ISSN 2796-9509

Revista AMAdA

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Volumen 22, Nº1 (2026)

Autoridades

Comisión Directiva AMAdA 2026 – 2027:

Presidente: Dra. Lorena Bozza

Vicepresidente: Dra. Daniela Faranna

Secretaria: Dra. María Laura Lovisolo

Tesorera: Dra. Rocio Glassmann

Vocales Titulares:

- Dra. María Susana Moggia
- Dra. Silvia Ciarmatori
- Dra. Lucia Domingo
- Dra. Mariana Marrone
- Dra. Mariela Orti
- Dra. Claudia Diez Beltrán
- Dra. Alicia Lázaro
- Dra. Marisa Labovsky
- Dra. Elina Coccio
- Dra María Alejandra Martinez

Vocales Suplentes:

- Dra. Florencia Salesi
- Dra. Lucila Othatz
- Dra. Giselle Ponce
- Dra. Magali Galarza
- Dra. Natalia Jacod

Comisión Revisora de cuentas:
Titular: Dra. María Elisa Moltoni
Suplentes: Dra. Lia Arribas - Dra. Mónica Graciela Heredia

Comisión Científica:
Coordinadora: Dra. Lía Arribas

- Dra. Lia Arribas
- Dra. Silvina Pradier
- Dra. Gabriela Kosoy
- Dra. Silvia Bonsergent
- Dra. Lucía Katabian
- Dra. Carlota López Kaufman.
- Dra. Silvia Oizerovich
- Dr. Julio Seoane
- Dra. Sandra Vázquez
- Dra. Graciela Ortiz
- Dra. Viviana Cramer
- Dra. Gabriela Perrotta
- Dra. Patricia Riopedre
- Dra. Ángeles Capresi

Revista AMAdA - Comité Editorial

Coordinadora:
Dra. Lorena Bozza

Directoras:
Dra. Mariana Marrone
Dra. Florencia Salesi

Revisoras:
Dra. Susana Moggia
Dra. Silvina Pradier

Comité Editorial Internacional:
Dra. Isabel Ramirez Polo
Dr. Pio Ivan Gomez
Dr. Luis Bahamondes
Dra. Teresa Bomba
Dr. David Escobar

Comité Editorial Nacional:
Dra. Mariela Orti
Dra. Elina Coccio
Dra. Rocio Glassman
Dra. Lia Arribas
Dra. Lucia Domingo
Dra. Emilia Lemos
Dra. Nadia Bergamo

Colaboradoras de Revista Comité, Página Web y Redes Sociales:
Dra. Elina Coccio
Dra. Gisela Ponce
Dra. Lucila Othatz
Dr. Juan Serini
Dra. Sandra Magirena
Dra. Camila Battistella
Dra. Emilia Lemos
Dra. Nadia Bergamo
Dr. Leandro Fusaro

ISSN 2796-9509

Índice

Volumen 22, N°1 (2026)

Editorial

Página 4 **Dra. Lorena Bozza**

Trabajos Originales

Página 6 **Métodos Anticonceptivos utilizados en la Primera Relación Sexual**
Gómez Giordano, Julieta; Lemos M. Emilia; Arribas, Lia; Martínez, M.A.; Coccio, E.

Página 18 **Implementación del procedimiento VEMA: Very Early Medical Abortion (Aborto con Medicamentos Muy Temprano) en el contexto de atención a IVE/ILE en dos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina**
Arribas, Lia; Coccio, Elina; Salesi Florencia; Martinez, Alejandra; Romano, Florencia.

Comentarios Bibliográficos

Página 28 **El impacto en la vida sexual como motivo de discontinuación del método anticonceptivo: revisión sistemática y metaanálisis**
Autores: Mirela Zaneva, Nandita Thatte, Ana Philpott, Clara Maliwa, Rhiana Mills y Lianne Gonsalves.
Traducción y comentarios: Dra. Elina Coccio

Página 33 **Extracción de implantes profundos: El impacto de la profundidad y la posición del implante**
Autores: Daniela Faranna, Nadia Bergamo, Juliana de Toledo Piza Soares, Cassia R. T. Juliato, Luis Bahamondes.
Traducción y comentarios: Dra. Daniela Faranna

Novedades del Congreso Europeo de Anticoncepción 2026

Página 35 **Conferencia Dismenorrea**
Dr. Andrea Genazzani

Editorial

Dra. Lorena Bozza
Presidente de AMAdA
2026-2027

Asumir la presidencia de AMADA representa para mí un enorme honor, pero también una profunda responsabilidad.

Desde que ingresé a AMADA, he transitado prácticamente todos los espacios de participación dentro de nuestra sociedad. Comencé como colaboradora, luego fui vocal, tesorera, secretaria, vicepresidenta y hoy tengo el privilegio de asumir la presidencia.

Este recorrido me permitió conocer profundamente a nuestra institución y desarrollar un enorme afecto por ella. Durante todos estos años aprendí, me formé, crecí profesional y humanamente, y soñé con la posibilidad de llegar a este momento. Les confieso que aún hoy me cuesta creer que haya llegado. Lo vivo con emoción, gratitud y el firme compromiso de continuar construyendo una sociedad científica sólida, innovadora y comprometida con la salud integral de las mujeres.

Quiero, en primer lugar, reconocer y agradecer a todas las comisiones directivas que han contribuido al crecimiento de AMADA a lo largo de los años. Gracias al trabajo colectivo, al compromiso académico y a la convicción de quienes nos precedieron, hoy contamos con una sociedad científica reconocida por su calidad profesional, su mirada interdisciplinaria y su permanente compromiso con la educación médica continua.

Transitamos un momento histórico de profunda transformación. La salud sexual y reproductiva ya no se construye únicamente dentro del consultorio. Hoy convive con nuevas formas de comunicación, con redes sociales, plataformas digitales, inteligencia artificial y un acceso a la información cada vez más inmediato, masivo y, muchas veces, contradictorio. En este nuevo escenario, el desafío no consiste solamente en actualizar conocimientos científicos. El verdadero desafío es transformar ese conocimiento en información clara, accesible y basada en evidencia, sin perder de vista algo esencial: la dimensión humana del cuidado. Porque detrás de cada consulta hay una mujer única, con una historia, un contexto, dudas, temores, proyectos y necesidades diferentes.

Y es allí donde la medicina debe seguir sosteniendo su valor más importante: la escucha, la empatía y el acompañamiento profesional de calidad.
Desde AMADA queremos impulsar una etapa caracterizada por la innovación, la apertura y el trabajo colaborativo. Una sociedad científica más cercana, más federal, más participativa y preparada para los desafíos que vienen. Con ese objetivo, hemos fortalecido la representación regional mediante la incorporación de delegadas societarias que actúan como nexo entre las distintas regiones de nuestro país y AMADA, permitiéndonos conocer de primera mano las realidades, necesidades y desafíos de cada comunidad.

Asimismo, hemos ampliado nuestros canales de comunicación a través de LinkedIn y de nuestro canal institucional de YouTube, herramientas que nos permiten acercar capacitación de calidad a cada rincón del país y continuar promoviendo un verdadero diálogo federal.

Uno de nuestros principales objetivos fue fortalecer la formación académica continua. Por ello desarrollamos la primera Diplomatura AMADA en Anticoncepción, Salud Sexual y Salud Reproductiva, un proyecto académico de excelencia que reúne más de cien instancias formativas

entre clases, actividades y encuentros sincrónicos, con la participación de referentes nacionales e internacionales reconocidos por su trayectoria y experiencia en cada temática.

Por otro lado, nos propusimos promover la investigación científica y generar evidencia nacional. Con ese propósito, comenzamos a desarrollar proyectos de investigación a través de nuestra Subcomisión de Investigación. Durante este período llevamos adelante dos estudios de alcance nacional, cuyos resultados dieron origen a dos trabajos científicos presentados en el Congreso Europeo de Anticoncepción (ESC) 2026. Asimismo, presentamos dos trabajos en el Congreso SOGIBA 2026, uno de los cuales fue distinguido con el Premio Alejandro Hakim al mejor trabajo científico en anticoncepción. Estos logros nos motivan a continuar fortaleciendo la producción científica nacional y a seguir participando activamente en congresos nacionales e internacionales, como FASGO e IMS, entre otros. Nuestro compromiso es continuar generando conocimiento y evidencia local que contribuya a mejorar la atención de nuestras pacientes y a enriquecer la práctica clínica cotidiana.

Además, aspiramos a consolidar espacios de trabajo interdisciplinario mediante la colaboración con sociedades científicas nacionales e internacionales, desarrollando proyectos conjuntos, consensos, actividades académicas y webinars que favorezcan el intercambio de experiencias y conocimientos.

Del mismo modo, consideramos fundamental acompañar a las nuevas generaciones de profesionales. Por ello, estamos desarrollando programas específicos destinados a residentes y jóvenes especialistas, complementando las actividades de capacitación que ya venimos realizando en distintas regiones del país.

Creemos también que es momento de asumir un rol cada vez más activo en la comunicación científica hacia la comunidad. Vivimos en una era en la que la desinformación circula con enorme velocidad, especialmente en temas vinculados con la anticoncepción, la salud sexual y la salud reproductiva. Frente a esta realidad, tenemos la responsabilidad de comunicar con evidencia, claridad, cercanía y compromiso ético.

Por supuesto, nuestro propósito es continuar desarrollando actividades y proyectos destinados a la comunidad, promoviendo información confiable que contribuya a la toma de decisiones informadas. La anticoncepción hoy excede ampliamente la prevención de un embarazo no intencional. Hablar de anticoncepción es hablar de autonomía, calidad de vida, prevención, derechos, bienestar y salud integral de las mujeres en todas las etapas de la vida.
En esta nueva etapa, queremos que AMADA continúe siendo un espacio de encuentro, actualización, intercambio científico y construcción colectiva. Una sociedad capaz de integrar experiencia y nuevas miradas, ciencia y humanidad, innovación y cercanía.

Los desafíos son enormes, pero también lo es nuestra convicción de que una salud sexual y salud reproductiva basada en evidencia, empatía y compromiso puede transformar la vida de las mujeres.

Como expresé durante mi discurso de asunción, AMADA es una gran familia de profesionales que trabaja incansablemente en equipo para alcanzar objetivos comunes. Porque si hay algo que tengo claro, y que sostengo hoy más que nunca, es que en medicina y en la vida, cuando hay compromiso, formación y pasión, sí se puede.

Gracias por acompañarnos en este camino.

Métodos Anticonceptivos utilizados en la Primera Relación Sexual

Autores: Gomez Giordano, Julieta; Lemos M. Emilia; Arribas, Lia; Martínez, M.A.; Coccio, E.
Sección Planificación Familiar, Servicio de Ginecología, Hospital B. Rivadavia Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

Resumen

Objetivos: Evaluar uso y tipo de métodos anticonceptivos (MAC) en la primera relación sexual con penetración vaginal en mujeres cisgénero mayores de 21 años, y su distribución según edad, nivel educativo y acceso a ESI.

Materiales y métodos: estudio observacional, cuantitativo, descriptivo y transversal. Encuesta estructurada, cerrada, anónima realizada entre Enero y Julio de 2025 en un Hospital de Agudos, CABA.

Resultados: El total de encuestadas fue 229, 73,8% (n=169) utilizó algún MAC en su primera relación sexual. El 43% condón masculino, 26,2% ninguno, 21% pastillas anticonceptivas. Sólo el 14% (n=32) utilizó doble método. Quienes alcanzaron un nivel primario 76,9% no utilizó ninguno, pero quienes finalizaron el secundario, 36,7% utilizaron preservativo. Sobre el canal de información el grupo que respondió profesionales de la salud presentaron una frecuencia mayor de uso, asimismo el que se informó en la escuela mostró una asociación positiva con el uso de MAC, y ninguna no usó.

Conclusión: La encuesta arrojó que el grupo de 21 a 29 años presentó una proporción de no uso de métodos menor a la esperada, mientras que las mayores de 50 años mostraron un no uso mayor, esto se explicaría por cambios generacionales en el acceso a métodos y a ESI.

Palabras clave: métodos anticonceptivos, ESI, doble método, primera relación sexual, encuesta.

