmico 24.66%(n=18), DIU 12.33% (n=9), barrera 1.37%(n=1). Pacientes de 20 a 29 años: ACO 56.84%(n=133) , ACI 15.37% (n=36), implante subdérmico 10.43% (n=1) , DIU 20.09% (n=47) , barrera 2.14% (n=5) , ligadura tubaria 5.13% (n=12) .Pacientes de 30 a 39 años: ACO 44.19% (n=38), ACI 22.09% (n=19), DIU 20.93% (n=18), ligadura tubaria 11.60% (n=10), barrera 1.16% (n=1). Pacientes de 40 años a 44 años: ACO 58.33%(n=14), ACI 8.33%(n=2), DIU 20.83% (n=5), ligadura tubaria 12.51% (n=3).

En la tabla IV se representan los estudios complementarios realizados. Se observó que 68.58% (N=286) del total realizó la prueba de Papanicolaou, mientras que 78.42% (n=327) contaba con estudios de laboratorio actualizados.

Por último, en la tabla V figuran las pacientes que tuvieron continuidad en el tiempo, de las cuales se observó que tan solo 29.02%(n=121) tuvieron continuidad en el consultorio de planificación familiar, mientras que el 70.98% (n=296) no volvió a la consulta.

DISCUSIÓN

La planificación familiar es reconocida como una estrategia de salud, que si es aplicada de forma correcta puede brindar múltiples beneficios a la sociedad.

Estos beneficios no solo corresponden a evitar embarazos, reducir la mortalidad materna o evitar infecciones de transmisión sexual, sino que, de un modo más amplio favorece a toda la población brindándole una mejor calidad de vida.²

En un estudio de tipo descriptivo, realizado en La Habana entre los años 1995 y 1996 donde se analizó el uso de anticonceptivos en mujeres de edad fértil que asistieron a la consulta de Planificación Familiar en el Policlínico "Nguyen Van Troi" en este período, se obtuvo como resultado que el grupo de entre 20 a 24 años de edad fue el de mayor asistencia representando el 35.26 % y el de menor asistencia fue el grupo de 35 a 40 años de edad, significando un 2.32 %. En cuanto a la preferencia de métodos anticonceptivos, los ACOS constituyeron el preferido ocupando el 49.72 % (86 mujeres).³ Estos datos son muy similares a los obtenidos en nuestro estudio, donde el rango de edad prevalente de mujeres que consultaron fue de mujeres entre 20 a 29 años, y el método anticonceptivo más elegido fueron los ACOS.

En muchas ocasiones resulta difícil mediante la consejería derribar los mitos que existen en la sociedad acerca de los LARCS, lo cual se ve reflejado en el porcentaje obtenido de usuarias que prefirieron ACOS sobre los mismos. Este mismo hecho se ve en otros países, donde las usuarias prefieren también los ACOS, tal vez por la facilidad con que se administran y distribuyen⁴. A su vez, se infiere que la mayor preocupación de las usuarias es evitar un embarazo y no así evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), lo cual quedó demostrado con el bajo porcentaje que optó por preservativos como método anticonceptivo de primera elección, a pesar de que a todas las mujeres que concurren a la consulta se les otorga de manera rutinaria. Una de las debilidades de este estudio es no contar con ese dato ya que no ha sido registrado en las historias clínicas, es decir, si la persona que concurre hace uso de preservativo además de otro método. Este es un porcentaje realmente bajo si se compara este dato con los obtenidos por un estudio de tipo descriptivo y transversal realizado en México, por la Dirección de Salud Reproductiva en Cuernavaca, en el año 2006, que tuvo por objetivo ofrecer evidencia actualizada sobre el inicio de la vida sexual y el uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes y adultas por grupos de edad, donde el resultado a destacar es que el preservativo fue el primer método anticonceptivo elegido por pacientes de 15 a 34 años.⁵

Por último, no se contó con datos suficientes para afirmar que la falta de continuidad en el consultorio se deba al abandono del método anticonceptivo o a la obtención del mismo por otros medios.

CONCLUSIÓN:

Luego de los datos obtenidos en este estudio, consideramos relevante informar a las mujeres acerca de la importancia de la consulta preconcepcional y la procreación responsable, utilizando diversas estrategias como, por ejemplo, educación sexual integral en las escuelas, charlas informativas a la comunidad, en salas de espera, en el curso de preparación integral para la maternidad (PIM) y actividades extramuro, que tengan por objetivo la educación sexual y

planificación familiar, así como también reforzar la importancia de prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Por lo expuesto, se puede concluir que la procreación responsable constituye uno de los aportes más trascendentes que la organización social puede brindar a través de sus servicios de salud a fin de mejorar la calidad de vida de sus componentes.

AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada Claudia García, instructora de residentes, a cargo del consultorio de planificación familiar del que participamos, por contribuir en nuestra formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de prensa OMS. Planificación Familiar. Nota descriptiva, julio de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
2. Gutiérrez, Miguel. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 465-470. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300016&lng=es&tlng=es
3. Herrera Gómez, Vivian, Rodríguez Domínguez, Lourdes, Quintero Santana, Mercedes, & Febles Tardío, Luis. (1997). Anticonceptivo en la consulta de planificación familiar. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 13(4), 345-351. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000400005&lng=es&tlng=es.
4. Cáceres Chú Eduardo, Thornberry Jorge, Má Cárdenas Liliana, Ramos-Castillo José. Proyecto PIENSA (Programa de Investigación y Educación en Salud Reproductiva): impacto de la asesoría en la elección anticonceptiva en mujeres peruanas. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* [Internet]. 2014 Jul [citado 2020 Ene 29]; 60(3): 227-232. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000300005&lng=es.
5. Allen-Leigh, Betania, Villalobos-Hernández, Aremis, Hernández-Serrato, María I, Suárez, Leticia, Vara, Elvia de la, de Castro, Filipa, & Schiavon-Ermani, Raffaella. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S235-S240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es&tlng=es

Uso prolongado de anticonceptivos reversibles de acción prolongada durante la pandemia COVID- 19

AUTORES:

Dra. Faranna Maria¹ Dra. Pradier Silvina²

faranna_maria25@yahoo.com.ar

¹ Médica de planta de ginecología Hospital F. Santojanni

Docente de UBA

Miembro directivo de AMAdA

Miembro de la Sociedad Europea de Anticoncepción

² Médica Ginecóloga

Especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción

Jefa de Endocrinología Ginecológica y de Reproducción del Hospital Británico de Buenos Aires

Docente UBA, UCA, U. Favaloro

Presidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA)



En esta revisión sobre uso extendido de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP, por sus siglas) incluimos al dispositivo intrauterino liberador de cobre (DIU-Cu), al sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) de 52 mg y al implante subdérmico liberador de etonogestrel (IMP-ENG), durante las restricciones de la pandemia por SARS-CoV-2.

En la actualidad, para reducir el riesgo de transmisión del coronavirus, debemos tomar ciertos recaudos como minimizar, en la medida de lo posible el contacto no esencial cara a cara con los pacientes, entre otras medidas ya conocidas por los profesionales de la salud, que vienen prestando su labor en pandemia.

Dentro de los procedimientos de reemplazo de los dispositivos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) que más riesgo conllevan de contagio de la mencionada enfermedad, es el recambio de implante subdérmico anticonceptivo liberador de etonogestrel (IMP-ENG).

Deberíamos evitar dicha práctica ya que existe un contacto menor de 1,5 metros entre profesional de la salud y paciente; implica la cercanía cara a cara sumada al tiempo del procedimiento y todo ello en un ambiente cerrado.

En caso de estar brindando los servicios de colocación de IMP-ENG o recambio de éste por efectos adversos o búsqueda de embarazo sugerimos mirar un video instructivo sobre práctica de colocación IMP-ENG que está publicado en la web de la Sociedad Europea de anticoncepción y Salud reproductiva ESCRH en la sección "Education", COVID-19, (les brindamos en referencias el link correspondiente para una práctica segura evitando el contagio) [1].

Según L. Bahamondes *et al.* en el trabajo más reciente respecto a COVID-19 y anticoncepción[2]: las citas cara a cara solo se pueden utilizar cuando los efectos secundarios del método elegido lo hacen necesario. También las mujeres que optan por utilizar anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAPs o LARCs; dispositivos intrauterinos [DIUs] y sistemas intrauterinos e implantes) o anticonceptivos inyectables, necesitan una consulta personal. Para estas consultas es posible implementar estrategias que reduzcan el contacto físico estableciendo menos tiempo entre consultas, creando espacios abiertos fuera de la instalación para que los pacientes esperen,

utilizando equipos de protección personal (EPP), tanto para los profesionales de la salud como para la mujer.

Para las usuarias actuales de ARAP, es posible alentar y aconsejar a que utilicen estos métodos por un lapso más allá de la duración aprobada en el prospecto. Si es necesario extraer el método, se utilizan las mismas medidas que se utilizaron para la colocación de los ARAP. Los anticonceptivos permanentes de intervalo femenino y masculino se consideran cirugías no esenciales, excepto en el caso de mujeres sometidas a cesárea o inmediatamente después del parto

Los *trials* iniciales de implante liberador de ENG conducidos en los años 1990, fueron diseñados para medir 3 años de eficacia. Se demostró que tiene una establecida eficacia y seguridad por 3 años.

La evidencia disponible sugiere que el riesgo de embarazo en el cuarto año de uso del implante de etonogestrel (IMP-ENG) y el sexto año de uso del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel de 52 mg (DIU-LNG) probablemente sea nulo o muy bajo.

En el trabajo abierto, randomizado y multicéntrico publicado en la revista Human Reproduction realizado en clínicas de planificación familiar en 7 países [3], evaluaron el uso extendido comparando el implante liberador de levonorgestrel (IMP-LNG), y el implante subdérmico anticonceptivo (IMP-ENG) en su uso por hasta 5 años. Se demostró una eficacia del 100% tanto en el cuarto, como en el quinto año de uso.

Muchas mujeres, al completar su duración aconsejada en prescripción, solicitan la extracción del implante a los 3 años con un aumento de costos, inconvenientes y riesgos.

Los autores compararon 3 años de uso de IMP-ENG con 5 años de uso de IMP-LNG. Luego de 3 años de uso de implante ENG, 390 participantes, consintieron el uso extendido. Compararon eficacia, efectos adversos y procedimientos para la extracción de implantes. Incluyeron una cohorte observacional de DIU-Cu.

El trabajo incluyó 1328 mujeres que fueron 390 para el grupo de implante con ENG, 522 para IMP-LNG y 416 para grupos control de DIU de Cobre. Sobre estas 200 mujeres usuarias de IMP-ENG no hubieron embarazos en estos años adicionales de uso. Las quejas por cambios en el sangrado fueron similares, aunque más por sangrado abundante, con el uso de IMP-ENG, que con el IMP-LNG.

McNicholas *et al.* evaluaron en un estudio prospectivo la efectividad del IMP-ENG y sobre el DIU-LNG de 52-mg en mujeres más allá de la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para una duración de 3 a 5 años respectivamente [4]. Se midió eficacia con Índice de Pearl buscando el índice de embarazo no intencional calculado en 100 mujeres año. Incluyeron 237 usuarias de IMP-ENG (n=237), de las cuales 123 lo usaron durante 4 años y 34 de ellas por 5 años. No se reportaron embarazos. Sobre 263 usuarias de DIU-LNG, se reportó un embarazo al mes de extensión, donde se constató un DIU parcialmente expulsado. Ambos métodos son altamente eficaces por un año más de uso. Los niveles séricos de ENG indicaron niveles de supresión ovulatoria adecuados para inhibir la ovulación al final del tercer y cuarto año de uso.

Wu *et al.* informaron sobre estudios mucho más pequeños, de menos de 100 mujeres, en los que no se observaron embarazos en los años 6 y 7 del uso de SIU-LNG de 52 mg [5].