Abstract

Objectives: To evaluate the use and type of contraceptive methods (CM) during the first sexual intercourse with vaginal penetration in cisgender women over 21 years old, and their distribution according to age, educational level, and access to CSE.

Materials and methods: Observational, quantitative, descriptive, and cross-sectional study. Structured, closed, anonymous survey conducted between January and July 2025 in an Acute Care Hospital, Buenos Aires City.

Results: A total of 229 women were surveyed; 73.8% (n=169) used some CM during their first sexual intercourse. Male condoms were used by 43%, 26.2% used none, and 21% used contraceptive pills. Only 14% (n=32) used dual methods. Among those who completed only primary education, 76.9% used no method; however, among those who completed secondary school, 36.7% used condoms. Regarding information sources, the group who learned from healthcare professionals showed a higher frequency of use. Similarly, those informed at school showed a positive association with CM use, and none reported non-use.

Conclusion: The survey showed that the group aged 21 to 29 had a lower-than-expected proportion of non-use of methods, whereas women over 50 showed a higher non-use rate, which may be explained by generational changes in access to contraceptive methods and CSE.

Keywords: contraceptive methods, CSE, dual method, first sexual intercourse, survey.

Introducción

La salud sexual y reproductiva constituye un componente esencial en el bienestar de las personas, particularmente de las mujeres en edad reproductiva. En este contexto, la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y seguros se presentan como elementos clave para el ejercicio libre y responsable de la sexualidad. En especial, el momento de la primera relación sexual representa una etapa crucial en la vida de las mujeres cisgénero, pues con frecuencia marca el inicio de decisiones que impactarán directamente en su salud reproductiva a corto y largo plazo.

Si bien en Argentina el acceso a todos métodos anticonceptivos en forma gratuita y universal está garantizado por la Ley 25673, aunque en algunas jurisdicciones el acceso a los mismos puede ser irregular.

En el 2021 el 57,6 % de las personas manifestó que su embarazo no había sido planificado. En la ciudad de Buenos Aires el 55.6% de los embarazos son no planificados (4).

A pesar de los avances en la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, aún persisten barreras estructurales y personales que limitan su uso, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes. En el resto América Latina y el Caribe, se mantienen las mismas cifras de embarazo no intencional, dentro de estos alta prevalencia de embarazos no deseados entre adolescentes, lo que en parte se asocia a la falta de uso o uso incorrecto de anticonceptivos durante las primeras experiencias sexuales.(5).

Según la última encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de 2013 (7) realizada, entre las mujeres de 14 a 49 años que han tenido su primera relación sexual, la edad promedio de la primera relación es de 17,3 años. Este parámetro está en descenso. Por este motivo a pesar de contar con distintos métodos anticonceptivos disponibles, es primordial la divulgación y educación sobre los mismos desde temprana edad. De tal manera hay que garantizar el acceso de toda la población, pero hacer especial hincapié en los adolescentes y jóvenes a la educación sexual integral, no solo sobre MAC, sino también brindar información precisa, científica y adaptada a la edad sobre sexualidad, relaciones afectivas, consentimiento, y los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual. En Argentina desde el año 2002 se encuentra en vigencia el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y en el año 2006 se estableció el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), que tiene como uno de sus objetivos asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados de salud sexual.

Pero no solo es importante hacer hincapié en los adolescentes, según la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de 2013, mientras que un 90% de las mujeres de 14 a 19 años refiere haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, este porcentaje desciende con la edad, llegando a sólo un 49% entre las mujeres de 40 a 49 años. Entre el grupo etario de 14 a 29 años el 93 a 97% uso más frecuentemente el preservativo masculino como método anticonceptivo y las mayores de 30 utilizaron pastillas, inyectables o implantes.

El acceso a métodos anticonceptivos y a información sobre los mismos, también está determinado por la situación socioeconómica y el nivel educativo de las personas, un 74% de las mujeres con hasta primario completo utilizan actualmente métodos anticonceptivos. A medida que aumenta el nivel de instrucción, el uso también aumenta: entre las que tienen secundario completo asciende a un 83%, y para las mujeres con terciario o universitario incompleto y más, a un 85%.

La finalidad de este estudio es determinar en las mujeres cisgenero mayores a 21 años, cuáles fueron los métodos anticonceptivos utilizados en su primera relación sexual, conocer si tuvo ESI previo a la misma y la elección del MAC, donde obtuvo el mismo, efector de salud al que acude y conocer su nivel educativo.

La comprensión de estos determinantes evaluados en conjunto nos permitirá reforzar las estrategias de ESI, consejerías previas a la elección del método, informar sobre métodos de larga duración, y aumentar la disponibilidad de los mismos.

Pregunta de Investigación

¿Qué métodos anticonceptivos utilizaron las mujeres cisgénero mayores de 21 años en su primera relación sexual con penetración vaginal, y cómo se relaciona su uso con el nivel educativo, el acceso a información y el tipo de efector de salud al que accedieron?

Objetivo General

Evaluar el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual con penetración vaginal en mujeres cisgénero mayores de 21 años, y analizar su distribución según edad, nivel educativo, acceso a educación sexual integral e información, y tipo de efector de salud al que accedieron.

Objetivos Específicos

1. Identificar los métodos anticonceptivos utilizados en la primera relación sexual en mujeres cisgénero mayores de 21 años y estimar la frecuencia de no uso.
2. Analizar la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y factores asociados como edad, nivel educativo, acceso a información y tipo de efector de salud.
3. Describir los principales canales de acceso a métodos anticonceptivos y a información sobre anticoncepción en la población encuestada.

Antecedentes

A nivel internacional en 2024 Medicine(8) publicó un metaanálisis desde el año 1999 al 2018 sobre las prácticas y usos de anticonceptivos en relaciones sexuales de mujeres solteras, este metaanalisis arrojó que el 57,6% utilizó algún MAC en su primera relación sexual. La prevalencia de uso de preservativo fue del 51,2%, seguido por pastillas anticonceptivas 20,5%, coito interrumpido 12,7% y método de calendario 12,1%.

En 2024 se publicó un reporte en Escocia(9) sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes y los primeros encuentros sexuales y cómo esto afectó sus conductas en los sucesivos encuentros

sexuales, este estudio se centró principalmente en adolescentes de 15 años, mediante una encuesta. De esta forma se tomó a las adolescentes que ya habían mantenido relaciones sexuales y se vio que era 7.5 veces más probable que usen algún metodo anticonceptivo en las siguientes relaciones si habían utilizado en la primera.

En 2019 se publicaron los resultados de una encuesta realizada entre el 2011 y 2012 a mujeres en Dinamarca, Noruega y Suecia (10), el número total de mujeres encuestadas fue de 45,361, el resultado fue que el 18%no había utilizado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual.

En Argentina no se posee un amplio relevamiento de estos datos a lo largo de los años. En el año 2013 se realizó la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva en las 6 regiones del país en Localidades de más de 2000 habitantes, esta arrojó como resultados que en la primera relación sexual un 68,4% utilizó algún tipo de método anticonceptivo, y el 31.6% ninguno. Dentro de estos 90% de las mujeres refiere haber utilizado preservativo o condón, mientras que el segundo lugar lo ocuparon con un 14% las pastillas anticonceptivas, inyectables o implantes.

En 2023 se realizó una encuesta, el estudio Lucía, que arrojó datos actualizados, incluyó a mujeres de 15 a 49 años de todo el país. Como resultados arrojó que un 25% de las encuestadas no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, dentro de las encuestadas que sí lo hicieron, el 55% utilizó preservativo masculino, seguido por un 17% que usó pastillas anticonceptivas. Dentro del total de las usuarias, sólo el 12% utilizó doble método. En cuanto al nivel educativo dentro de las que no usó ningún MAC, el 36% realizó primario, el 24% secundario y el 19% universitario.

Materiales y Métodos

Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo y transversal. La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta estructurada con preguntas cerradas, aplicada de forma anónima entre el 25 de enero y 25 de julio de 2025.

La población objetivo fueron mujeres cisgénero mayores de 21 años que hubieran tenido al menos una relación sexual con penetración vaginal, y que consultaran a un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo mencionado, donde la encuesta se encontraba accesible mediante un enlace QR. La muestra fue no probabilística, por conveniencia, integrada por mujeres cisgénero mayores de 21 años que consultaron en el ámbito ginecológico o en servicios de guardia general y aceptaron participar de forma voluntaria.

Criterios de inclusión:

- Mujeres cisgénero mayores de 21 años.
- Que hayan tenido al menos una relación sexual con penetración vaginal.
- Que hayan respondido la encuesta de forma completa.

Criterios de exclusión:

- Personas que no se identificaran como mujeres cisgénero o que no hayan tenido relaciones sexuales con penetracion.
- Personas menores de 21 años.
- Encuestas incompletas o con inconsistencias en las respuestas.

La encuesta incluyó variables sociodemográficas (edad, nivel educativo alcanzado, presencia de hijxs), uso de métodos anticonceptivos (tipo de método utilizado en la primera relación sexual, uso de doble método, no uso de método), canal de acceso al método (efector de salud, farmacia, familiar, etc.) y fuente de información sobre anticoncepción (escuela, internet, consulta profesional, entre otros).

El análisis estadístico se realizó en dos etapas. Primero, se aplicarán estadísticos descriptivos: frecuencias absolutas y relativas para cada variable. Luego, se realizaron análisis bivariados para evaluar asociaciones entre variables categóricas mediante pruebas de chi cuadrado (χ^2), y en los casos necesarios, test exacto de Fisher. Se considerará significativo un valor de $p < 0,05$. El procesamiento de datos se realizará con Microsoft Excel y software estadístico R.

Resultados

Tabla 1. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

(N = 229)

Categoría	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Usó al menos un método	**169**	**73,8%**
No usó ningún método	**60**	**26,2%**

Tabla 2. Métodos anticonceptivos utilizados en la primera relación sexual

(N = 229; respuestas múltiples)

Método	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Preservativo para penes	99	43,2%
No usó ninguno en su primera relación sexual	60	26,2%
Pastillas anticonceptivas	48	21,0%
Retiro / coito interrumpido	38	16,6%
Implante subdérmico (“chip”)	4	1,7%
DIU de cobre	3	1,3%
Parches / anillo	3	1,3%
Preservativo o condón femenino	3	1,3%
No sé / no recuerdo	3	1,3%
DIU hormonal (SIU)	2	0,9%
Anticoncepción de emergencia (“pastilla del día después”)	2	0,9%