Bahamondes *et al.* en su estudio en 2018 sobre uso extendido reportaron que el DIU-LNG de 52 mg 20 µg / día presentó una eficacia anticonceptiva muy alta más allá de los primeros 5 años de uso según prescripción formal.

El aumento de los datos respalda esa eficacia más allá de los 5 años de uso, y los nuevos datos sugieren una eficacia de hasta 15 años [6].

Miembros de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) en Albania, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Dinamarca, Alemania, Irlanda, Macedonia, Portugal y España han informado que se han visto obligados a reducir el uso de anticonceptivos. El acceso a la anticoncepción reversible de acción prolongada en particular se ve obstaculizado en algunos países. Informes del Reino Unido sugieren que muchas personas que siguen un ciclo de inyecciones anticonceptivas programadas, así como aquellas que necesitan tener sus implantes y DIU (dispositivos intrauterinos) reemplazados, ahora están siendo demorados. Una situación similar existe en Austria e Irlanda donde la Salud Sexual no se consideró servicio esencial [7].

La Facultad de Salud Sexual y Salud Reproductiva de UK (FSRH CEU), sugiere que para métodos LARC, incluido el SIU de LNG, el DIU de cobre y los implantes anticonceptivos subdérmicos de etonogestrel (ENG) y LNG, existe una recomendación de uso prolongado (hasta 4 años para el IMP-ENG y hasta 6 años para el 52 mg SIU-LNG y hasta 12 años para el Diu-Cu). Sólo debe realizarse una consulta cara a cara para retirarlos si la mujer desea quedar embarazada o tiene problemas debido a efectos secundarios. Si bien se mantiene el distanciamiento físico, se recomienda que gran parte del proceso de consulta sobre anticonceptivos se siga realizando a distancia. Los beneficios de los ARAP superan el riesgo de transmisión de COVID-19.

Aclaremos que no se recomienda el uso prolongado de dispositivos SIU-LNG de dosis más baja como el SIU-LNG 13,5 mg llamado Blusiri® en Argentina [8].

La Comisión Federal especializada en anticoncepción de Brasil sugiere durante la pandemia que las mujeres que soliciten nuevos métodos anticonceptivos deben guiarse por una cita médica cara a cara o, cuando esté disponible, por telemedicina, para poder utilizar métodos anticonceptivos eficaces, además de condones; los esfuerzos deben dirigirse hacia el uso continuado de los métodos ya elegidos por la mujer, mediante la detección activa de las usuarias y la provisión de anticonceptivos por parte de los proveedores de atención médica; las acciones efectivas con respecto a la anticoncepción de emergencia pueden ser realizadas por agentes de salud o de forma remota (la anticoncepción de emergencia es de venta libre en Brasil). La provisión de los ARAP, así como la programación de métodos de esterilización, se han pospuesto durante la pandemia, mientras tanto deben ofrecerse métodos autoadministrados altamente efectivos. Las mujeres que usan DIU que necesitan cambiarse por vencimiento del producto según prescripción, deben ser informadas y tranquilizadas respecto a que el uso prolongado es una buena opción, ya que los estudios han demostrado que la efectividad puede mantenerse por más tiempo que la aprobación etiquetada, generalmente hasta a 1-2 años [9]. Según la recomendación de la OMS sobre el uso extendido para DIU-Cu 380 dicho dispositivo puede usarse por 12 años [10].

Según la Junta de la Sociedad Italiana de anticoncepción las mujeres pueden, en general, continuar usando anticonceptivos intrauterinos u hormonales. En el momento actual, durante la pandemia COVID- 19, no hay datos que contraindiquen el uso de anticonceptivos intrauterinos u hormonales. Por el contrario, se recomienda el uso de un método anticonceptivo adecuado para prevenir embarazos no deseados [11].

Según la OMS cuando los sistemas de salud están abrumados, los países deben tomar decisiones difíciles para equilibrar las demandas de responder directamente al COVID-19, al mismo tiempo que participan en la planificación estratégica y la acción coordinada para mantener la prestación de servicios de salud esenciales. La prestación de muchos servicios se volverá más desafiante. Sin embargo, las opciones y los derechos de las mujeres a la atención de la salud sexual y reproductiva deben respetarse independientemente del estado de COVID-19 [12].

AMAdA en su consenso sobre anticoncepción y COVID-19 sugiere lo siguiente:

- En la consulta: los procedimientos de colocación de un ARAP 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.
- A las usuarias de ARAP, 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
 - En caso de estar usando Implante subdérmico, puede mantenerse un año más (hasta 4 años), manteniendo su eficacia anticonceptiva
 - Lo mismo cuenta para el DIU con cobre (puede mantenerse dos años más)
 - Mujeres a quienes se insertó un DIU después de los 40 años no necesitan cambiarlo
 - Usuarías de DIU- LNG 13.5 (Blusiri®), cumplidos los 3 años de uso deben utilizar método de barrera o pastillas de solo gestágeno

Si la usuaria desea retirar el ARAP 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. 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 [13]

CONCLUSIONES:

No es esencial durante la pandemia el reemplazo de los dispositivos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) que han expirado recientemente.

Los hallazgos en los trabajos presentados indican que el implante anticonceptivo liberador de ENG y el DIU hormonal de 52 mg de LNG continúan siendo altamente efectivos durante un año adicional más allá de los 3 y 5 años aprobados por la FDA respectivamente y 2 años más de uso para el DIU-Cu. Es más, estudios recientes encuentran que tanto el implante anticonceptivo liberador de ENG y el DIU-LNG de 20 mg / día, son altamente efectivos durante al menos 2 años adicionales más allá de su prescripción según FDA: desde el prospecto actual de 3 años para implantes que liberan ENG hasta al menos 5 años, y desde el prospecto actual de 5 años para el DIU-LNG hasta al menos 7 años, con una eficacia mucho mejor que la de otros métodos anticonceptivos.

Los niveles séricos de etonogestrel ENG indican que el implante contiene la hormona adecuada para la supresión de la ovulación al final de los 3 y 4 años de uso.

Para los usuarios actuales de ARAPs, es posible fomentar y aconsejar a las usuarias que utilicen estos métodos más allá de lo aprobado por el fabricante.

Los ARAPs altamente efectivos pueden ser una excelente opción anticonceptiva para esta época de pandemia para las personas que desean evitar embarazos. Ello tendría muchos beneficios para ellas y para la programación de la planificación familiar.

El acceso a la elección de los métodos anticonceptivos se considera un derecho básico para las mujeres y las parejas, y extender el uso de estos métodos podría ayudar a las mujeres a tener acceso y elección al considerar cuál de los métodos anticonceptivos elegir. Una duración más larga es más segura para las usuarias, requiere ciclos de extracción e inserción menos frecuentes y reduce las posibilidades de errores de procedimiento.

Además, el uso prolongado ahorra tiempo y dinero a la usuaria y puede ser rentable para el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

[1] https://drive.google.com/file/d/1MvKlC RCSQBk bxKwCyY03o4J_cfYk2Ya0/view?usp=sharing

[2] Bahamondes L, Makuch M. Family planning: an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020; 25 (4): 319-320.

[3] Ali M, Akin A, Bahamondes L. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Human Reproduction*. 2016; 1-8.

[4] McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the U.S. Food and Drug Administration-approved duration. *Obstet Gynecol*. 2015; 125 (3): 599-604.

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

[6] Bahamondes L, Fernandes A, Bahamondes M. Pregnancy outcomes associated with extended use of the 52-mg 20 µg/day levonorgestrel-releasing intrauterine system beyond 60 months: A chart review of 776 women in Brazil. 2018; 97: 205-209.

[7] Fruzzetti F, Cagnacci A, Primiero F, De Leo V.. Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. 2020

[8] 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. London: FSRH.

[9] Santos Ferreira-Filho E, Roberto de Melo N, Esposito I. Sorpreso contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2020; 615-622.

[10] United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization. Long-term reversible contraception Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception*. 1997; 56: 341-352.

[11] European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, and the European Network of the International Planned Parenthood Federation. Report on Sexual and Reproductive Health and Rights during the COVID-19 pandemic. 2020.

[12] OMS. Coronavirus disease (COVID-19): Contraception and family planning. 2020.

[13] Ciarmatori S, López Kaufman C, Bonsergent S, Pradier S. Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de COVID-19. Comité de opinión AMAdA. 2020

Novedades del seminario virtual de ESC “Delivering contraception and sexual and reproductive health care in our new world”. Mayo 2021

AUTOR:

Dra. Marisa Labovsky

marisa.labovsky@gmail.com

Médica Ginecóloga y sexóloga clínica.

Especialista en Endocrinología Ginecológica.

Especialista en ginecología infanto juvenil, certificada por FIGIJ y SAGIJ.

Ex-presidenta de la SAGIJ.



Durante los días 6 y 7 de mayo del 2021 se llevó a cabo un seminario virtual realizado por la Sociedad Europea de Anticoncepción (ESC). El mismo fue realizado de forma virtual con participación de expertos en las diferentes temáticas.

Haremos un breve relato de los tópicos que se trataron.



Tratamiento médico de la endometriosis: Dr. Felipe Petraglia

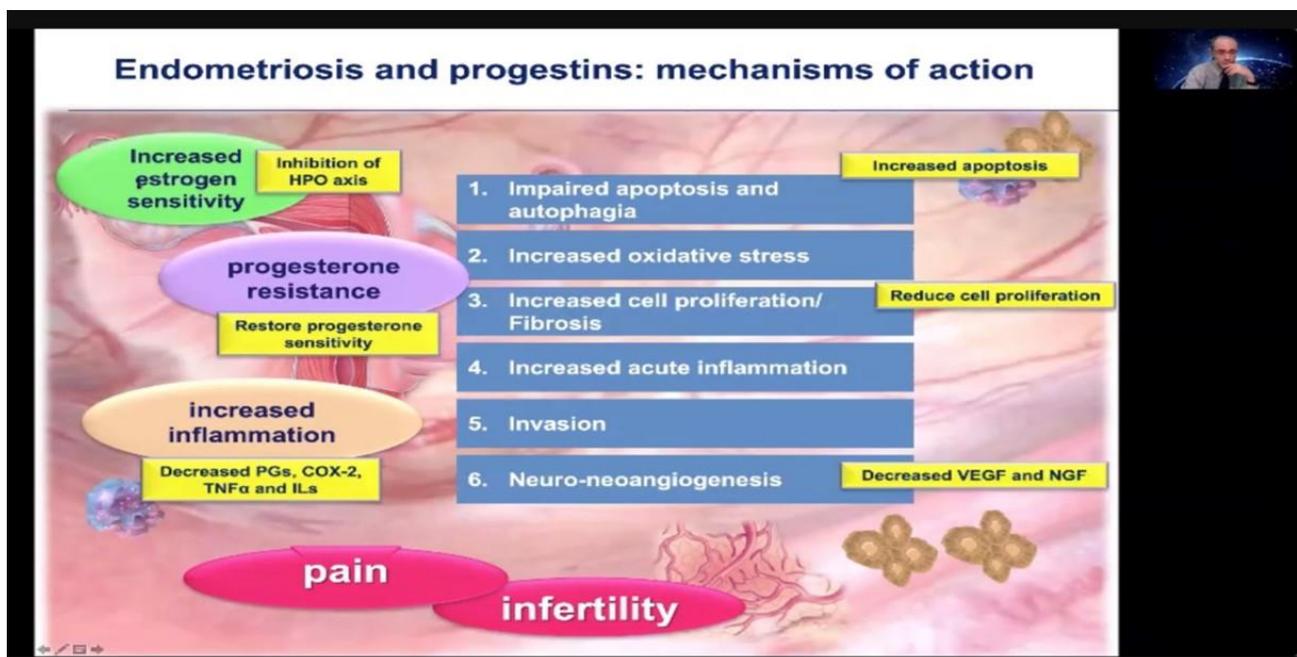
El tratamiento médico es de elección en aquellas mujeres en edad fértil que no quieren tener hijos para el manejo del dolor o en quienes tienen contraindicada la cirugía. También es de utilidad con respecto a las recurrencias y en el manejo post quirúrgico para evitar o disminuir las recidivas.

Los tratamientos médicos que se están poniendo en práctica o que aún siguen en estudio consisten en el uso de agonistas y antagonistas de GnRh entre 3 y 6 meses. Un antagonista en

estudios de fase 3 solo o combinado con anticonceptivos hormonales combinados es el Elagolix con muy buenos resultados. Otros que se encuentra en estudio son el relugolix e insagolix.

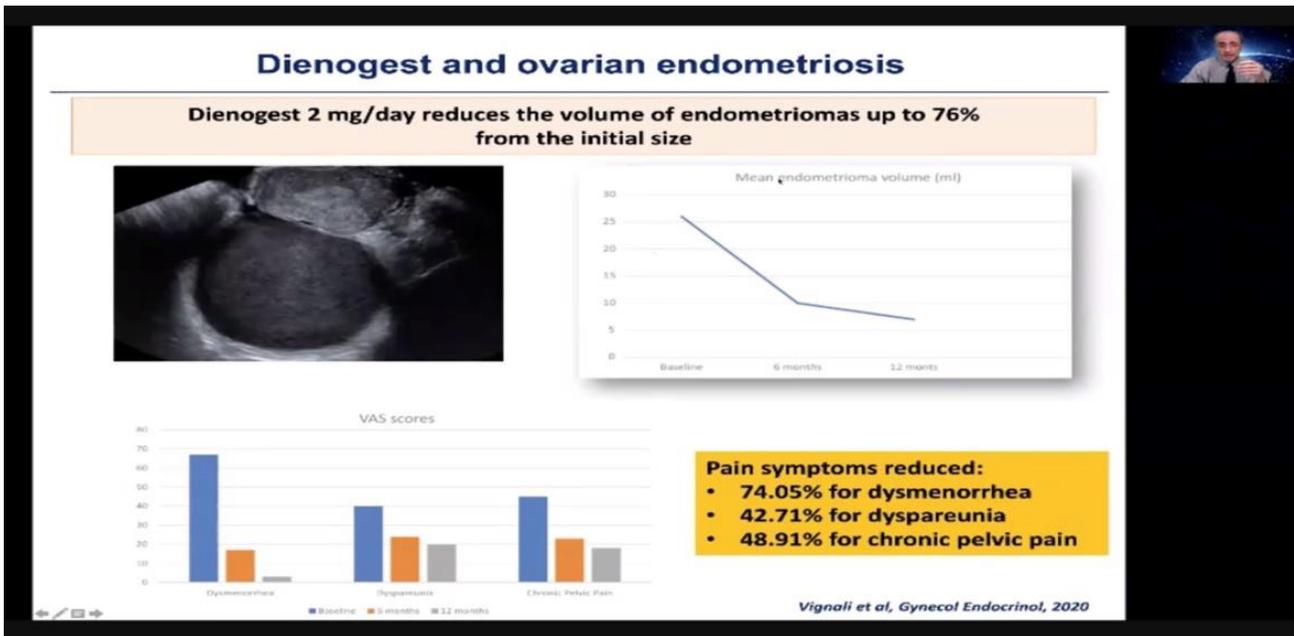
En pacientes jóvenes se pueden utilizar en primer lugar antes del tratamiento quirúrgico, el uso de anticonceptivos hormonales combinados para el manejo del dolor con bajas dosis de estrógenos y en regímenes continuos, pero de ser posible, la recomendación es el uso de gestágenos solos en especial dienogest 2 mg, ya que los estrógenos potenciarían la acción estrogénica en un ambiente con resistencia a los gestágenos y la idea sería mejorar la sensibilidad a los gestágenos. Los gestágenos también disminuyen los factores de inflamación, disminuyen la proliferación celular y aumentan la apoptosis.

La anticoncepción libre de estrógeno inhibe la ovulación, se puede usar a cualquier edad, no tiene riesgo de trombosis, en muchas de las pacientes induce amenorrea y aumenta la cantidad de gestágenos, razones por lo cual mejora la endometriosis y sobre todo los síntomas y los sangrados.



Dienogest 2 mg ha demostrado muy buenos resultados tanto para el manejo del dolor como en el tratamiento post quirúrgico con disminución importante de las recidivas. Ha demostrado efectividad en la reducción de los endometriomas.

Con respecto al uso de desogestrel 0.075mg no hay trabajos como con dienogest pero sugieren su uso preferentemente al uso de anticonceptivos combinados de baja dosis de estrógeno ya que cumpliría con la disminución de estrógenos, aumento de gestágenos, inhibición del ciclo y ausencia de sangrados cíclicos. Extrapolando estos datos también se podría utilizar la Drospirenona 4mg con el mismo fundamento, aunque aún no hay trabajos al respecto.



Novedades en anticoncepción: Dra. Kristina Gemzell Danielsson

En esta charla la Dra. Danielsson nombró los nuevos anticonceptivos orales que ya están en uso en algunos países como Drospirenona 4 mg y el último recientemente aprobado en Canadá y próximo a ser aprobado en otros países que es la combinación de Estetrol/3 mg drospirenona, que serán retomados más adelante ya que tuvieron sus charlas en especial.

¿Qué se está investigando? y algunas novedades más recientes

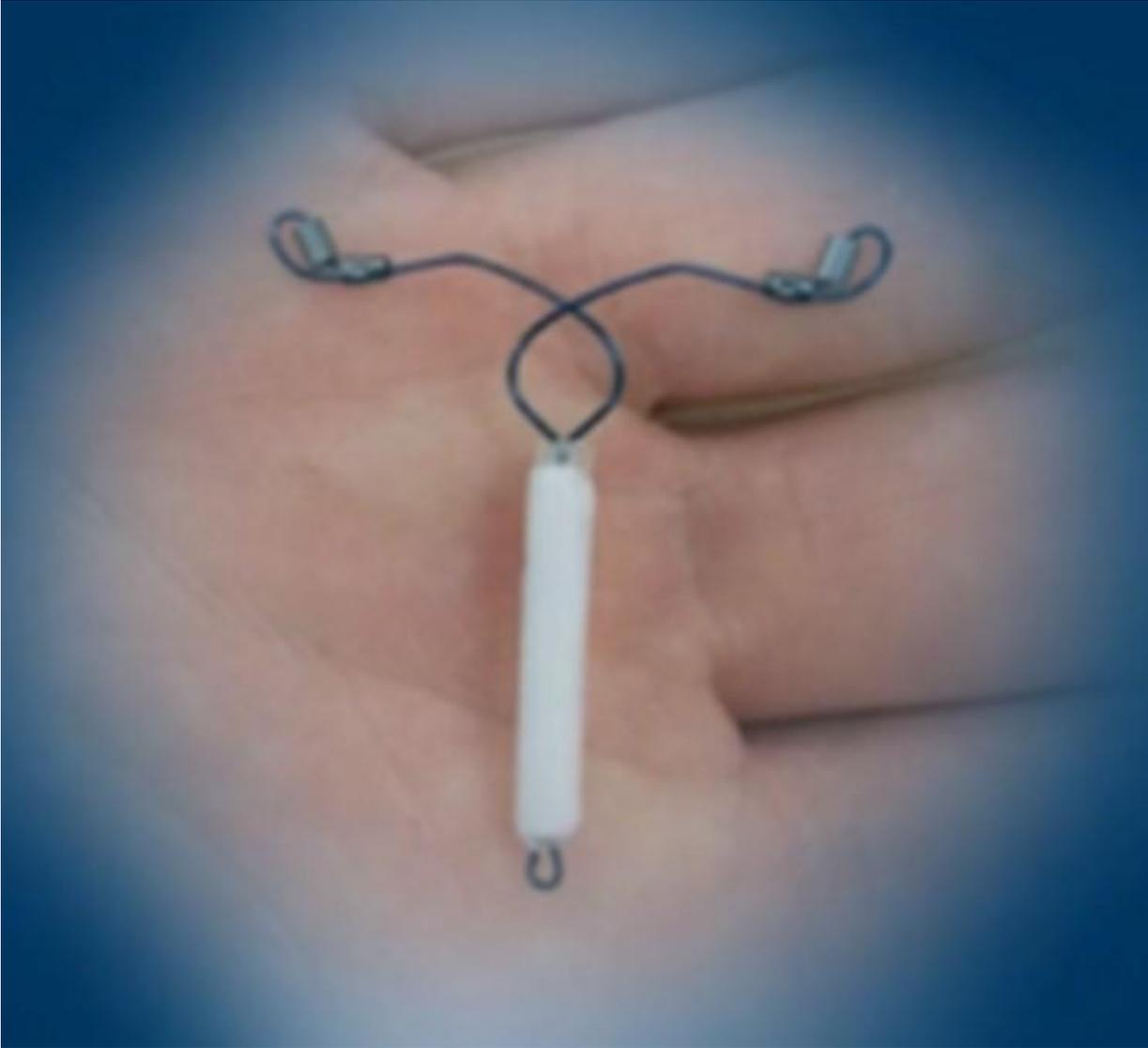
ANILLOS

Anillo vaginal anual: colocación 3 semanas 1 descanso o larga duración 15 ug etinil estradiol /150ug de nestorona



Y Anillos anticonceptivos con antiretrovirales

Anticoncepción intrauterina



LEVOCERT: flexible 52 mg levonorgestrel.

DIU con menos dosis de cobre y reemplaza el plástico por Nitinol.

Medroxiprogesterona de depósito IM: por 6 meses en lugar de 3 y Subcutánea cada 3 meses auto administrada.

ANTICONCEPCIÓN MASCULINA

Formulación y uso de gel:

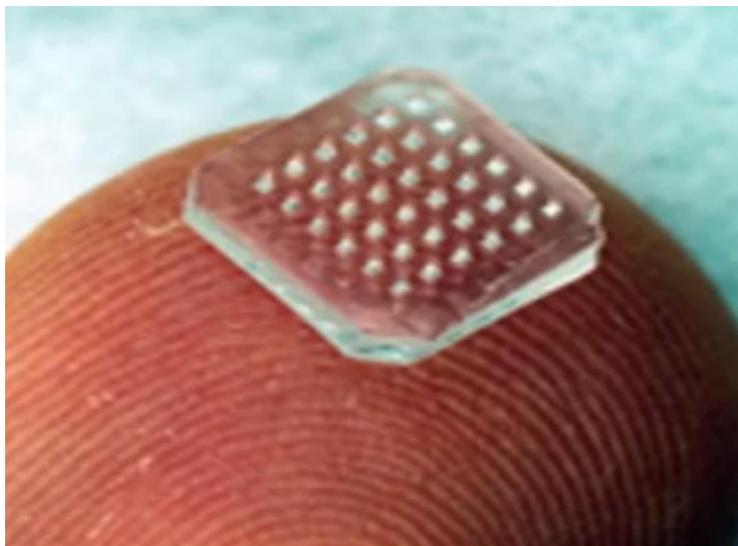
- Cada dosis diaria de 5,0 ml libera Nestorone 8 mg + testosterona 62 mg
- Dosis absorbida (800 ug de NES y 6 mg de T/día)
- El gel es a base de alcohol (potenciador)
- Es autoadministrado por el sujeto, se coloca en hombros
- El gel es incoloro y se absorbe rápidamente, no debe dejar residuos en la piel.
- El efecto reservorio prolonga la vida media.

Un Implante masculino de testosterona también está en investigación.