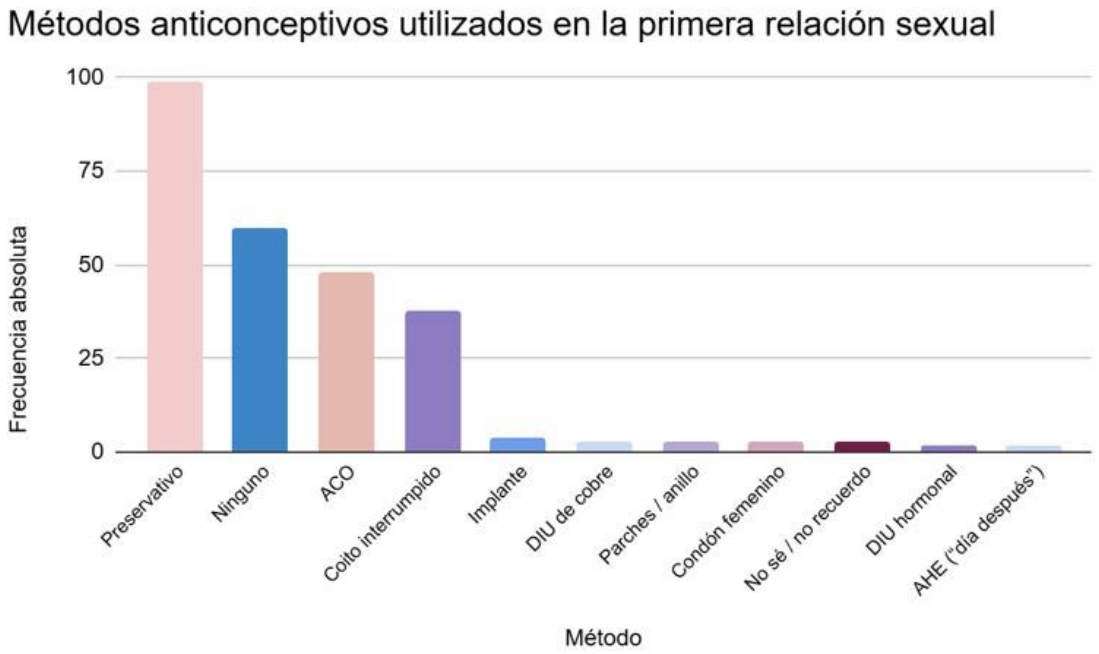


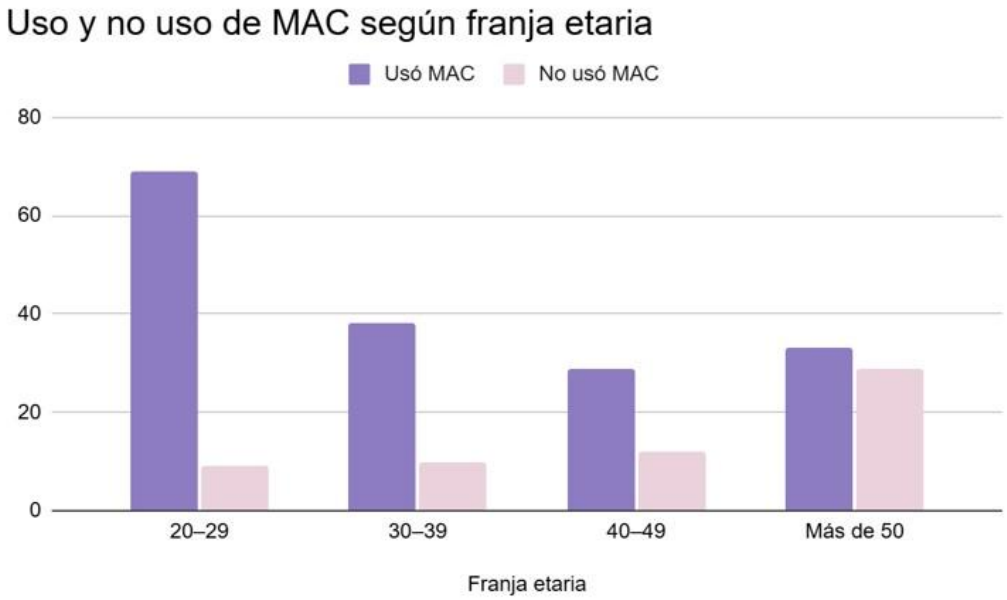
Tabla 3. Uso de doble método (preservativo + otro)

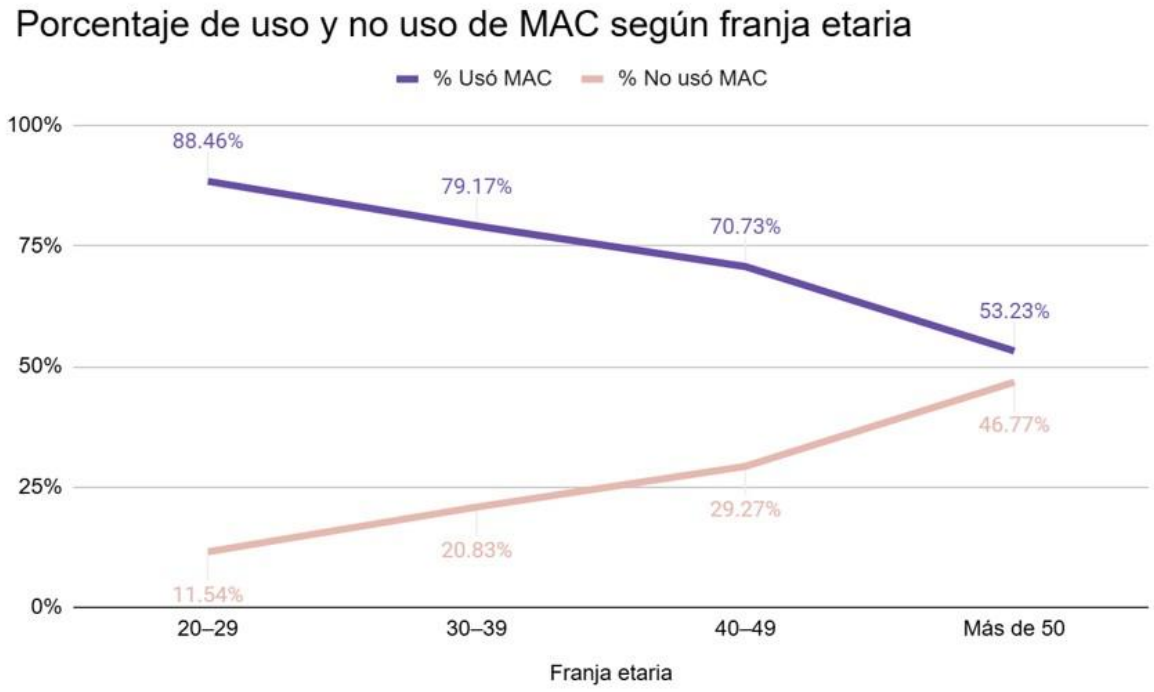
Categoría	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Usó doble método	32	14,0%
No usó doble método	197	86,0%

Tabla 4. Asociación entre franja etaria y uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual
(N = 229)

Franja etaria	No usó MAC	Usó MAC	Total
21–29	9	69	78
30–39	10	38	48
40–49	12	29	41
Más de 50	29	33	62
Total	**60**	**169**	**229**

$\chi^2 = 23,16$ $p < 0,001$





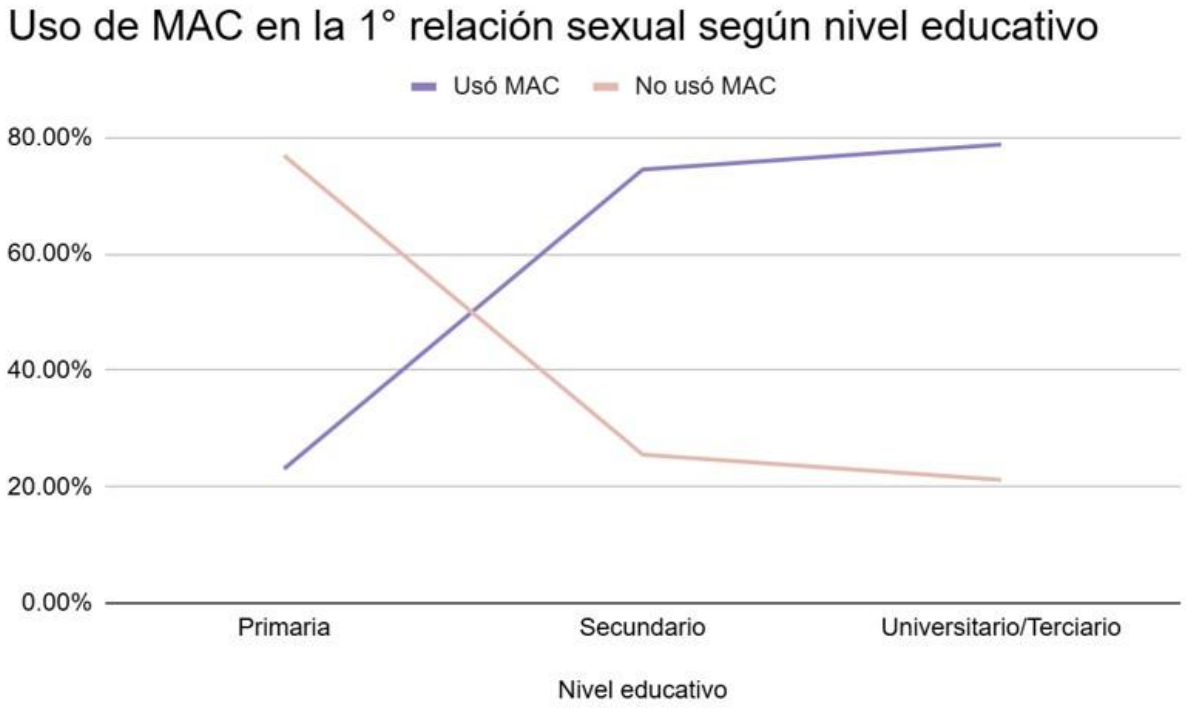
Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la franja etaria y la frecuencia de uso o no de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (**p < 0,001)**. Para explicar esta relación, se realizó un análisis de residuos estandarizados. En este caso, el grupo de mujeres de 21 a 29 años presentó una proporción de no uso de métodos anticonceptivos significativamente menor a la esperada (residuo estandarizado = −2,53), mientras que el grupo de mayores de 50 años mostró un no uso significativamente mayor al esperado (residuo = +3,16). Los grupos de 30–39 y 40–49 años no presentaron desviaciones significativas respecto de lo esperado (residuos < |2|).

Esto sugiere que las diferencias observadas en el uso de MAC según edad se explicarían principalmente por cambios generacionales en el acceso a métodos y educación sexual.

Tabla 5. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual según nivel educativo (N = 229)

Nivel educativo	No usó MAC	Usó MAC	Total
Primaria	10	3	13
Secundario	25	73	98
Universitario/Terciario	25	93	118
Total	**60**	**169**	**229**

χ^2 = 18,86 p = 0,0001



El análisis de residuos estandarizados evidencia que la diferencia significativa entre nivel educativo y uso de métodos anticonceptivos se explica fundamentalmente por el grupo de usuarias que solo alcanzaron nivel de educación primaria: en este caso, el no uso de MAC fue considerablemente mayor al esperado (residuo = +3,57), mientras que el uso fue menor al esperado (residuo = −2,13). Los niveles secundario y universitario/terciario no mostraron diferencias estadísticamente relevantes respecto de lo esperado (residuos < |2|), aunque se observó una tendencia creciente en el uso de métodos a mayor nivel educativo.

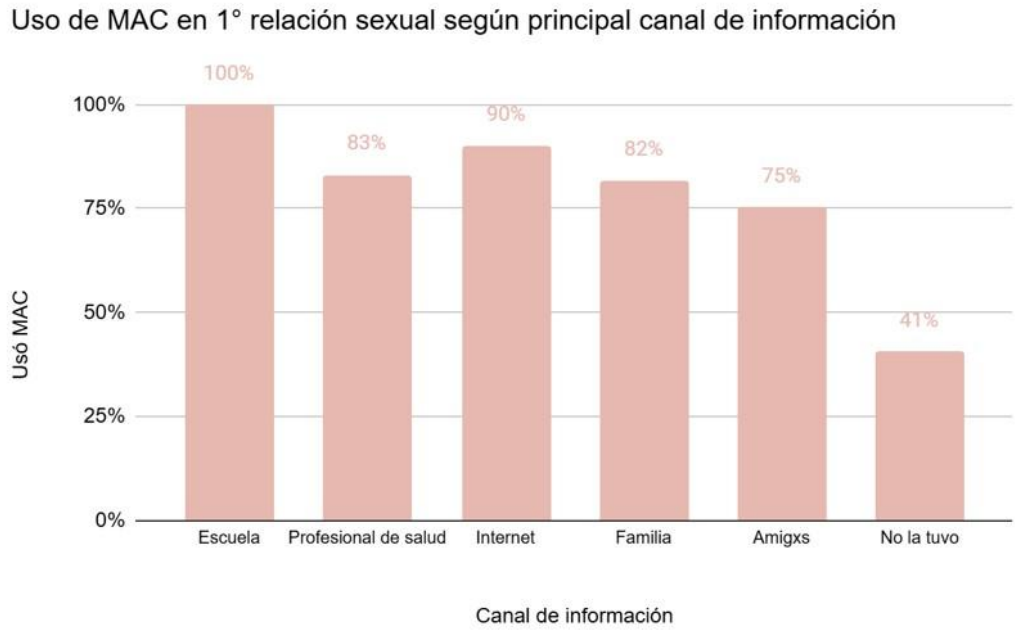
Entre las mujeres con nivel educativo primario, el 76,9% no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En el grupo con nivel secundario, el condón para penes fue el método más utilizado (36,7%), seguido por las pastillas (15,6%) y el coito interrumpido (15,6%). También se registraron pequeños porcentajes de uso del implante subdérmico (2,8%), parche o anillo (1,8%) y preservativo femenino (0,9%). En aquellas usuarias que alcanzaron educación universitaria o terciaria, se observó una mayor diversidad de métodos: el preservativo masculino siguió siendo el más frecuente (41,3%), acompañado por las pastillas anticonceptivas (21,0%) y coito interrumpido (14,0%). Además, se reportó uso de DIU de cobre en un 2,1% de los casos y

doble método (preservativo en combinación con otro método) en un 18,6% de las encuestadas, reflejando un patrón más complejo y con mayor cobertura anticonceptiva.

En este trabajo se analizó también la asociación entre el canal principal por el cual las encuestadas obtuvieron información sobre métodos anticonceptivos y el uso o no uso de los mismos en la primera relación sexual. Este análisis, mediante la prueba de chi cuadrado de independencia, fue estadísticamente significativo (χ^2, p = 0.0000026), lo que indica que la fuente de información influye en la probabilidad de haber utilizado un método anticonceptivo durante el inicio de la actividad sexual, tal como se evidencia en la Tabla 6.

Tabla 6. Asociación entre principal canal de información y uso de métodos anticonceptivos

Canal de información	No usó MAC	Usó MAC
Amigxs	19 (24.7%)	58 (75.3%)
Profesional de salud	11 (16.9%)	54 (83.1%)
Escuela	0 (0.0%)	13 (100.0%)
Familia	4 (18.2%)	18 (81.8%)
Internet	1 (10.0%)	9 (90.0%)
No la tuvo	25 (59.5%)	17 (40.5%)
TOTAL	60 (26.2%)	169 (73.8%)



La significancia estadística fue evaluada mediante el análisis de residuos estandarizados, demostrando que el grupo que no recibió información presentó una frecuencia de no uso de MAC notablemente mayor a la esperada, con un residuo estandarizado de +4.53.

Por otro lado, quienes señalaron como fuente de información a profesionales de la salud presentaron un residuo estandarizado de +2.41 en la categoría de uso de MAC, lo cual refleja una

frecuencia significativamente mayor de uso dentro de ese grupo. El grupo que se informó en la escuela también mostró una fuerte asociación positiva con el uso de MAC (residuo estandarizado: +2.43), y ningún caso de no uso, lo que refuerza su efecto protector.

En cuanto a los canales informales de información, se observó que los grupos que mencionaron a *amigxs*, *familia* o *Internet* como principales fuentes de información, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el uso y el no uso de métodos anticonceptivos (residuos estandarizados < |2|). En particular, quienes se informaron a través de *familia* mostraron un no uso ligeramente mayor al esperado (residuo = −0,73), mientras que quienes lo hicieron mediante *Internet* presentaron un residuo de −1,00 en la categoría de no uso y +0,60 en la de uso. El grupo de *amigxs*, si bien fue el más numeroso, tampoco presentó una desviación relevante respecto de lo esperado (residuos = −0,26 y +0,16 para no uso y uso, respectivamente). Estos resultados sugieren que, si bien estas fuentes pueden representar una vía de acceso inicial a la información, su impacto en la toma de decisiones anticonceptivas no fue significativamente diferente al esperado por azar. Es decir, la información proveniente de canales informales o no especializados no parece tener la misma utilidad en la promoción del uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual, en comparación con la información brindada por personal idóneo.

Además de la diferencia en el acceso a la información, el acceso a los métodos anticonceptivos en sí mismos por parte de quienes sí lo utilizaron, también parece haberse modificado a lo largo de las generaciones, tal como se evidencia en la Tabla 7.

Tabla 7. Efector de donde se obtuvo el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual según franja etaria.

Franja etaria	Farmacia	Privado	Familiar/amigx	Obra social/ prepaga	Sistema público
21–29 años	29 (42.0%)	1 (1.4%)	4 (5.8%)	31 (44.9%)	4 (5.8%)
30–39 años	16 (42.1%)	0 (0.0%)	10 (26.3%)	10 (26.3%)	2 (5.3%)
40–49 años	16 (55.2%)	0 (0.0%)	10 (34.5%)	3 (10.3%)	0 (0.0%)
Más de 50 años	3 (9.1%)	2 (6.1%)	25 (75.8%)	3 (9.1%)	0 (0.0%)
Total	64 (37.9%)	3 (1.8%)	49 (29.0%)	47 (27.8%)	6 (3.6%)

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la franja etaria y el tipo de efector del cual se obtuvo el primer método anticonceptivo (p = 0.0000019). Para explicar esta asociación se realizó un análisis de residuos estandarizados.

En el grupo de personas mayores de 50 años, se observó una frecuencia de acceso a métodos por medio de un familiar o amigx significativamente mayor a la esperada (residuo estandarizado = +4,99), mientras que el acceso a métodos a través de farmacias (residuo = −2,69) y obra social o prepaga (residuo = −2,04) fue marcadamente menor. Este perfil contrasta con el de las personas de 21 a 29 años, que mostraron una proporción significativamente más alta de acceso a métodos por obra social o prepaga (residuo = +2,70), y una proporción menor de acceso vía familiares o amigxs (residuo = −3,58).

Los grupos intermedios (30–39 y 40–49 años) no presentaron residuos estandarizados mayores a |2|, aunque el grupo de 40 a 49 años mostró una tendencia al uso de farmacias como efector principal (residuo = +1,51) y una menor proporción de uso del sistema prepago (residuo = −1,78).

Estos hallazgos sugieren que el acceso a métodos anticonceptivos ha cambiado a lo largo de las generaciones, desplazándose desde entornos informales hacia efectores más institucionalizados. Las personas más jóvenes accedieron con mayor frecuencia a métodos a través del sistema de salud prepago y farmacias, mientras que en los grupos mayores predominaron formas informales de adquisición, particularmente el contacto directo con familiares o amigxs.

Conclusiones

Los resultados de esta encuesta evidencian que el uso de MAC durante la primera relación sexual presenta una variabilidad significativa según diversos factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y las fuentes de información disponibles. Aunque un 73,8% de las encuestadas reportó haber utilizado algún método anticonceptivo al inicio de las relaciones sexuales, el uso del doble método fue tan solo de un 14%, y un 26,2% no utilizó ningún tipo de MAC.

Las diferencias generacionales fueron significativas: las mujeres más jóvenes (20–29 años) mostraron mayores niveles de uso de MAC, mientras que las mayores de 50 años presentaron tasas significativamente más altas de no uso, lo cual puede interpretarse como un reflejo de transformaciones en el acceso a la educación sexual y los servicios de salud reproductiva a lo largo del tiempo. Estas diferencias también se evidencian en las vías de acceso a los métodos: mientras que las generaciones mayores accedieron predominantemente a través de redes informales (familia o amigxs), las más jóvenes lo hicieron mediante farmacias y sistemas de salud formalizados.

El nivel educativo también mostró una asociación clara con el uso de MAC. Las mujeres con sólo educación primaria presentaron una proporción significativamente mayor de no uso, mientras que aquellas con educación secundaria y, sobre todo, universitaria o terciaria, reportaron mayor frecuencia de uso y una mayor diversidad de métodos, incluyendo una presencia más marcada del uso del doble método.

Por último, el canal principal de información tuvo un impacto determinante. La ausencia de información se asoció fuertemente con el no uso de MAC, mientras que recibir información desde fuentes formales —como profesionales de la salud y la escuela— se vinculó con un mayor uso, reforzando la importancia de la educación sexual integral y el acceso a información confiable como factores protectores en salud sexual y reproductiva.

Como conclusión, estos hallazgos resaltan la importancia de las políticas de salud pública orientadas a garantizar el acceso equitativo a la educación sexual y a métodos anticonceptivos, con enfoque intergeneracional, MAC de larga duración y la prevención de Infecciones de transmisión sexual reforzando el uso de métodos de barrera correctamente. Fortalecer los canales institucionales de información y distribución, especialmente en contextos de vulnerabilidad educativa y social, resulta clave para promover decisiones informadas y seguras en el inicio de la vida sexual.

Bibliografía

1. Ley 25673: programa nacional de salud sexual y procreación responsable. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/79831/texto
2. Ley 26.150 programa nacional de educación sexual integral. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222
3. Estudio Lucia. Usos y preferencias de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años en Argentina Octubre 2024. Centro de Estudio de Estado y Sociedad. https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4788 .
4. Ministerio de Salud de la Nación. Informe de gestión de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enero-octubre 2023. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-enero-octubre
5. United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). State of World Population 2022: Seeing the Unseen - The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf
6. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. 2023. https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento49.pdf
7. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. ENSSyR 2013. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf .
8. Contraceptive and reproductive health practices of unmarried women globally, 1999 to 2018: Systematic review and meta-analysis. December 2024. DOI: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2020/12040/contraceptive_and_reproductive_health_practices_of.55.aspx .
9. Associations Between Recent Contraceptive Use and First Sex Behaviors of Scottish Adolescents: A Brief Report. Int J Sex Health. 2024 Mar 31. DOI: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19317611.2024.2327360#abstract
10. Contraceptive use at first intercourse is associated with subsequent sexual. Contraception Journal 2019. behaviors. https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(19)30010-1/abstract

Implementación del procedimiento VEMA: Very Early Medical Abortion (Aborto con Medicamentos Muy Temprano) en el contexto de atención a IVE/ILE en dos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina

Autores: Arribas, Lia; Coccio, Elina; Salesi Florencia; Martínez, Alejandra; Romano, Florencia.
Centro de Trabajo: Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia - Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina

Introducción

En la República Argentina, el 30 de diciembre de 2020, el Congreso de la Nación sancionó la Ley 27610 sobre Regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, la cual entró en vigencia el 24 de enero de 2021.

El objeto de la ley, tal como establece su artículo 1, es regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

La ampliación del acceso al aborto seguro para cumplir con lo establecido por la Ley 27.610 es una ventana de oportunidad para mejorar los indicadores de morbimortalidad materna, así como para reducir las inequidades en el acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva. A partir de la semana 15 de gestación, la nueva ley mantiene el derecho que ya existía a interrumpir el embarazo por causales, cuando es producto de una violación o pone en riesgo la vida o la salud de la persona gestante. (Interrupción legal del embarazo - ILE)

En los casos de violación, y cuando se trata de gestas de 15 o más semanas, solo se requiere una declaración jurada en la que se manifieste que el embarazo es producto de una relación sexual no consentida (con la pareja, un conocido o un extraño). Tampoco en este caso se necesitan pruebas ni denuncia policial y/o judicial.

En términos legales se entiende como violación cualquier relación sexual no consentida, en el marco de la violencia de género.

La legislación entiende la salud de manera integral en sus dimensiones biológica, psicológica y social (Ley Básica de Salud de la Ciudad).

Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires cuenta con una extensa red de establecimientos de diferentes niveles de complejidad: centros de salud y acción comunitaria (CeSAC), centros de especialidades médicas ambulatorias de referencia (CEMAR), centros médicos barriales (CMB), hospitales generales de agudos y hospitales especializados, que son de acceso universal y gratuito.

La Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y tuberculosis, es un Área perteneciente al Ministerio de Salud de la Ciudad que tiene por objetivo garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población: mujeres, hombres, niños, niñas y adolescentes.

- En los centros de salud y hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires existen equipos de salud sexual que brindan información y asesoramiento sobre interrupción del embarazo y garantizan su realización. Para la realización de toda interrupción de un embarazo (ILE o IVE) la persona que la solicita tiene que brindar su consentimiento informado. Estos equipos asesoran y acompañan a quienes consultan, respetando los derechos a la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la salud, la información y la no discriminación. También se garantiza el acceso al procedimiento apropiado según las semanas de embarazo y otras condiciones de salud que se evalúan en cada caso. Tras esa evaluación, se define si la interrupción se realiza usando medicación (misoprostol solo o combinado con mifepristona) en la casa de la persona o si se requiere internación.

El programa de salud sexual y reproductiva cuenta con una "canasta de insumos" constituida por métodos anticonceptivos que son: 5 tipos de pastillas, inyectables mensuales y trimestrales, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos (DIU), sistema intrauterino (SIU), preservativos y anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Además, se provee de pruebas de embarazo, de misoprostol y mifepristona.