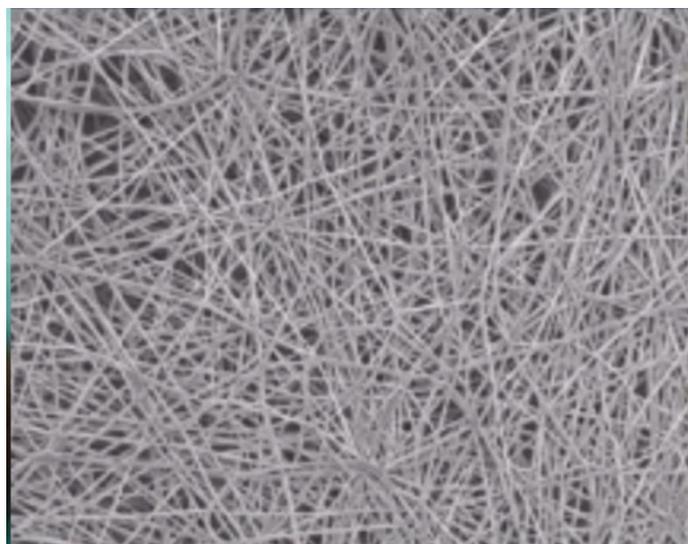
INVESTIGACION EN BIOTECNOLOGÍAS

Selección y administración de fármacos más específicos

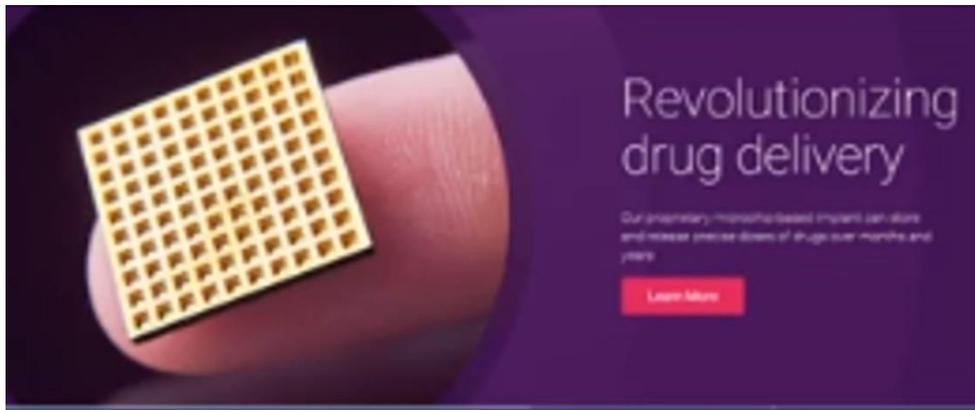
- Reducción de la toxicidad mientras se mantienen los efectos terapéuticos
- Mayor seguridad y biocompatibilidad
- ¿Posiblemente más verdes que los sistemas de administración actuales?
- En la yema del dedo se muestra un parche que contiene 36 microagujas que se disuelven.
- Las microagujas se disuelven minutos después de su inserción en la piel para liberar el fármaco encapsulado o la vacuna
- Cada microaguja mide 900 pm de alto. (Crédito Jeong-Woo Lee, Instituto Tecnológico de Georgia)
- Bajo demanda o para uso prolongado



- Forma de dosificación innovadora para la administración intravaginal de fármacos utilizando fibras liberadoras de fármacos fabricadas por electrohilado.
- Los tejidos liberadores de fármacos electrohilados pueden combinar varias moléculas en tejidos liberadores de fármacos administrados a diferentes dosis y ritmos



- MicroCHIPS desarrolla un nuevo dispositivo inalámbrico que entrega 30 pg / d de levonorgestrel por hasta 16 años. El chip se implanta debajo de la piel y podría desactivarse y reactivarse con un control remoto inalámbrico, lo que permite a los usuarios apagarlo y encenderlo "a pedido".



En un futuro próximo, el microchip implantable reemplazará a los sistemas convencionales de administración de medicamentos.

Drospirenona 4 mg: Dr Johanes Bitzer

- Esquema 24 +4
- Índice de Pearl: 0.72
- Recuperación de la ovulación luego de 13 días de suspendido

Drospirenona:

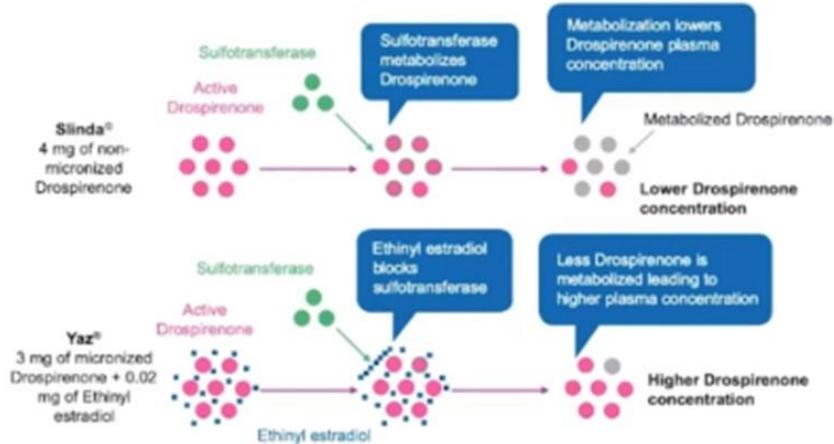
Al ser antimineralocorticoidea no aumenta hipertensión, y en pacientes hipertensas mostró disminuirla.

Antiandrogénico: mejora acné

Antigonadotrófico: inhibe ovulación

- Buena inhibición de la ovulación que se mantiene luego de 4 días de las píldoras placebo inclusive en pacientes obesas
- Se incluyeron en el estudios fumadores y pacientes obesas
- Cero trombosis en 20.000 ciclos estudiados
- Aprobada por la FDA en Adolescentes
- No se observaron cambios en el peso corporal
- Buen patrón de Sangrado, sangrado dentro de los días esperados o ausencia de sangrado
- No se observa modificación de los marcadores de remodelación ósea
- Se puede usar en lactancia

Explanation for serum concentration



Slinda® Sm/PC / Lean Farma, European Patent Office EP2588114A1 / Knapenmacher R, Contraception 2008;62:29-38 / Rott K, et al. Drug Metabolism and Disposition 2012;40(8):1566-1566.



4 mg drospirenona: al no estar unida al etinilestradiol que le prolonga la vida media se decidió por los 4 mg que garantizan niveles en sangre para inhibir ovulación. Tuvo 3.5 % de abandono por sangrado inaceptable

Discontinuation of DOP due to bleeding pattern during all clinical studies was minimal



96.5% Acceptability

Only 3.5%* of women discontinued Slinda® during all the clinical trials due to unacceptable bleeding patterns†

*91 of 2,593 women during studies 301, 302, 303 and 304

† Menstrual bleeding disorders included metrorrhagia, irregular menstrual hemorrhage, vaginal hemorrhage, menorrhagia, uterine hemorrhage, and amenorrhea.

Enfina, Data on file, Clinical studies 301, 302, 303, 304



Nueva combinación ya aprobada por FDA, EMA, comenzando a usarse en Canadá en el 2021.

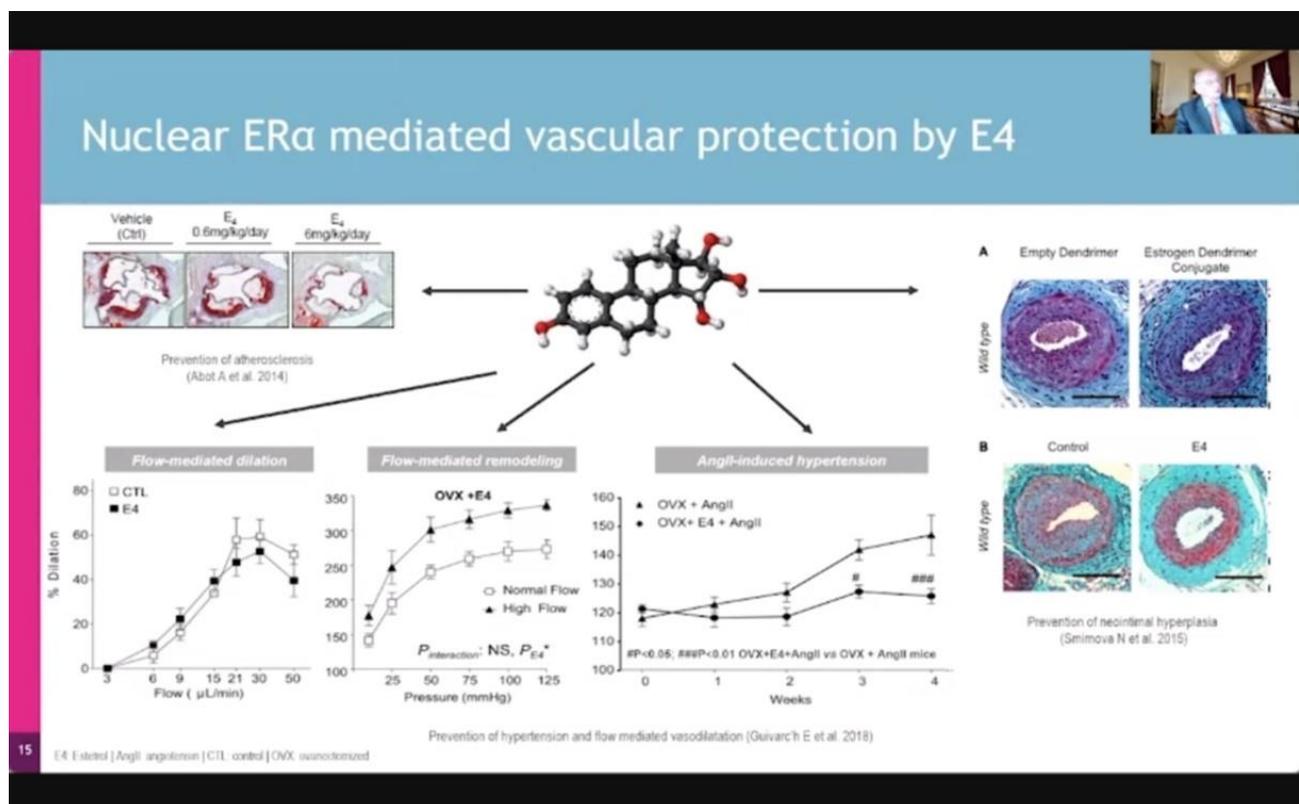
Dr Jean-Mitchel Foidart/ Dr Mitchell Creinin

Estetrol 15mg/drospirenona 3mg

Esquema 24 +4

Estetrol:

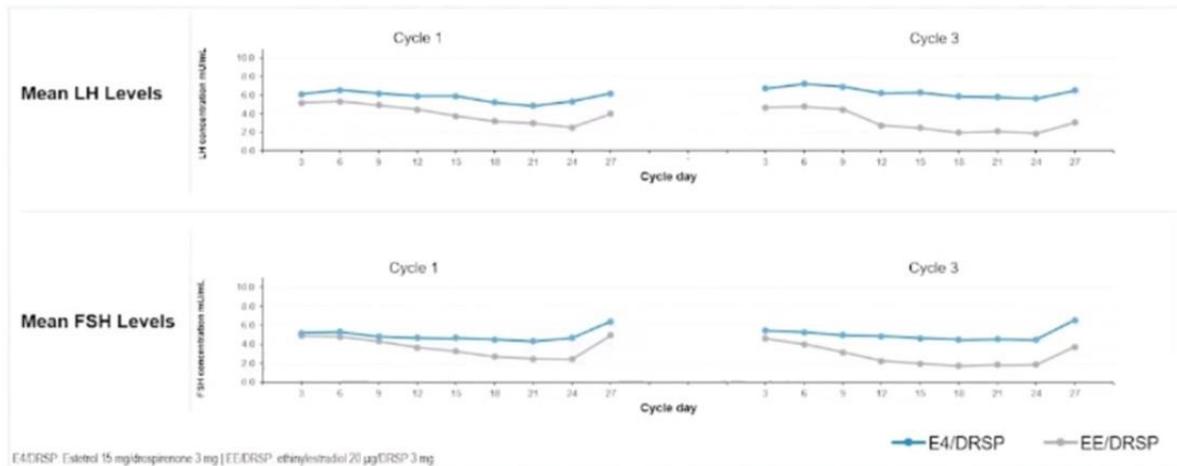
- Producido por el hígado fetal
- Detectado a partir de la 9^{na} semana de gestación en sangre materna
- Vida media 24/32 hs.
- Sintetizado a partir de una planta (soja)
- Estrógeno natural con acción selectiva en tejidos:
- Antagonista de membrana en receptores ER alfa: no tiene efecto hepático, bajo efecto o sin efecto en cáncer de mama
- Agonista de receptor nuclear: tiene actividad estrogénica en hueso, vagina y aparato cardiovascular
- No genera metabolitos, se metaboliza por completo en el hígado
- No inhibe la enzima Citocromo P450: **no hay interacciones medicamentosas**
- No circula unida a proteínas: más estetrol libre, mayor vida media
- Todavía en estudios de fase 1 y 3: antagonizaría efecto de estrógenos en mama por lo que protegería del cáncer de mama y podría ser útil en pacientes con cáncer.