En 2022 los ministerios de Salud de la Nación y de la Ciudad tramitaron adquisiciones de material quirúrgico y de una nueva droga (la mifepristona) que significaron mejoras de calidad en la atención vinculada a la provisión de métodos anticonceptivos de larga duración (en particular del implante subdérmico y el DIU) como también en la realización de las interrupciones del embarazo.

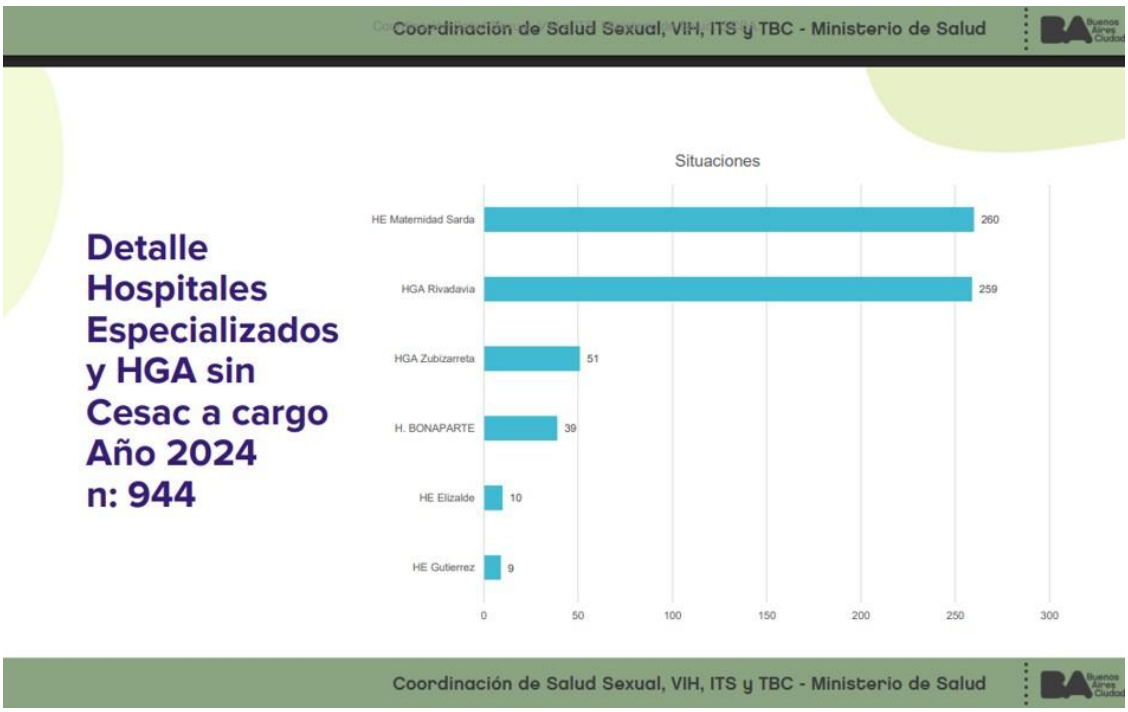
Desde 2001 la ciudad cuenta con más de 200 puestos fijos donde la población puede retirar de modo gratuito y libre preservativos y gel lubricante. Esta red incluye establecimientos públicos del sistema de salud y organizaciones de la sociedad civil. En el año 2022 fueron distribuidos 4.711.438 preservativos a través de estos canales

La Coordinación elabora contenidos propios de acuerdo con el relevamiento de datos proporcionados por cada uno de los efectores: Planillas de Excel con datos claves, para obtener información sobre el acceso de las personas a las prácticas de IVE/ILE de toda la ciudad. Algunos de los indicadores se detallan a continuación (Fuente: elaboración propia):

Elaboración propia por Coordinación de SS, Sida, ITS y TBC

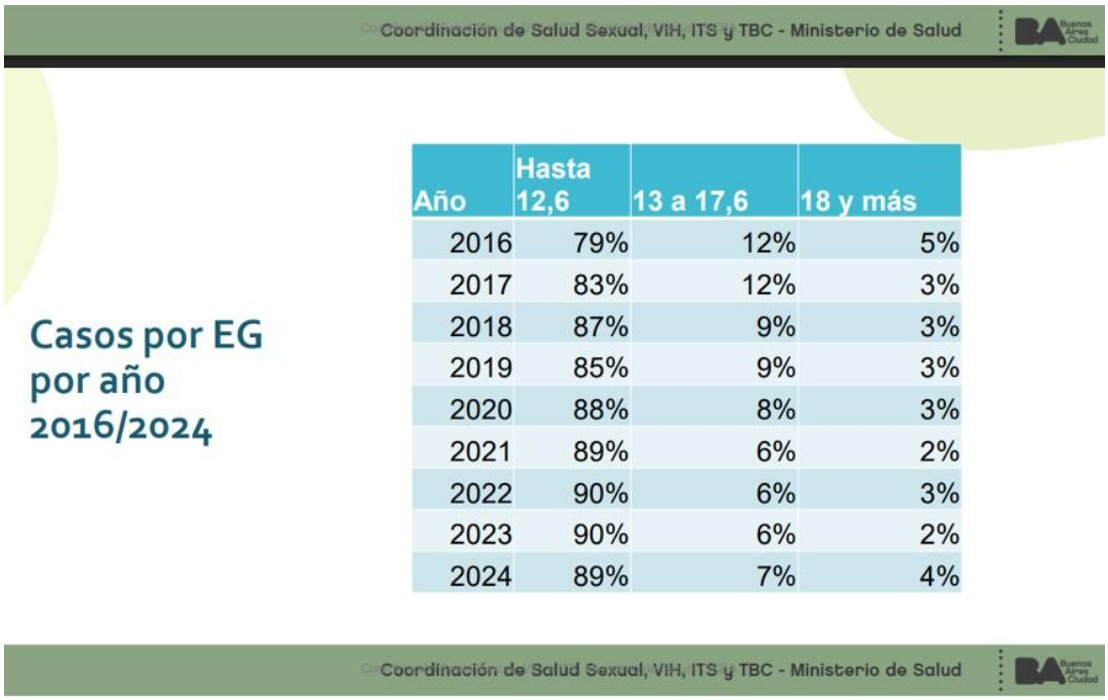
CeSAC: centros de salud y atención comunitaria (de atención primaria). AMEU: aspiración manual endouterina

Desde el pico inicial en el número de personas atendidas luego de la sanción de la ley, el número de situaciones asistidas se mantuvo estable cercano a las 10.000 interrupciones por año, solamente en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.



Desde el punto de vista administrativo algunos de los efectores no tienen centros de atención primaria asociados como el Hospital Rivadavia, por lo tanto, no tiene derivaciones directas de dichos centros y las pacientes consultan espontáneamente o derivadas por el sistema de turnos telefónico.

El hospital Argerich cuenta en su área programática con dos CeSac cercanos que realizan derivaciones al hospital como centro de mayor complejidad.



Año	Hasta 12,6	13 a 17,6	18 y más
2016	79%	12%	5%
2017	83%	12%	3%
2018	87%	9%	3%
2019	85%	9%	3%
2020	88%	8%	3%
2021	89%	6%	2%
2022	90%	6%	3%
2023	90%	6%	2%
2024	89%	7%	4%

En cuanto a la edad gestacional, en los últimos años el 90 % aproximadamente, consultan con edades gestacionales menores a 12.6 semanas.

VEMA (Very Early Medical Abortion por sus siglas en inglés o aborto con medicamentos/médico muy temprano)

El Aborto Médico Muy Temprano, en inglés VEMA (Very Early Medical Abortion), es una modalidad de atención cada vez más relevante en la práctica de la salud reproductiva en los países donde se ha legalizado la interrupción del embarazo. La amplia disponibilidad de pruebas de embarazo de alta sensibilidad permite a las mujeres confirmar la gestación en etapas muy incipientes, lo que, junto con el deseo de una resolución rápida y la mejora en el acceso a los servicios de salud, ha impulsado una creciente demanda de este procedimiento. Esta tendencia desafía los protocolos tradicionales que a menudo requieren una confirmación ecográfica del embarazo antes de iniciar el tratamiento.

Se define el Aborto Médico Muy Temprano (lo seguiremos nombrando con sus siglas en inglés VEMA) como el aborto médico inducido con mifepristona y misoprostol antes de que un embarazo intrauterino (EIU) pueda ser visualizado de manera definitiva mediante una ecografía. En este contexto, los hallazgos ecográficos se clasifican en dos categorías principales:

- Embarazo de Ubicación Desconocida (EUD): Se caracteriza por una prueba de embarazo positiva en ausencia de un saco gestacional intrauterino o extrauterino visible en la ecografía. La cavidad uterina se observa vacía.
- Probable Embarazo Intrauterino (probable EIU): Se identifica una estructura similar a un saco gestacional dentro del útero, pero aún sin la presencia de un saco vitelino o un polo embrionario, que son los signos definitivos de un EIU.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial de la aplicación del protocolo VEMA en dos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, los resultados de una serie de casos y realizar una revisión del tema.

Metodología: Se trata de un estudio retrospectivo sobre serie de casos y resultados de una intervención con la finalidad de obtener información sobre la efectividad del procedimiento VEMA y la factibilidad de su implementación. La revisión del tema fue realizada a través de búsqueda en Pubmed y otras bases de datos latinoamericanas. Los datos de las pacientes fueron obtenidos del sistema informatizado en red de los Centros de salud y hospitales de CABA (SIGEHOS) y de "fichas" /formularios con los siguientes datos: Datos de filiación, DNI, edad, FUM, dosaje cuantitativo de βhCG (subunidad beta de la gonadotrofina coriónica humana) previo y posterior al tratamiento y/o ecografía transvaginal. Se incluyeron en el estudio aquellas personas con capacidad de gestar que consultaron solicitando la interrupción del embarazo ante un atraso menstrual menor a 6 semanas y prueba de embarazo positiva. Ninguna paciente fue atendida por telemedicina. Al ingreso se realizó una anamnesis detallada sobre sus antecedentes personales y no se realizó examen ginecológico bimanual de rutina ni solicitud de estudios complementarios de laboratorio o grupo y factor. La decisión de realizar ecografía transvaginal o dosaje de βhCG cuantitativa dependía solamente de la disponibilidad al momento de la consulta inicial. Todas las pacientes firmaron consentimiento informado. Se les indicó tratamiento con Mifepristona vía oral 200 mg y 24-48h posteriores a la toma, 800µcg de misoprostol por vía sublingual, vaginal o en la mucosa yugal según la elección de la paciente. Todos los procedimientos se realizaron en el domicilio. Algunas pacientes tuvieron que comprar la mifepristona ya que no estaban incluidas en el protocolo combinado de CABA.

Se citó a control posterior a los 7 a 10 días para efectuar nueva medición de βhCG cuantitativa y/o ecografía para constatar terminación del embarazo y descartar la posibilidad de embarazo

ectópico. Se realizó asesoramiento en métodos anticonceptivos post evento y nuevamente cita para resultado de laboratorio.

Aclaración: La Coordinación de Salud sexual, Sida e ITS, provee en forma gratuita los insumos necesarios para dar acceso a todas las prácticas, tratamientos y métodos anticonceptivos para garantizar el derecho a la salud de las personas usuarias. A pesar de esto y por cuestiones económicas (el alto costo de la mifepristona) en CABA para embarazos menores de 8 semanas se utiliza solamente el esquema con misoprostol 800µcg cada 3 horas. Se permite el esquema con mifepristona gratuito en embarazos mayores de 8 semanas, en menores de 15 años y personas con cesáreas anteriores.

Resultados

Se efectuó procedimiento VEMA en 14 pacientes. El promedio de edad fue de 29.6 años y no hubo casos en menores de 21 años. No se pudo sistematizar para todos los casos medición de βhCG cuantitativa, pero en la consulta posterior al procedimiento se emplearon distintos procedimientos para evaluar ausencia de signos de embarazo como: ecografía posterior o test de dosaje de βhCG en tiras reactivas en orina o en sangre. Tomamos como ausencia de embarazo: Ecografía posterior sin presencia de saco gestacional, (cuando la previa lo hubiera descrito) βhCG en orina negativa cuando la previa hubiera sido positiva y descenso de más del 50 % en el dosaje cuantitativo de βhCG.