- Prevención de hiperplasia de la íntima vascular, disminuye riesgo de trombosis
- Efectos antioxidantes in vitro
- Efectos neuroprotectores

Inhibición de la ovulación

E4/DRSP adequately suppressed LH and FSH



E4/DRSP: E4estrol 15 mg/drospironone 3 mg | EE/DRSP: ethinylestradiol 20 µg/DRSP 3 mg

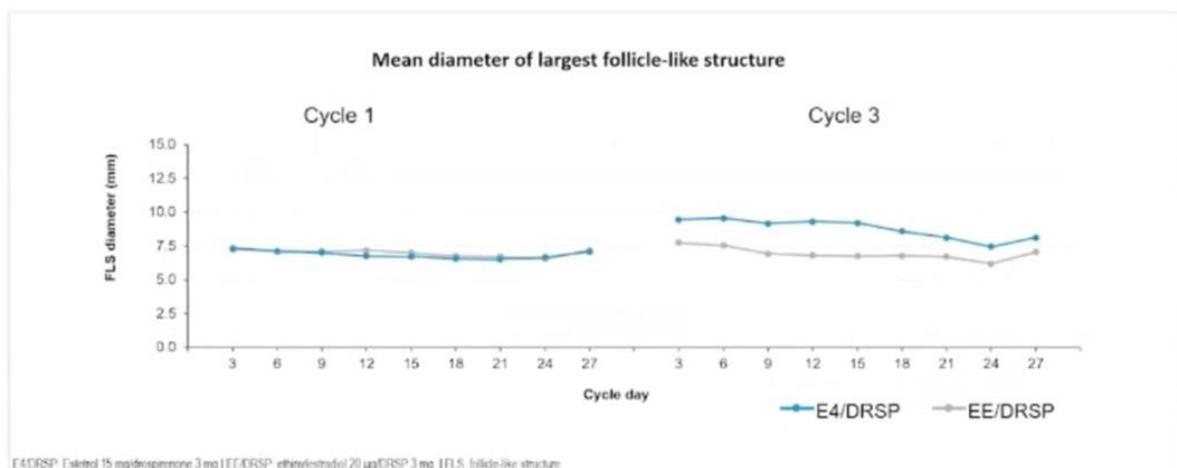
— E4/DRSP — EE/DRSP

4 FSH: follicle stimulating hormone | LH: luteinizing hormone

Dijkers I et al. Contraception (pub 06 Mar 2021)

Buena supresión de pico de LH (inhibición de la ovulación), disminución FSH (de crecimiento folicular).

E4/DRSP adequately suppressed follicular growth



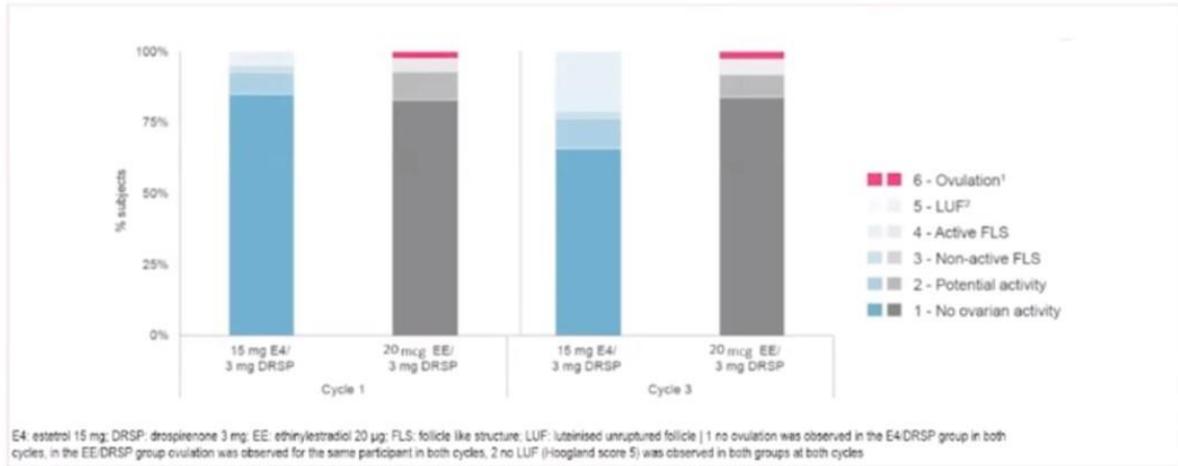
E4/DRSP: E4estrol 15 mg/drospironone 3 mg | EE/DRSP: ethinylestradiol 20 µg/DRSP 3 mg | FLS: follicle-like structure

— E4/DRSP — EE/DRSP

6

Dijkers I et al. Contraception (pub 06 Mar 2021)

E4/DRSP adequately suppressed ovarian activity and inhibited ovulation (no ovulation was observed)



Adapted from Dijkers I et al. Contraception (publ: 06 Mar 2017)

No se observó ovulación, con una recuperación de la ovulación en un promedio de 15 días

E4/DRSP – Phase 3 development program Two multicenter, open-label, single arm studies, 13 cycles



Contraceptive Efficacy Studies

EU / Russia – Enrolled

| | |
|-------------|-----------|
| 18–50 years | n = 1,577 |
| 18–35 years | n = 1,373 |

US / Canada – Enrolled

| | |
|-------------|-----------|
| 16–50 years | n = 2,148 |
| 16–35 years | n = 1,939 |



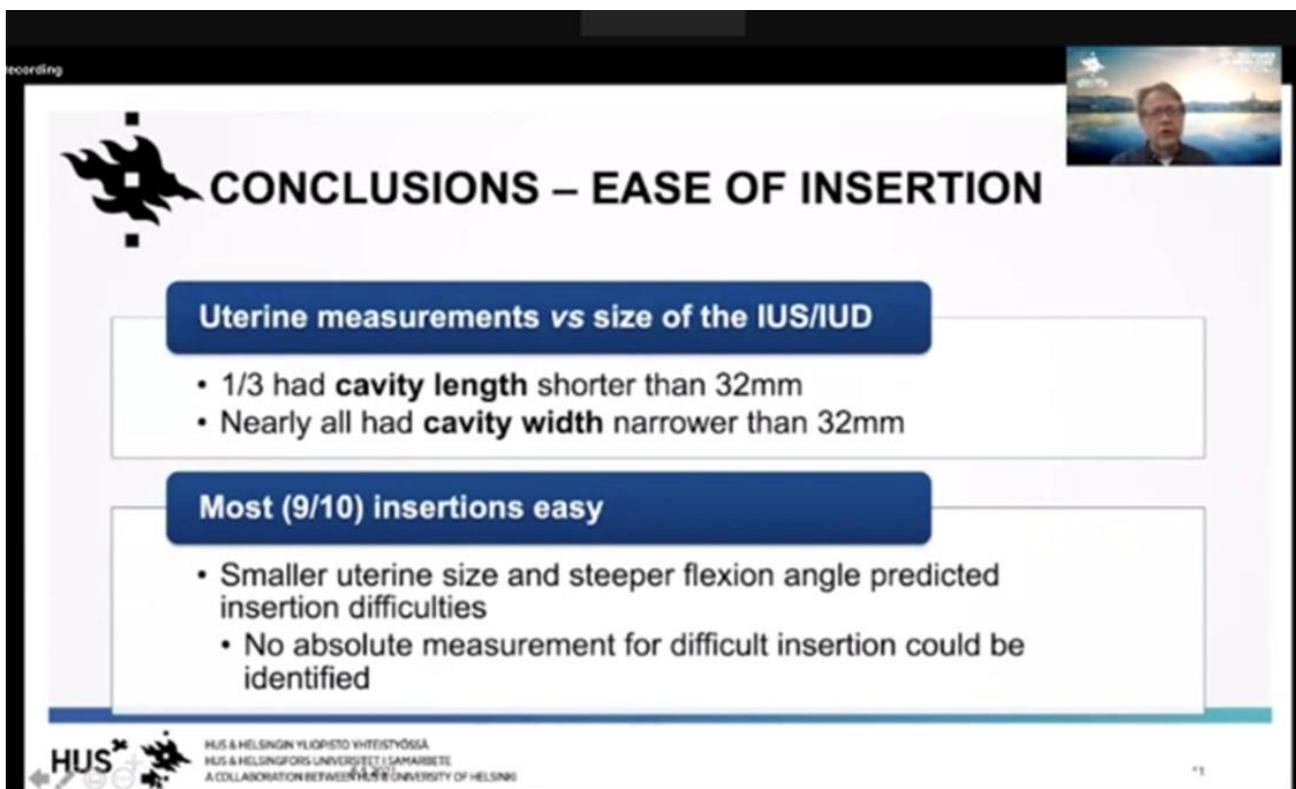
Población: mujeres en edad fértil de 18 a 50 años, BMI (índice de masa corporal < 35 KG/m²)

- Índice de Pearl: rama Europea 0.26 uso perfecto y rama USA: 1.43.(buen índice de Pearl, similar a los datos comparados con anticoncepción hormonal combinada con EE).

- Trombosis Venosa: 1 caso en la rama Europea, 0 caso en la americana. Falta completar con la fase 4, o sea, en población general.
- Bajo abandono del método por efectos adversos. Solo 2 a 3 % de abandono por alteración de patrón de sangrado.

Novedades en métodos de larga duración: la medida uterina importa para la colocación de DIU / DIU hormonal: Kyleena. Dr. Oskari

El Dr. Heikinheimo concluye, luego de la presentación de distintos trabajos al respecto, que : 1/3 de las pacientes tienen cavidades (hasta OCI) menores de 32 mm y el ángulo de flexión podría predecir dificultad en la inserción, pero no hubo una medida uterina mínima que se identificara como por debajo de la cual no se puede insertar un DIU y por lo tanto no es necesario la medida del la misma por ecografía previo a la colocación del DIU o DIU Hormonal.