En la Tabla N° 1 se describen las particularidades de cada caso y los hallazgos del control post procedimiento. Todas las pacientes consultaron por demanda espontánea a los Servicios de Ginecología de ambos hospitales con test de embarazo en orina realizado por cuenta de cada paciente.

Caso	Edad	Edad gestacional por FUM (semanas)	Test rápido orina	Imagen ecográfica	βhCG pre	Control posterior	AIPEO
1	23	8 (incierta)	positivo	SG 2,6 mm	-	BHCG orina negativa	implante
2	38	4.2	positivo	end 20 mm	-	BHCG negativa a los 14 días y eco end 9 mm	Condón, plan para LT
3	21	5.6	positivo	SG 8,5mm		No regresó pero volvió para otro IVE a los 6 meses en otro hospital VEMA completado	no
4	36	5.5	positivo	SG 6,4mm		negativa	ACI trimestral
5	24	4.3	positivo	SG 8 mm		test orina negativo los 12 días	ACI trimestral
6	28	4	positivo	SG 5 mm		test orina negativo a los 14 días	ACI mensual

7	26	4.6	positivo	no se realiza	937	93	ACO combinados
8	27	incierta	positivo	SG 9mm		en 8mm a los 7 días	implante
9	27	5	positivo	SG 10mm		No regresó	sin datos
10	28	5	positivo	SG 10mm		No regresó	sin datos
11	41	5	positivo	SG 8,2mm		eco normal al mes en otro centro	Condón, en busca de turno para vasectomía
12	33	5,1	positivo	sin eco	7532	314 a los 7 días	sin datos
13	32	6	positivo	SG 8,6mm		end 8 mm a los 7 días	ACI mensual
14	31	incierta	positivo	SG 4mm		end 7 mm a la semana	ACI mensual

End: endometrio, AIPEO: anticoncepción inmediata post evento obstétrico, ACI: anticoncepción inyectable, SG: saco gestacional, ACO: anticonceptivos orales

Efectividad:

Para valorar la efectividad, se consideró como efectivo la ausencia de embarazo por diferentes métodos (Ecografía, βhCG cualitativa en orina o disminución de más del 50 % del dosaje cuantitativo de βhCG en sangre)

Los resultados obtenidos se describen en el Gráfico N° 1. Se constató ausencia de embarazo en el 78.5 % de las usuarias que concurrió al seguimiento posterior. Solo 3 usuarias no regresaron a la cita de control posterior (21.4%)

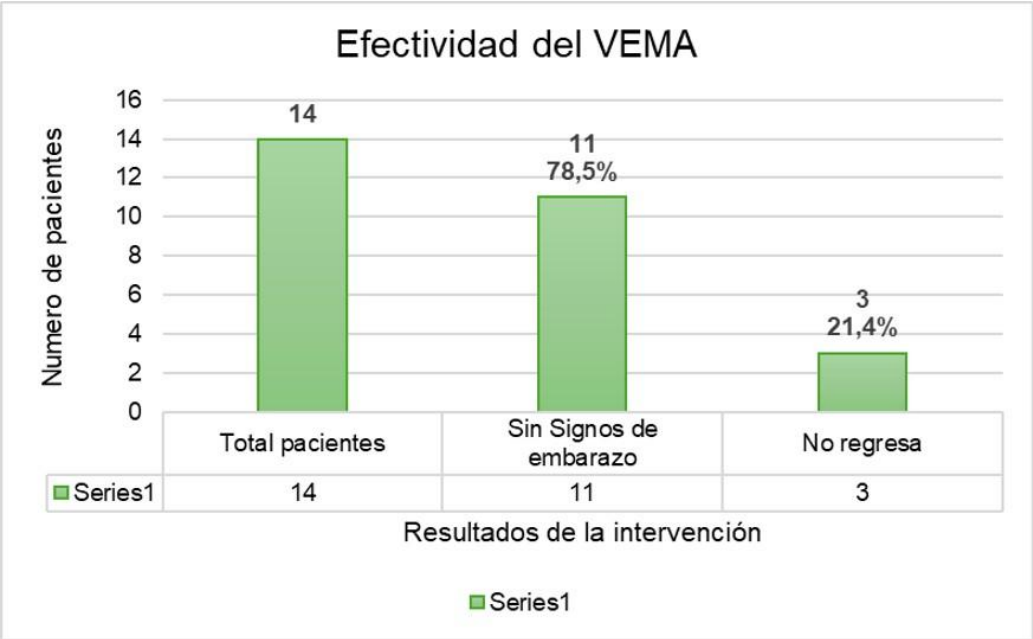


Gráfico N° 1

Discusión

La evidencia científica actualizada, culminando con los resultados del ensayo controlado aleatorizado de Brandell et al. (2024), afirma que el Aborto Médico Muy Temprano (VEMA), cuando se gestiona con protocolos claros de seguimiento, es una opción no inferior al tratamiento estándar, con un perfil de seguridad aceptable. Esta conclusión tiene profundas implicaciones para la práctica clínica, promoviendo un modelo de atención más centrado en la paciente.

Para realizar el asesoramiento e informar sobre el procedimiento de manera responsable, es fundamental evaluar rigurosamente la eficacia del VEMA en comparación con el estándar de atención, que consiste en retrasar el tratamiento hasta la confirmación ecográfica de un EIU. El ensayo clínico aleatorizado de no inferioridad realizado por Brandell et al. (2024) constituye la evidencia de más alta calidad hasta la fecha. En este estudio multicéntrico, el desenlace primario, la tasa de aborto completo, fue prácticamente idéntica entre los dos grupos: 95.2% para el grupo de inicio temprano (VEMA) y 95.3% para el grupo de tratamiento estándar (diferido).

Riesgo de embarazo ectópico

El manejo del embarazo ectópico no diagnosticado es la principal preocupación de seguridad asociada al VEMA y la razón fundamental por la cual algunos proveedores de salud optan por retrasar el tratamiento hasta confirmar la ubicación del embarazo. Sin embargo, la evidencia acumulada sugiere que un protocolo de VEMA bien estructurado no solo es seguro, sino que puede facilitar una detección temprana.

La incidencia de embarazo ectópico en pacientes que se someten a VEMA es consistentemente baja y comparable a las tasas en la población general de embarazos tempranos. Los datos de estudios clave son los siguientes: Entre un 0 a 4 % segun los distintos trabajos.

Evaluación de Otras Complicaciones: Embarazo en Curso y Aborto Incompleto

Además del embarazo ectópico, el embarazo en curso y el aborto incompleto son los principales motivos de fallo del tratamiento. Si bien el VEMA presenta una probabilidad ligeramente mayor de que el embarazo continúe, se asocia con un riesgo considerablemente menor de requerir una intervención quirúrgica por retención de tejido.

Regímenes de Tratamiento y Criterios de Éxito

La evaluación del éxito del tratamiento es un componente crítico del protocolo VEMA. Se utilizan varios métodos, a menudo en combinación, para confirmar la finalización del aborto y descartar complicaciones.

Algunos de los criterios utilizados para considerar “éxito del tratamiento” fueron:

- Aborto completo sin necesidad de intervención quirúrgica
- Valor de βhCG en sangre luego de una semana del tratamiento: es el método de seguimiento más utilizado en los estudios de VEMA. El éxito se define comúnmente por una disminución significativa del nivel de βhCG, como una caída de >50-60% (Apperloo, Bizjak) o de >80% (Qian Ru Tai, Brandell 2024).
- Negativización de βhCG urinaria: se utiliza como una alternativa más accesible y conveniente, a menudo realizada por la paciente en su domicilio.

Perspectiva del profesional de la salud

La encuesta internacional realizada por Fiala et al. (2020) ofrece una visión detallada de las perspectivas de los profesionales que realizan abortos médicos en diversos contextos.

Las principales conclusiones de la encuesta sobre las prácticas actuales son las siguientes:

- Demanda de las Pacientes: 93% de los proveedores encuestados (93%) informa que las mujeres solicitan abortos en etapas muy tempranas (antes de las 5 semanas de amenorrea). Además, el 61% ha notado un aumento en este tipo de solicitudes en los últimos años.
- Práctica Clínica: Existe una división en la práctica. El 57% de los proveedores inicia el tratamiento de inmediato si la paciente ha tomado una decisión, mientras que el 30% lo retrasa una o dos semanas.
- Justificación del Retraso: La razón principal citada para posponer el tratamiento es la necesidad de confirmar un EIU para excluir un embarazo ectópico. Esta justificación fue mencionada por el 66% de los proveedores que optan por el retraso.
- Opinión sobre el Retraso: A pesar de la práctica de retrasar el procedimiento, hay un fuerte consenso en contra de esta necesidad. El 74% de todos los encuestados no cree que sea necesario esperar a un diagnóstico de EIU, y el mismo porcentaje (74%) considera que retrasar el aborto no ofrece ningún beneficio para el tratamiento de un embarazo ectópico.

Conclusiones

En nuestra serie inicial de casos pudimos realizar el seguimiento en casi el 80% de nuestras pacientes. Si bien no fue motivo de estudio se les preguntó su opinión con respecto al sangrado y el dolor y todas contestaron que el mismo resultó similar o a apenas superior a una menstruación en cantidad, y que solo con la toma de ibuprofeno en dosis variable pudieron mitigar el dolor. La satisfacción general fue excelente en coincidencia con la literatura. En nuestro medio las pruebas de embarazo comerciales están ampliamente disponibles para su compra en las farmacias, y el gobierno también entrega test gratuitos en hospitales y CeSACs, por lo tanto, ese paso del diagnóstico temprano no representaría un problema. Notamos dificultades importantes en el acceso temprano al sistema de salud. En la ciudad de Buenos Aires el acceso a los turnos es a través de un sistema telefónico y en menor medida la solicitud en forma presencial. Ninguna de las pacientes de nuestra serie de casos pudo lograr el acceso a través de los turnos telefónicas, todas fueron derivadas en forma personalizada por otros profesionales de la salud o concurrieron en forma espontánea solicitando ser atendidas. En ambos hospitales, para la atención de las IVE, tenemos sobre turnos disponibles en concordancia con la ley que indica que se debe dar inicio de tratamiento en los 10 días de solicitado. En este contexto fue que se pudo aplicar el protocolo VEMA. La colaboración del servicio del laboratorio para realizar en el mismo día de la consulta la extracción de sangre y la utilización del equipo ecográfico del servicio de ginecología fue fundamental para nuestro protocolo.

La OMS considera el IVE del primer trimestre como una intervención de autocuidado.

Para implementar este modelo de atención, es fundamental un asesoramiento exhaustivo. Las pacientes deben ser informadas claramente sobre los riesgos y beneficios de ambas opciones. Esto incluye la necesidad crítica de un seguimiento riguroso, principalmente mediante βhCG o ecografía para descartar de manera definitiva un embarazo ectópico o un embarazo en curso, garantizando así un resultado seguro.