Recording

CONCLUSIONS – EASE OF INSERTION

Uterine measurements vs size of the IUS/IUD

- 1/3 had **cavity length** shorter than 32mm
- Nearly all had **cavity width** narrower than 32mm

Most (9/10) insertions easy

- Smaller uterine size and steeper flexion angle predicted insertion difficulties
- No absolute measurement for difficult insertion could be identified

HUS
HUS & HELSINGIN YLIOPISTO Yhteistyössä
HUS & HELSINGFORS UNIVERSITET I SAMARBETE
A COLLABORATION BETWEEN HUS & UNIVERSITY OF HELSINKI

71

ring



UTERINE SIZE, BLEEDING & PAIN

KAISLASUO ET AL., HUMAN REPRODUCTION 2015

Conclusions

- Nulligravid women are satisfied IUD/IUS users and experience bleeding similar to that in earlier studies with parous women.
- Small uterine size associated with both less bleeding and pain for LNG-IUS users.
- US evaluation of young nulligravid women prior to LNG-IUS insertion
 - Does not give additional information compared to clinical evaluation
 - Does not predict problems in long-term use
 - **Uterine size (as measured with US) does not matter!**

Median days of bleeding /spotting by uterine size with the LNG-IUS months 0-3

Median days of bleeding /spotting by uterine size with the LNG-IUS months 10-12

HUS & HELSINGIN YLIOPISTO YHTEISTYÖSSÄ
HUS & HELSINGFORS UNIVERSITET I SAMARBETE
A COLLABORATION BETWEEN HUS & UNIVERSITY OF HELSINKI

Con respecto a las novedades sobre DIU Hormonal, tenemos la presentación de Kyleena que está siendo lanzado en Argentina y ya está disponible en muchos países. Kyleena es un DIU hormonal que dura 5 años al igual que Mirena pero que libera una dosis intermedia de levonorgestrel entre Mirena y Blusiri (Jaydess), pero tiene el tamaño del Blusiri, por lo que la cánula de inserción es menor.

ring





Mirena^{1,2}



Kyleena^{1,3}



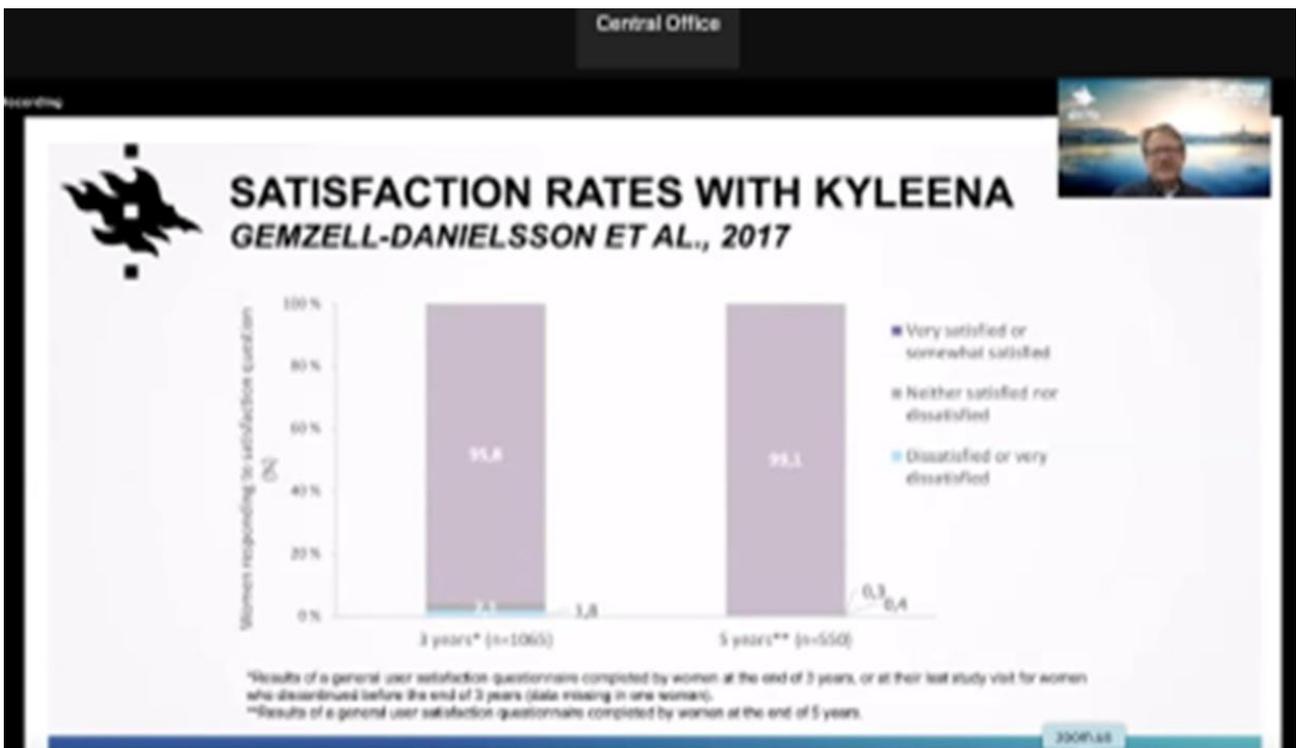
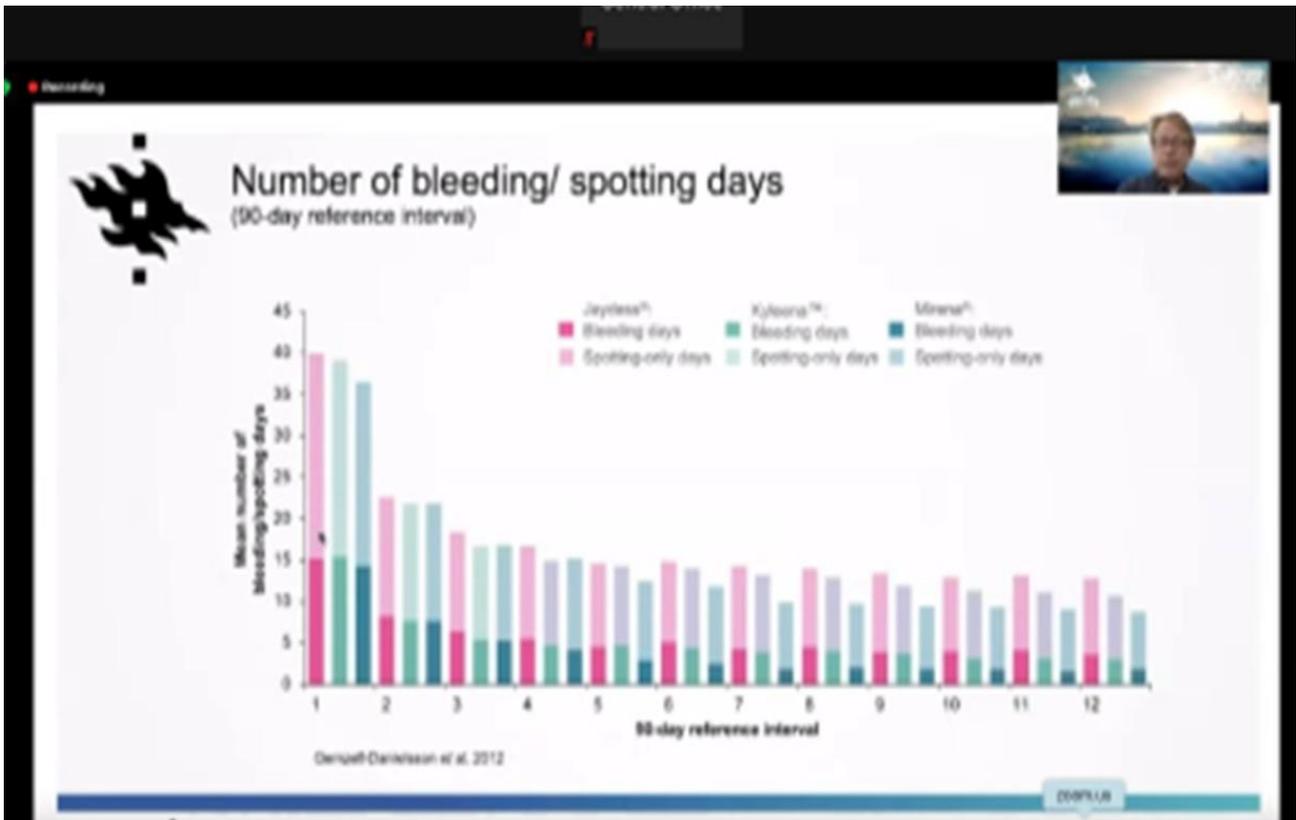
Jaydess⁴

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Maximum duration of use (years) | 5 | 5 | 3 |
| Efficacy (Pearl Index) | 0.11 over 5 years | 0.29 over 5 years | 0.33 over 3 years |
| Average in vivo LNG release rate over the first year | 20 µg/24 hours | 12 µg/24 hours | 8 µg/24 hours |
| Total LNG content (mg) | 52 | 19.5 | 13.5 |
| T-frame dimensions (mm) | 32 x 32 | 28 x 30 | 28 x 30 |
| Insertion tube diameter (mm) | 4.4 | 3.8 | 3.8 |
| Silver ring/ MR compatibility | No Silver Ring/ MR Compatible | Silver Ring on Stem/ MR Conditional* | Silver Ring on Stem/ MR Conditional* |
| Color of the monofilament threads | Brown | Blue | Brown |

HUS & HELSINGIN YLIOPISTO YHTEISTYÖSSÄ
HUS & HELSINGFORS UNIVERSITET I SAMARBETE
A COLLABORATION BETWEEN HUS & UNIVERSITY OF HELSINKI

Mirena Product Monograph, 3. Kyleena Product Monograph, 4. Jaydess Product Monograph

Con respecto a los días de sangrado y el spotting: son muy aceptables, con más de un 95% de aceptación a los 5 años del mismo.



Transgénero: desafíos en su tratamiento. Dra. Dorte Glinbork

La necesidad de cambio de género es una condición que tiene una prevalencia del 0.5 % de la población general, la misma que la diabetes tipo 1. Por lo tanto, debemos involucrarnos y encarar los desafíos que nos plantea su acompañamiento y tratamiento para asegurar a les pacientes una buena calidad de vida con los menores riesgos posibles y garantizando su elección.

Gender affirming endocrine care

Female to male = TRANS MAN

Male to female = TRANS WOMAN

Gender fluid
Gender queer

GENDER NON-BINARY

SDU

Se observas en esta población un alto porcentaje de suicidios cercano al 45% y hay trabajos que demuestran que el tratamiento adecuado disminuye esta problemática aminorando los trastornos depresivos y otros trastornos psicológicos.

Hormone treatment and mental health

Psychopathology

Depressive Symptoms

Body Uneasiness

Gender affirming treatment improves mental health.

How to organize gender affirming treatment?

Fischer DF, JGIM 2016

SDU

Según la experiencia dinamarquesa se realiza un diagnóstico, estudios de sangre y un seguimiento exhaustivo con consultas pautadas con médicos/as y con enfermeras/os para el seguimiento de los efectos adversos posibles.

En el caso de la transición femenina ya no se utilizan más anticonceptivos, se prefieren estrógenos sobre todo transdérmicos que son los que menos efectos adversos producen. Si no, pueden ser orales o inyectables (pocos países) y se agregan antiandrógenos. El de elección es la ciproterona si está disponible; también se pueden usar análogos, pero por breve tiempo.

Transgender women Endocrine treatment in adults Risks, benefits and limitations



Oral contraceptives obsolete!

Natural estrogen treatment

Oral estradiol

Estradiol valerate 4 -6 mg daily

Transdermal estradiol

Gel 3 mg daily

Patch 100 µg/72h

Injections (not widely available)

Anti-androgens

Cyproterone acetate 12.5 - 25 mg

Spirolonactone 200 – 400 mg

GnRH analogues

Hembree, J Clin Endocrinol Metab 2017



Los estrógenos orales serían la primera elección para menores de 40 años y los transdérmicos para mayores de 40 años.

En Dinamarca la ciproterona es la elección del antiandrógeno.

Se le da la posibilidad de preservación de esperma, se entrena la voz y se ofrecen cirugías para la nuez y también cirugías faciales. Depilación laser.

Anticoncepción de emergencia. Dra. Sharon Cameron

Las nuevas propuestas en anticoncepción de emergencia (AE) tuvieron que ver con este trabajo "The Bridge-it Study" que propone que luego de la toma de la píldora de emergencia la paciente continúe con pops (anticoncepción o píldoras de solo gestágeno) y tenga un rápido acceso a las clínicas de salud reproductiva para su seguimiento. El trabajo se hizo en pacientes de más de 16 años con muy buenos resultados en cuanto la continuación del método anticonceptivo y a la reducción de la toma de pastillas de emergencia en forma repetida. La anticoncepción con pops es segura y permite un puente entre la toma de anticoncepción hormonal de emergencia y la elección de otro método o continuación de las pops.

The Bridge-it study

- UK : Edinburgh, London, Dundee
- 29 pharmacies, cluster randomized, crossover
- N= 636 women oral LNG-EC
- **Intervention:** 3 months POP (desogestrel) & rapid access to SRH clinic (N=316)
- **Control:** standard care (N=320)
- Dec 2017- June 2019

Determine if the intervention results in greater use of effective contraception than EC and advice alone

Use of effective contraception following provision of the progestogen-only pill for women presenting to community pharmacies for emergency contraception (Bridge-It): a pragmatic cluster-randomised crossover trial

Journal Pre-proof

Summary

Background: Evidence suggests that effective contraception after oral emergency contraception (EC) results in a reduction in risk of unintended pregnancy. Most women in the UK obtain emergency contraception from community pharmacies. We hypothesized that provision of the progestogen-only pill as a bridging contraceptive method of emergency contraception will increase contraceptive use in addition to a usual oral contraceptive health plan, in which all methods of contraception are available, resulting in increased contraceptive use of effective contraception.

Methods: We did a pragmatic, cluster-randomised crossover trial in 29 UK pharmacies using randomised, longitudinal emergency contraception. Women aged 18 years or older, not already using hormonal contraception, and not currently taking emergency contraception, were invited to participate. In the intervention group, women received a 3-month supply of the progestogen-only pill (PO) as emergency contraception, plus a rapid access, and in a usual pharmacy-based and independent health clinic, to the nearest group pharmacy, which advised women to attend their usual contraceptive provider. The order in which each pharmacy provided the intervention or control was randomly assigned using a computer software algorithm. The primary outcome was the use of effective contraception (defined as hormonal or IUD) at 4 months. The trial is registered, NCT03705600 (pubmed).

Results: Between Dec 10, 2017, and Dec 26, 2019, 636 women were enrolled in the intervention group (316) and 320 women in the control group (320). 17% of the control group (54/320) and 12% of the intervention group (56/316) were not eligible for the study. 11 women from the intervention group were unable to participate in the study. The proportion of women using effective contraception was 38.1% greater (95% CI 1.1, 66.1) in the intervention group (36/101, 95% CI 0.0, 72.1) than in the control group (0/101, 95% CI -10.0, 10.0) in the intervention group (36/101) (95% CI 0.0, 72.1). The difference remained significant after adjusting for age, gravidity, current relationship, and history of effective contraception use, and was robust to the effect of missing data (missingness completely at random). No adverse effects were reported.

Conclusions: Provision of a supply of the progestogen-only pill with emergency contraception from a community pharmacy, along with or without a usual independent health clinic, results in a clinically meaningful increase in subsequent use of effective contraception. While supplementary, this practice could promote sustained contraceptive use for women seeking advice.

Trials Registration: British Society for Health Research Health Technology Assessment Programme support (12/101/01).

Copyright © 2019 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.

Introduction: Evidence suggests that effective contraception after oral emergency contraception (EC) results in a reduction in risk of unintended pregnancy. Most women in the UK obtain emergency contraception from community pharmacies. We hypothesized that provision of the progestogen-only pill as a bridging contraceptive method of emergency contraception will increase contraceptive use in addition to a usual oral contraceptive health plan, in which all methods of contraception are available, resulting in increased contraceptive use of effective contraception.

La otra novedad es la posibilidad de colocar como AE (anticoncepción de emergencia) el DIU hormonal. Ya estaba probada la eficacia del DIU de cobre, pero existen dudas acerca del hormonal como AE. Los trabajos presentados muestran su eficacia y seguridad y hacen creer que sería una buena opción para utilizar como AE y la posibilidad entonces de que quede con un método seguro a largo plazo.

LNG-IUD for EC

- > 10,000 screened, 7% participants
- 3% LTFU, 6% outcome inferred from clinical records/ survey
- Pregnancies **1/317** LNG-IUD vs **0/321** Cu-IUD
- 0.3% (95% CI 0.01-1.7) vs 0% (95% CI 0 - 1.1) **non inferior**
- Considerations for clinical practice
- Lack data on cycle day risk of conception, missing outcomes
- LNG-IUD *could* be effective for EC & further research encouraged
- Adds evidence *potentially support* quick start LNG-IUD at oral EC

DIU con levonorgestrel vs DIU con cobre para anticoncepción de emergencia

Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception

AUTORES:

David K. Turok, M. D., Alexandra Gero, M.P.H., Rebecca G. Simmoms, Ph. D., Jennifer E. Kaiser, M.D., Gregory J. Stoddard, M.P.H., Corinne D. Sexsmith, M. S., Lori M. Gawron M. D., and Jessica N. Sanders, Ph. D. N Engl J Med 2021; 384:335-344 - DOI: 10.1056/NEJMoa2022141

Traducción y comentarios: Ansede, María del Rosario¹, Lovisoló, María Laura².



dramllovisolo@gmail.com

¹ Médica Residente en Ginecología y Obstetricia CEMIC

² Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infanto Juvenil CEMIC

Resumen

Introducción: En Estados Unidos, las consultantes eligen cada vez con mayor frecuencia el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-Lng) en lugar del DIU de cobre (DIU-Cu) como método anticonceptivo a largo plazo. Con respecto a la anticoncepción de emergencia (AE), los profesionales de la salud ofrecen solo el DIU-Cu debido a la falta de evidencia científica a cerca de la eficacia del DIU-Lng en esta área.

Métodos: Se realizó un ensayo randomizado que incluyó 711 mujeres que solicitaban AE luego de al menos un episodio de relaciones sexuales sin protección dentro de los 5 días del evento y aceptaban la colocación de un DIU para la prevención de un embarazo no intencional. La distribución del tipo de DIU se realizó en una proporción 1:1 para recibir DIU-Lng (52mg Levonorgestrel) o el Diu-Cu (T380A).

El objetivo primario del estudio fue evaluar la eficacia del Diu-Lng como AE. El margen de no inferioridad se fijó en 2.5%.

Resultados: Del total de las mujeres estudiadas, la mayoría (N=290 Rama DIU-Lng y N=300 Rama Diu-Cu) realizaron el test de embarazo en orina dentro del mes de la colocación. La tasa de embarazo detectada fue de 1 en 317 (0.3%; IC 95% [IC] 0.01 a 1.7) en el grupo DIU-Lng y de 0 en 321 (0%; IC 95% 0 a 1.1) en el grupo DIU-Cu. La diferencia absoluta entre ambos grupos fue de 0.3% (IC 95% -0.9 a 1.8) lo que coincide con la no inferioridad del DIU-Lng en comparación con el DIU-Cu en su utilidad como AE.

Conclusiones: La utilización de DIU-Lng demostró tener igual eficacia que el Diu-Cu para su uso en anticoncepción de emergencia.

Mundialmente, se utilizan diferentes métodos de AE para disminuir el riesgo de embarazo luego de una relación sexual desprotegida. En Estados Unidos, la FDA (Food and Drug Administration) aprobó hasta el momento solo dos métodos para AE: levonorgestrel vía oral y acetato de Ulipristal vía oral. A pesar de que el Diu-Cu no se encuentra aprobado por la FDA para AE, la evidencia observacional es substancial y demuestra su alta eficacia, con una tasa de embarazo menor al 0.1% que, además, es mucho menor que la reportada para los métodos que se indican vía oral.

Por otra parte, las pacientes candidatas para utilizar métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs) tienen en la actualidad una marcada preferencia por el DIU-Lng por sobre el Diu-Cu, y esto, probablemente esté en relación a la reducción del sangrado menstrual que tiene como efecto colateral el DIU-Lng. Sobre la base de esta preferencia de las pacientes por el DIU-Lng demostrada en estudios previos al recientemente publicado y con el objetivo de aumentar las opciones disponibles en AE, se diseñó el ensayo RAPID EC (Randomized Controlled Trial Assessing Pregnancy for IUDs as Emergency Contraception) optando por un estudio de diseño de no inferioridad para determinar el riesgo de embarazo dentro del mes de la colocación del DIU-Lng en comparación con el Diu-Cu como AE.

Métodos: Se reclutaron en Utah durante 3 años y 4 meses, mujeres entre 18 y 35 años que necesitaban AE luego de una relación sexual desprotegida dentro de los 5 días previos (120hs). Se calculó el día del ciclo en que se produjo la relación sexual sin protección y se consignó el día de la inserción del DIU. Los criterios de exclusión fueron los correspondientes a la contraindicación del uso de anticoncepción intrauterina sumado al uso de AE vía oral en los 5 días previos. Todas las participantes del estudio fueron informadas de la posibilidad de embarazo con el uso de DIU-Lng como AE pudiendo optar por la extracción del mismo en cualquier momento y el cambio a otro MAC, incluido otro tipo de DIU.

Las pacientes realizaron un test de embarazo en orina negativo previo a la colocación gratuita del DIU y luego, se las randomizó en una proporción 1:1 a la inserción del DIU-Lng o Diu-Cu desconociendo a qué grupo pertenecían. Se realizó testeo de embarazo en orina luego de un mes de la colocación del DIU tanto en el domicilio como en la consulta presencial con el profesional de la salud. Se realizó seguimiento utilizando encuestas y se investigaron historias clínicas electrónicas de otros centros para constatar si había test de embarazos positivos no reportados.

Aquellas participantes que reportaban un embarazo en los primeros 6 meses de la colocación del DIU se les realizó una ecografía para determinar si éste resultó de la relación sexual desprotegida dentro de los 5 días previos a la colocación del DIU.

Resultados y discusión: De las 711 mujeres que se aleatorizaron, 355 participantes fueron asignados para recibir DIU-Lng y 356 para recibir DIU-Cu. De estos, 290 y 300 participantes respectivamente recibieron la intervención asignada y proporcionaron los resultados acerca de los test de embarazo en orina en el seguimiento de 1 mes. Entre los participantes se informó un promedio de 2.1 episodios de relaciones sexuales sin protección dentro los 5 días previos a la colocación del DIU.

Se detectó embarazo un mes después de la colocación del DIU en un solo participante en el grupo con DIU-Lng (0,3%; IC 95% [IC], 0.01 a 1.7), y en ningún participante en el grupo de DIU-Cu 0%; IC 95%, 0 a 1,1). La diferencia absoluta entre ambos grupos fue de 0,3 % (IC 95%, -0,9 a 1,8) excluyendo el margen de no inferioridad de 2,5 %.

El único embarazo ocurrió en una participante que informó un solo episodio de relaciones sexuales sin protección 48 horas antes de la colocación del DIU-Lng. El tiempo del embarazo detectado mediante ecografía a las 10 semanas fue consistente con el hecho de que la concepción ocurrió como resultado de un fracaso de la AE. El embarazo terminó en un aborto espontáneo a las 10 semanas con el DIU-Lng *in situ*.

En relación a los efectos colaterales, una única participante en el grupo de DIU-Cu tuvo una expulsión del dispositivo con reinserción del mismo en el día 11 y con respecto a los efectos adversos, el 5,2% de las usuarias de DIU-Lng y el 4,9% de las usuarias de DIU-Cu buscaron atención médica durante el primer mes después de la colocación.

Durante el estudio no se comparó el uso de DIU con respecto a otros métodos de AE. Sin embargo, la incidencia de embarazo reportada en este ensayo con el uso del DIU-Lng como AE surge como un dato favorable para comparar con AE vía oral (1,4 a 2,6%). Existen dos datos relevantes a tener en cuenta con respecto a la comparación con AE vía oral. En primer lugar, a diferencia del caso del levonorgestrel oral, la eficacia del DIU-Lng como AE no parece verse afectada según el índice de masa corporal como sucede con el primero. En segundo lugar, la mayoría de los estudios sobre AE administrada vía oral suelen limitarse a participantes que solo han tenido un episodio de relaciones sexuales desprotegidas ocurrida antes de los 3-5 días del uso de AE mientras que en el presente estudio que demuestra una menor frecuencia de embarazo, muchos de las participantes presentaban un mayor riesgo de embarazo ya que reportaron múltiples episodios de relaciones sexuales desprotegidas en los 5 días previos y algunos incluso informaron haberlas tenido de 6 a 14 días antes de la colocación del DIU.