Bibliografía

1. https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231
2. https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-09/Situaci%C3%B3n%20y%20respuesta%20-%20Actualizaci%C3%B3n%202022_0.pdf
3. https://buenosaires.gob.ar/salud-sexual-y-reproductiva
4. Schaff EA, Fielding SL, Eisinger S, Stadalius L. Mifepristone and misoprostol for early abortion when no gestational sac is present. Mayo de 2001;63(5):251-4.
5. Schmidt-Hansen M, Cameron S, Lord J, Hasler E. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. Acta Obstet Gynecol Scand. Abril de 2020;99(4):451-8.
6. Brandell K, Reynolds-Wright JJ, Boerma C, Gibson G, Hognert H, Tuladhar H, et al. Medical Abortion before Confirmed Intrauterine Pregnancy: A Systematic Review. Semin Reprod Med. noviembre de 2022;40(05/06):258-63.
7. Brandell K, Jar-Allah T, Reynolds-Wright J, Kopp Kallner H, Hognert H, Gyllenberg F, et al. Randomized Trial of Very Early Medication Abortion. N Engl J Med. 7 de noviembre de 2024;391(18):1685-95.
8. *Apperloo MJA, Vink P, Oosterbaan-Schram JHG. [Very early medical abortion, a termination of pregnancy before ultrasound evidence: something to aim for in the Netherlands?]. Ned Tijdschr Geneeskd. 21 de octubre de 2021;165:D5843.*
9. Wheate EA, Reynolds-Wright JJ, Cameron ST. Early medical abortion before missed menses: a prospective observational study of outcomes of abortion at less than 30 days from last menstrual period. BMJ Sex Reprod Health. 23 de febrero de 2025;bmjsrh-2024-202534.
10. *Bizjak I, Fiala C, Berggren L, Hognert H, Sääv I, Bring J, et al. Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. diciembre de 2017;124(13):1993-9.*
11. *Heller R, Cameron S. Termination of pregnancy at very early gestation without visible yolk sac on ultrasound. J Fam Plann Reprod Health Care. Abril de 2015;41(2):90-5.*
12. *Goldberg AB, Fulcher IR, Fortin J, Hofer RK, Cottrill A, Dethier D, et al. Mifepristone and Misoprostol for Undesired Pregnancy of Unknown Location. Obstet Gynecol. Mayo de 2022;139(5):771-80.*
13. *Qian Ru Tai N. Very early medical abortion: treatment with mifepristone and misoprostol before ultrasonographic visualisation of an intrauterine pregnancy. BMJ Sexual & Reproductive Health. 2022;42(9).*
14. Borchert K, Thibodeau C, Varin P, Wipf H, Traxler S, Boraas CM. Medication abortion and uterine aspiration for undesired pregnancy of unknown location: A retrospective cohort study. Contraception. junio de 2023;122:109980.
15. Lemos ME, Arribas L. VEMA: una revisión bibliográfica descriptiva. Revista de AMADA 2025;21(1). Disponible en https://www.amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-21-n-1-2025/84-revista/revista-n1-2025/661-vema-una-revision-bibliografica-descriptiva
16. Roccaa C, Samaria G, Foster D, Gould H, Kimport K. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Soc Sci Med 2020, Mar:248:112704
17. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo. disponible en https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052239

El impacto en la vida sexual como motivo de discontinuación del método anticonceptivo: revisión sistemática y metaanálisis

Autores: Mirela Zaneva, Nandita Thatte, Ana Philpott, Clara Maliwa, Rhiana Mills y Lianne Gonsalves. Sex Reprod Health Matters, 2025 Dec;33(1):2552589. DOI: 10.1080/26410397.2025.2552589
Traducción y comentarios: Dra. Elina Coccio
Médica Ginecóloga Hospital B. Rivadavia

En un contexto en el que los derechos sexuales y reproductivos requieren actualización y defensa permanente, reconocer la aceptabilidad sexual como un factor que influye en la continuidad anticonceptiva no es un detalle menor, sino una necesidad clínica y ética.

Resumen

La posibilidad de mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo no intencional constituye un motivo central para el uso de métodos anticonceptivos. No obstante, los factores vinculados con la vida y la experiencia sexual de las personas usuarias de métodos anticonceptivos han sido históricamente subestimados en la toma de decisiones anticonceptivas.Esta es la primera revisión sistemática y metaanálisis que evalúa este problema. El objetivo fue medir si el impacto del anticonceptivo en la satisfacción y experiencia sexual provoca que la persona lo abandone o lo cambie.

El estudio incluyó 64 investigaciones con 125.586 participantes de entre 12 y 54 años. Todos fueron encuestados en clínicas o centros de salud pública a nivel global. El análisis se centró en 52.705 personas que cambiaron o dejaron su método anticonceptivo moderno (excluyendo preservativos) a pesar de querer evitar un embarazo.

El metaanálisis de 25 estudios demostró que el 5% de las personas abandona el método por motivos vinculados a su vida sexual (IC 95%: 0,03–0,08; $I^2 = 94\%$; $\tau^2 = 1,31$; $Q = 381$; $p < 0,001$). Los análisis por subgrupos no mostraron diferencias según la carga hormonal, el tipo de anticonceptivo o el problema sexual específico.

Los problemas en la vida sexual son causas clave para dejar los anticonceptivos. Su frecuencia es similar a la de factores muy estudiados como el costo o las barreras de acceso.

En conclusión, se necesitan investigaciones futuras que evalúen directamente el impacto de los anticonceptivos en la vida sexual. Además, las consultas médicas deben incluir la consejería sobre la aceptabilidad sexual del método para analizar sus efectos adversos y garantizar su continuidad.

Introducción

Hace treinta años, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de las Naciones Unidas (ONU) afirmó que todas las parejas y las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, así como el derecho a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para la

planificación familiar. Una herramienta clave que permite el ejercicio de este derecho es el uso de métodos anticonceptivos. El acceso a la anticoncepción es fundamental para la salud y los derechos de las personas usuarias y posibilita que mujeres y niñas participen más plenamente en la sociedad, incluyendo el acceso a la educación y al empleo.

La **discontinuación anticonceptiva** se refiere a aquellas personas que inician el uso de un método anticonceptivo y luego lo suspenden por cualquier motivo mientras aún se encuentran en riesgo de embarazo no intencional. Análisis previos sobre el uso de anticonceptivos en más de 30 países, a partir de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), indicaron que el 38% de las mujeres con necesidad de anticoncepción habían discontinuado el método; esta cifra alcanzaba el 50% o más en algunos países, particularmente en regiones de América Latina y África La discontinuación puede asociarse con desenlaces adversos para la salud materna, neonatal e infantil, incluyendo mayor riesgo de embarazos no intencionales y de alto riesgo, mayor morbilidad materna y efectos psicológicos negativos en las mujeres y sus hijos.Las razones para suspender un método anticonceptivo pueden ser multinivel e interseccionales, tales como preferencias personales, efectos adversos, preocupaciones de salud, incomodidad o falta de acceso al método, así como factores interpersonales y relacionales, incluyendo la desaprobación de la pareja o del entorno familiar. Investigaciones previas centradas en los efectos adversos han enfatizado motivos médicos de discontinuación, tales como menorragia, sangrado intermenstrual, dolor pélvico, infecciones, cefalea, mastalgia, dolor en el brazo, depresión e hipertensión.

A pesar de la relevancia de comprender integralmente la discontinuación o el cambio de métodos anticonceptivos, persiste un área notoriamente subestudiada: la suspensión de la anticoncepción debido al impacto del método en la vida sexual de la usuaria.[20-21] Esta escasez de investigación sobre la aceptabilidad sexual de los métodos anticonceptivos se objetiva en una brecha más amplia en materia de sexualidad y salud sexual dentro del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SRHR).

Profundizar en la comprensión de los motivos de discontinuación anticonceptiva resulta particularmente oportuno, dado que restan menos de cinco años para alcanzar las metas 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

Resultados

Se incluyeron finalmente 64 artículos, correspondientes a más de 125.584 participantes encuestadas/os, con un rango etario de 12 a 54 años.

Resultados cuantitativos

Fue posible realizar el metaanálisis de 25 estudios sobre discontinuación, que representaron 6.428 personas en necesidad de prevención de embarazo que discontinuaron el uso de anticoncepción, de las cuales 440 lo hicieron por motivos relacionados con la vida sexual.

El modelo de efectos aleatorios indicó que la prevalencia global de discontinuación en personas en necesidad atribuible a razones vinculadas con la vida sexual fue del 5% (IC 95%: 0,03–0,08; I^2 = 94%; τ^2 = 1,31; Q = 381; p < 0,001).

Análisis

La prevalencia global estimada de discontinuación por motivos relacionados con la vida sexual fue del 3% (IC 95%: 1%–16%) para métodos no hormonales y del 6% (IC 95%: 3%–10%) para métodos hormonales. Aunque la prueba global χ^2 sugiere diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos ($p = 0,04$), el contraste pareado entre métodos hormonales y no hormonales no alcanzó significación estadística ($\alpha = 0,05$) en la metarregresión posterior.

El análisis por tipo específico de método anticonceptivo (n = 6.419 discontinuadoras/es en necesidad; 440 por motivos sexuales). La prueba χ^2 global indicó diferencias entre grupos ($p = 0,001$). Las estimaciones de prevalencia fueron:

- 16% para anillo vaginal (IC 95%: 0,05–0,40)
- 7% para SIU-LNG (IC 95%: 0,05–0,11)
- 3% para DIU de cobre (IC 95%: 0,01–0,16)
- 4% para implantes (IC 95%: 0,02–0,06)
- 4% para inyectables (IC 95%: 0,00–0,70)
- 3% para píldora anticonceptiva (IC 95%: 0,02–0,04)

No se evidenciaron diferencias pareadas estadísticamente significativas respecto del DIU no hormonal en la metarregresión de seguimiento.

En los análisis por categoría y nivel de motivo (según Higgins y Smith[20]) no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos ni por categoría ni por nivel.

Por categoría, las estimaciones fueron:

- Preocupaciones sobre función sexual (especialmente libido): 4% (IC 95%: 0,02–0,09)
- Preocupaciones sobre placer o funcionamiento de la pareja: 6% (IC 95%: 0,02–0,14)
- Preferencias/estética sexual: 6% (IC 95%: 0,01–0,30)

Discusión

Hallazgos principales

En esta sección discutimos cuatro hallazgos clave:

1. los motivos relacionados con la vida sexual constituyen razones importantes y frecuentes de discontinuación anticonceptiva;
2. su prevalencia es comparable a la de otras razones como costo o acceso;
3. dichos motivos son escasamente evaluados;
4. cuando se evalúan, existen desafíos metodológicos significativos en su medición.

Nuestros resultados aportan evidencia de que las preocupaciones vinculadas con la vida sexual representan un grupo relevante y cuantificable de razones para la discontinuación anticonceptiva. Con base en el metaanálisis, estimamos una prevalencia global promedio del 5% (IC 95%: 0,03–0,08; $I^2 = 94\%$; $\tau^2 = 1,31$; $Q = 381$; $p < 0,001$). Diversos organismos médicos

consideran que una probabilidad de 1 en 20 constituye un evento “frecuente”, como lo señalan directrices de la Comisión Europea[49] o del National Health Service del Reino Unido.[50]

Si bien es probable que un número mayor de mujeres experimente preocupaciones relacionadas con la vida sexual sin necesariamente discontinuar el método por esa causa, nuestros hallazgos demuestran que el impacto de un método sobre la vida sexual de la persona usuaria merece una consideración igualmente rigurosa que otras razones de frecuencia comparable.

Comentarios

La investigación en anticoncepción ha estado históricamente centrada en variables médicas clásicas como eficacia anticonceptiva, perfil de seguridad, efectos metabólicos y reducción del embarazo no intencional, como principales ejes de evaluación de un método anticonceptivo. Esta reciente revisión sistemática con metaanálisis sobre discontinuación anticonceptiva por motivos vinculados con la vida sexual, introduce una variante relacionada con los derechos sexuales y reproductivos que interpela de manera directa la práctica clínica: la aceptabilidad sexual del método anticonceptivo.

La estimación de una prevalencia global del 5% de discontinuación atribuible a preocupaciones relacionadas con la vida sexual no debería minimizarse. Una frecuencia de 1 en 20 resulta claramente relevante y comparable a otras causas de discontinuación ampliamente reconocidas y abordadas en programas de salud pública, como el costo o las barreras de acceso. Sin embargo, a diferencia de estas, la dimensión sexual ha permanecido escasamente integrada tanto en la consejería anticonceptiva como en la demostración de evidencia.

En la práctica ginecológica cotidiana, estos hallazgos reflejan una realidad conocida, aunque insuficientemente sistematizada: la elección y continuidad de un método anticonceptivo no dependen exclusivamente de su eficacia, sino también de su impacto sobre la experiencia sexual. Aspectos como la variación del deseo, la respuesta sexual, la lubricación vaginal, la percepción del método durante el coito (incluyendo la opinión de la pareja), así como los efectos indirectos derivados de alteraciones del patrón de sangrado, sequedad vaginal, molestias con el uso del método pueden influir de manera significativa en la adherencia al mismo.

Un elemento particularmente relevante que surge de la revisión es el subregistro que existe sobre el tema. El hecho de que el 83% de los estudios sobre discontinuación no indaguen en motivos vinculados con la vida sexual muestra un sesgo importante en la investigación: lo que no se pregunta, no aparece. Este vacío condiciona la interpretación de los datos y limita la comprensión de los factores que influyen en la continuidad anticonceptiva.