Destacamos el hecho de asumir que las participantes que no informaron dentro del mes los resultados del test en orina no hubieran sido sometidas a abortos debido a que es poco probable que se pierda el registro de los mismos ya que la gran mayoría de los abortos en Utah ocurren dentro del mismo sistema de salud.

Comentarios:

En este ensayo la utilización de DIU-Lng demostró tener similar eficacia que el Diu-Cu para su uso en AE ya que la diferencia absoluta entre ambos fue de 0.3% lo que implica que la intervención estudiada no es peor que el control ya que coincide con la no inferioridad del DIU-Lng en comparación con el DIU-Cu en su utilidad como AE. Esto es un hallazgo importante en la actualidad ya que la evidencia demuestra que las pacientes que requieren AE tienen preferencia por elegir un método que a la vez solucione la anticoncepción por un período prolongado y, sin lugar a dudas, los beneficios no contraceptivos del DIU-Lng relacionados con el patrón de sangrado que generan mayor confort en las pacientes, inclinan la balanza hacia este último en comparación con el Diu-Cu. Además, esto posibilita evitar la ventana existente entre la indicación de AE vía oral y la elección de un MAC.

La principal limitación de este estudio se focaliza en la cantidad de pacientes que se perdieron durante el seguimiento ya que esto podría influir en los resultados. Sin embargo, dada la naturaleza aleatoria de este estudio, la pequeña diferencia entre los grupos en la indicación de AE podría no ser un problema, ya que en teoría esto estaba sucediendo por casualidad y además, la muy baja tasa de fracasos en ambos grupos fue tranquilizadora en general. Cabe destacar que este estudio no compara el costo, la accesibilidad ni la disponibilidad de ambos dispositivos y ello, en muchas regiones, puede obrar sin dudas como otra limitante al momento de la elección de la AE.

Mientras se esperan más ensayos clínicos sólidos para proporcionar evidencia adicional, el estudio actual, que es el primero en abordar este tema, puede respaldar el uso del DIU-Lng como anticoncepción de emergencia en escenarios clínicos donde se disponga y la paciente prefiera, habiendo sido informada previamente de la evidencia actual y del eventual riesgo de embarazo lo elija.

Anticoncepción hormonal combinada y COVID-19

Combined hormonal contraception and COVID-19

AUTORES:

Iñaki Lete. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 26:2, 128-131, (2021)

DOI: 10.1080/13625187.2020.186784 full text disponible en

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2020.1867845>



Traducción y comentarios: Dra. María Elisa Moltoni

marumolto@yahoo.com.ar

Médica ginecóloga Hospital Británico de Buenos Aires, Halitus Instituto Médico. Secretaria general de AMAdA

RESUMEN

Objetivo: Este artículo revisa la posibilidad de utilizar anticonceptivos hormonales combinados durante la Pandemia de COVID-19.

Métodos: revisión narrativa

Resultados: Se analizan los factores que protegen a las mujeres de la gravedad de la enfermedad, así como los factores de riesgo para el uso de este tipo de anticoncepción, especialmente relacionados con el aumento del riesgo de un evento trombótico en pacientes afectados por la enfermedad. Finalmente, se colecta la información disponible sobre pautas de acción en pacientes con COVID-19 que utilizan anticonceptivos hormonales combinados

Conclusiones: Podemos seguir prescribiendo y utilizando métodos hormonales con EE.

El artículo que comentamos y recomendamos del Dr. Lete es una revisión narrativa que intenta analizar el rol de los estrógenos en la infección por COVID, el cual se ha relacionado con un mayor riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) llevando a que algunas sociedades científicas recomienden suspender o limitar el uso de anticoncepción hormonal combinada (AHC) durante la pandemia, mientras que otras sugieren que se continúen usando.

El mismo comienza por describir la diferente afectación del COVID por sexos, con una aparente afectación mayor de los hombres en cuanto a tasa de infección y gravedad que las mujeres. Los datos desagregados por sexo de afectados por COVID-19 en China, muestran que la tasa de mortalidad entre los hombres del 2,8% mientras que en las mujeres es del 1,7%. La edad influye también.

¿Por qué las mujeres tienen síntomas de COVID-19 menos graves que los hombres? Se postulan es esta revisión distintas teorías como que el cromosoma X confiere a las mujeres, una ventaja en la respuesta inmune, con una mayor producción de anticuerpos y activación de la inmunidad celular. Otro mecanismo sería que los estrógenos activan la respuesta inmune y regulan la producción de citoquinas y el complejo renina-angiotensina (en mujeres mayores, con menos estrógenos habría mayor gravedad), promoviendo una respuesta antiinflamatoria; tienen un rol

además positivo sobre la función endotelial también ejemplificado en el artículo, el cual se ha comprobado también en modelos animales.

Riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (TEV) en pacientes con COVID-19 y anticoncepción hormonal

Según refiere Lete, sabemos que la enfermedad tromboembólica venosa es una entidad rara en mujeres jóvenes, pero se ha asociado con el uso de AHC, especialmente si hay otros factores de riesgo. Asimismo se sabe que la infección por SARS-CoV-2 predispone a la trombosis, tanto arterial como venosa, lo cual podría estar relacionado con una activación de la cascada de coagulación en estos pacientes.

Los mecanismos por los que se produce la coagulopatía en pacientes con COVID-19 tiene, como hipótesis con más peso, la de la inducción de un estado protrombótico como consecuencia de la respuesta inflamatoria desproporcionada; la tormenta de citoquinas sería un factor determinante de tromboembolismo pulmonar y aumento de la mortalidad en pacientes con COVID-19. La causa por la que mueren los pacientes con COVID-19 grave de hecho parece estar relacionada a este evento. Un estudio retrospectivo citado por Lete concluyó que el mayor riesgo de TEV ocurre durante la fase aguda de la enfermedad, pero el mismo disminuye rápidamente después de esta fase. En este estudio, los autores confirmaron la baja tasa de eventos trombóticos en pacientes con COVID-19 después de ser dados de alta hospitalaria. Las hormonas esteroides son fuertes inmunomoduladores capaces de influir en la respuesta inmunitaria e inflamatoria producida por la enfermedad COVID-19. Además, el 17 beta estradiol suprime la producción de citoquinas proinflamatorias mientras estimula la producción de citocinas antiinflamatorias y estimula la producción de anticuerpos por los linfocitos B. Los estrógenos podrían contrarrestar este aumento del riesgo trombótico debido a su actividad antiplaquetaria y la activación del óxido nítrico. En base en lo anterior, algunos autores incluso recomiendan el uso de estrógenos en el tratamiento de COVID-19 o de SERMs (moduladores selectivos del receptor de estrógeno). De hecho, según menciona el autor, hay un ensayo aleatorizado en marcha evaluando estradiol transdérmico para reducir la gravedad de la enfermedad.

¿Podemos seguir prescribiendo CHC durante la pandemia de COVID 19?

Con todo esto Lete nos sugiere evaluar el escenario de cada mujer:

- Pacientes con COVID-19 moderada o grave ingresados en el hospital

Estos pacientes generalmente cumplen las tres condiciones de la tríada de Virchow para TEV siendo el más relevante es el daño vascular, que provoca una alteración endotelial (la alteración de los factores de coagulación tiene un papel en estos pacientes). Es poco probable que una mujer joven, usuaria de AHC, ingrese en el hospital por COVID-19.

- Pacientes con COVID-19 leve o asintomático

El grupo de estudio español de riesgo tromboembólico en mujeres con COVID-19 en tratamiento hormonal recomendó, en general, para este tipo de pacientes cambiar el AHC a un método solo de progestina si existen factores adicionales de riesgo adicionales para TEV.

- Pacientes sin COVID-19

Este grupo de mujeres corresponde al de la población general, expuestas a una posible infección. En un estudio reciente en Reino Unido, en más de 290 mil mujeres, el riesgo (Odds ratio [OR]) de

padecer la enfermedad COVID-19 fue menor para las mujeres que utilizaron AHC que para las que no lo utilizaron (OR = 0,87 intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,81-0,93). Los autores del estudio concluyeron que sus datos demuestran un efecto protector de los estrógenos contra el COVID-19 sintomático. En el caso de considerar la sustitución de AHC por otro tipo de anticonceptivo libre de estrógenos para evitar el riesgo de TEV en pacientes susceptibles a COVID-19, algunos postulan que, dado el tiempo necesario para la normalización de los parámetros de coagulación tras la suspensión de los AHC, sería mejor agregar un tratamiento anticoagulante a las mujeres que usan AHC enfermas con COVID 19, que suspender el AHC y cambiar al uso de anticonceptivos solo con progestágenos o anticonceptivos no hormonales.

Comentario:

Aparentemente los estrógenos tendrían un rol protector en la infección por COVID por distintos motivos, con diferencia de género en la respuesta inmune, mortalidad y gravedad, lo cual se ha visto incluso en modelos animales, hasta el punto en que se ha postulado como un tratamiento para mejorar el curso de la enfermedad. Esto está maravillosamente explicado en el artículo que recomendamos leer en su totalidad. Pero, más allá de este rol de los estrógenos, está por otro lado, su efecto conocido sobre la coagulación. Sabemos que el tromboembolismo venoso (TEV) es muy raro en la población general, pero que los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) son capaces de aumentar ese riesgo, aunque en números absolutos siga siendo un evento raro (y con tasas aún menores que las provocadas por el embarazo y puerperio). Dado que el COVID demuestra como mecanismo fisiopatológico de enfermedad, probablemente a partir de la "tormenta de citoquinas" un estado proinflamatorio orgánico que aumenta el riesgo de tromboembolismos tanto venoso como arterial, ambos factores de gravedad en enfermos de COVID, es lógico que se cuestione el rol del anticonceptivo hormonal, si una usuaria cursara la enfermedad, o bien si se encuentra expuesta a infectarse. Lete remarca no haber encontrado evidencia de un posible aumento del riesgo de TEV en las usuarias de AHC que padecen COVID-19. Además, los mecanismos por los que se produce la TEV en los usuarios de AHC parecen ser diferentes de los mecanismos por los que se produce la TEV por COVID-19. No hay datos publicados sobre el posible efecto sumativo de los dos factores de riesgo.

Esto sigue siendo un tema controversial, y las sociedades se han expedido al respecto. El autor sugiere considerar distintos escenarios: para aquella **mujer de la población general que está expuesta** no sería necesario un cambio de anticoncepción (de hecho, un estudio del Reino Unido relaciona el uso de anticoncepción con un OR de 0,87 para infección sintomática por COVID). En **mujeres sintomáticas graves**, se podría considerar la suspensión del anticonceptivo, aunque las complicaciones de este estilo se ven en mujeres mayores, que es improbable que estén usando anticoncepción oral. Está discutido el manejo de **mujeres con infección asintomática o leve**. El manejo fue controvertido, con diferentes opiniones según cada sociedad. La española, por ejemplo, recomendó cambiarlo frente a presencia de otros factores de riesgo. La sociedad italiana de contracepción, por ejemplo, no recomendó la suspensión, por considerar, además, como hemos dicho, a los estrógenos como protectores frente al COVID. Queda pendiente definir el rol del estradiol por vía transdérmica y tampoco se tiene evidencia sobre el impacto del uso de AHC con valerato de estradiol o 17 beta estradiol en pacientes con COVID. Como dice Lete, las recomendaciones hechas para continuar el uso, abandono o cambio de método anticonceptivo en mujeres con COVID-19 o en riesgo de ser infectadas por SARS-CoV-2 reflejan las opiniones de grupos de expertos, pero no se basan en trabajos científicos diseñados para tal fin (salvo un estudio retrospectivo de Reino Unido con aparente menor riesgo bajo uso de anticoncepción hormonal). AMAdA ha generado sus guías, que invitamos a ver en número anterior de la revista y en el siguiente link: <http://www.amada.org.ar/index.php/profesionales/consensos/364>