En el ámbito clínico, la inclusión de la sexualidad en la asesoría anticonceptiva continúa siendo heterogénea. Si bien algunas guías reconocen posibles efectos sobre el deseo sexual, la sexualidad rara vez es abordada como un componente central del bienestar general y de la salud integral de las personas. En muchos casos, la asesoría permanece enfocada en la prevención de eventos adversos médicos, sin incorporar de manera sistemática la calidad de la experiencia sexual como variable relevante en la toma de decisiones.

Las implicancias de esta omisión son concretas. Existe evidencia consistente que demuestra que la información anticipada sobre efectos adversos mejora la continuidad del método. En la práctica diaria , abordar de manera explícita la aceptabilidad sexual, con una comunicación abierta y considerando expectativas y opciones podría reflejarse en una mejor adherencia y mayor satisfacción con el método.

Desde un enfoque centrado en los derechos de las personas, no basta con asegurar el acceso a métodos eficaces. También hay que considerar si ese método se adapta al bienestar sexual y a la necesidad de cada paciente.

La exigencia de reportar una única causa de discontinuación simplifica en exceso un proceso que, en la práctica, es multifactorial. Del mismo modo, agrupar los motivos en categorías amplias como "eventos adversos" u "otras razones" dificulta identificar con precisión el impacto de la esfera sexual. Estas limitaciones no solo afectan la interpretación de los resultados, sino que también influyen en cómo se priorizan intervenciones, en la formación de los profesionales y en el diseño de políticas de salud públicas.

En base a lo observado surgen líneas de acción claras: incorporar de manera sistemática indicadores específicos sobre vida sexual en estudios de aceptabilidad y continuidad anticonceptiva; fortalecer la capacitación de los equipos de salud para integrar esta opción en la asesoría de forma explícita, basada en evidencia y sin estigmatización; y desarrollar herramientas que permitan abordar la toma de decisiones de manera más integral, facilitando el cambio de método cuando sea necesario.

Por otra parte, resulta importante profundizar el análisis del *switching*, un fenómeno todavía poco explorado. El cambio de método anticonceptivo no debería interpretarse únicamente como falla o insatisfacción, sino también como una expresión de poder elegir y de buscar de mayor adecuación entre el método anticonceptivo, el momento vital y las preferencias de la persona usuaria.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de lograr un modelo de atención verdaderamente centrado en la persona e individualizado, tratando de lograr un traje a la medida de la usuaria. Integrar la salud sexual incluyendo el deseo, el placer y la dinámica relacional, como parte de la evaluación anticonceptiva es clave para mejorar la calidad de la atención.

Extracción de implantes profundos: El impacto de la profundidad y la posición del implante

Autores: Daniela Faranna, Nadia Bergamo, Juliana de Toledo Piza Soares, Cassia R. T. Juliato, Luis Bahamondes.
Deep implant removal: The impact of implant depth and positioning.
Int J Gynecol Obstet. 2025; 00:1-7. doi:10.1002/ijgo.70675
Traducción y comentarios: Dra. Daniela Faranna
Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni

Los implantes subdérmicos liberadores de etonogestrel representan uno de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) más eficaces disponibles en la actualidad. Su alta efectividad, seguridad y rápida reversibilidad han favorecido una expansión sostenida de su uso en múltiples contextos clínicos.

En la mayoría de los casos, tanto la inserción como la remoción constituyen procedimientos sencillos y ambulatorios. Sin embargo, un subgrupo de pacientes presenta implantes no palpables o ubicados en planos profundos, lo que puede dificultar significativamente la extracción y requerir procedimientos quirúrgicos o el uso de métodos complementarios por imágenes.

En este contexto, recientemente publicamos junto al grupo de la Universidad de Campinas (UNICAMP) un estudio multicéntrico realizado en centros de referencia de Argentina y Brasil, que analizó los factores asociados a la remoción compleja de implantes subdérmicos.

Más allá de los resultados estadísticos, los hallazgos aportan un mensaje clínico relevante: la mayor parte de las remociones complejas parecen estar vinculadas principalmente a la técnica de inserción.

¿Qué mostró nuestra experiencia?

El estudio incluyó 846 usuarias de implantes de etonogestrel derivadas para extracción en dos centros de referencia de Latinoamérica. La mayoría de los implantes se encontraba en una localización adecuada y era clínicamente palpable. Sin embargo, aproximadamente uno de cada seis implantes presentaba una localización profunda, y cerca del 8% requirió extracción quirúrgica.

Uno de los hallazgos más importantes fue que la localización inadecuada del implante aumentó de manera marcada el riesgo de inserción profunda y de necesidad de remoción quirúrgica. Asimismo, la fibrosis también se asoció con procedimientos más complejos, aunque con un impacto menor que la profundidad del implante.

De manera interesante, variables clínicas frecuentemente consideradas como posibles factores de riesgo —como edad, índice de masa corporal o paridad— no mostraron una asociación significativa con la profundidad del implante.

La inserción profunda: una complicación prevenible

Durante muchos años, las remociones complejas fueron interpretadas principalmente como situaciones inevitables o asociadas a fenómenos de migración del implante. Sin embargo, la

evidencia actual sugiere que la mayoría de estos casos se relacionan con dificultades técnicas durante la inserción inicial.

Esto tiene una implicancia fundamental para la práctica clínica: la colocación profunda debe considerarse, en gran medida, una complicación prevenible.

El respeto por los sitios anatómicos recomendados, la correcta visualización del aplicador durante la inserción y la adecuada capacitación de los profesionales son aspectos esenciales para reducir complicaciones futuras.

En este sentido, la formación estructurada y supervisada continúa siendo uno de los pilares más importantes para mejorar la seguridad del método.

El rol de los centros de referencia y las imágenes

Otro aspecto relevante es la importancia del abordaje multidisciplinario y de los centros con experiencia en remoción compleja.

La disponibilidad de ecografía de alta resolución, radiografía o fluoroscopía permite localizar implantes no palpables y planificar procedimientos más seguros, minimizando complicaciones y evitando intentos fallidos de extracción.

Asimismo, la derivación temprana de pacientes con implantes no palpables resulta fundamental para evitar procedimientos traumáticos o múltiples intentos ambulatorios.

Implicancias para la práctica clínica

- A partir de nuestra experiencia, algunos mensajes prácticos resultan especialmente relevantes:
- La técnica de inserción constituye el principal determinante de la futura facilidad de remoción.
- Los implantes profundos representan una complicación potencialmente prevenible.
- La capacitación formal de los profesionales es clave para reducir eventos adversos.
- La evaluación temprana de implantes no palpables mejora el abordaje diagnóstico y terapéutico.
- Los métodos de imagen cumplen un rol central en la localización y extracción segura de implantes complejos.

Conclusión

El aumento global en el uso de implantes subdérmicos obliga también a fortalecer las estrategias de capacitación y seguridad vinculadas a su inserción y remoción.

Nuestra experiencia latinoamericana muestra que las remociones complejas no dependen exclusivamente de características individuales de las pacientes, sino principalmente de factores técnicos potencialmente evitables.

Comprender este concepto resulta esencial para optimizar la práctica clínica, mejorar la experiencia de las usuarias y continuar promoviendo el acceso seguro a métodos anticonceptivos altamente eficaces.

Dismenorrea: Clasificación, Fisiopatología y Tratamiento Hormonal

Highlights del XVIII Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva
European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH)
Belgrado, 2025

Autores: Prof. Andrea R. Genazzani
Universidad de Pisa

Introducción

En el marco del congreso de la ESCRH celebrado en Belgrado, el Prof. Andrea R. Genazzani de la Universidad de Pisa presentó una conferencia magistral sobre dismenorrea primaria y secundaria, con especial énfasis en los avances recientes en el tratamiento hormonal. La presentación, sustentada en su obra de referencia *Frontiers in Gynecological Endocrinology* (Vol. 11, Springer, 2023), recogió la evidencia más actualizada de ensayos clínicos y guió a los asistentes a través de un algoritmo terapéutico práctico aplicable a la consulta cotidiana.

El Prof. Genazzani enfatizó desde el inicio que la dismenorrea continúa siendo el trastorno ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva, con una prevalencia estimada entre el 50 y el 90% según la población estudiada. Pese a su alta frecuencia, sigue siendo subestimada y subtratada, particularmente en adolescentes, donde el ausentismo escolar y el deterioro de la calidad de vida representan consecuencias tangibles y prevenibles.

Clasificación: primaria versus secundaria

El disertante distinguió con precisión las dos formas clínicas. La dismenorrea primaria se presenta sin patología pélvica identificable, habitualmente entre uno y tres años tras la menarquia, y el dolor inicia uno o dos días antes o al comienzo de la menstruación, con una duración típica de dos a tres días. Es la forma más frecuente en adolescentes, afectando aproximadamente al 40% de ellas. La dismenorrea secundaria, en cambio, obedece a patología pélvica subyacente — principalmente endometriosis, adenomiosis, miomas uterinos y enfermedad pélvica inflamatoria — y su prevalencia aumenta con la edad, presentándose en alrededor del 30% de las mujeres con dismenorrea.

Genazzani destacó la importancia de reconocer las señales de alarma que orientan hacia una causa secundaria: inicio del dolor más allá de los tres años de la menarquia, dolor presente a lo largo de todo el ciclo, dispareunia, empeoramiento progresivo, masa anexial o respuesta insatisfactoria a los AINEs en combinación con terapia hormonal.

Fisiopatología: el rol central de las prostaglandinas y la sensibilización central

En la dismenorrea primaria, el mecanismo central es la producción excesiva de prostaglandinas — especialmente PGF2α y PGE2 — por el endometrio durante la fase secretora tardía. Esta sobrecarga prostaglandiínica genera hipercontractilidad uterina, isquemia e hipoxia del

miometrio, con la consecuente sensibilización de los nociceptores periféricos. Otros mediadores involucrados incluyen leucotrienos, citocinas proinflamatorias (IL-1β, TNF-α), células Natural Killer y vasopresina.

Un concepto que el Prof. Genazzani subrayó con particular énfasis fue el de la sensibilización central. En mujeres con dismenorrea primaria grave, los episodios dolorosos repetidos inducen cambios neuroplásticos a largo plazo: la percepción del dolor aumenta incluso antes del inicio de la menstruación, configurando una hipersensibilidad anticipatoria. Este hallazgo subraya que el abordaje exclusivamente farmacológico puede ser insuficiente en algunos casos y que la intervención temprana es fundamental para prevenir la cronificación del dolor.

En la dismenorrea secundaria por endometriosis, los implantes ectópicos producen prostaglandinas y mediadores inflamatorios de forma autónoma, y la infiltración de fibras nerviosas sensoriales y simpáticas en las lesiones amplifica la transmisión del dolor. La adenomiosis, por su parte, provoca agrandamiento uterino y alteración de la contractilidad miometrial.

Tratamiento hormonal: evidencia y algoritmo terapéutico

Las terapias hormonales son el pilar del tratamiento a largo plazo cuando los AINEs resultan insuficientes o cuando se requiere anticoncepción simultánea. Sus mecanismos principales son la supresión de la ovulación, la inducción de atrofia endometrial y la limitación de la síntesis de prostaglandinas. El Prof. Genazzani presentó con detalle las opciones disponibles.

Anticonceptivos orales combinados

Una revisión Cochrane publicada por Schroll et al. en 2023 confirmó que los anticonceptivos orales combinados (AOC) son significativamente más eficaces que el placebo para reducir la dismenorrea, con alivio casi inmediato de los síntomas menstruales. Genazzani recordó que la elección del progestágeno impacta en el perfil tolerabilidad: la drospirenona (DRSP), por su acción antimineralocorticoide, reduce la retención hídrica y la hinchazón abdominal que con frecuencia acompañan a la dismenorrea.

Régimen extendido 84/7

El disertante puso en valor el esquema extendido de 84 días activos seguidos de 7 días sin hormona activa, que reduce la frecuencia del sangrado por deprivación de trece a aproximadamente cuatro episodios por año. Citó el ensayo pivotal de Kaunitz et al. (Contraception, 2009), en el que el sangrado no programado disminuyó marcadamente durante el segundo ciclo de tratamiento y fue significativamente menor respecto del placebo en el tercer ciclo. La conclusión práctica es directa: menos episodios menstruales equivalen a menos episodios de dolor, con mejora objetiva de la calidad de vida.

Progestágenos en monoterapia: dienogest y DIU de levonorgestrel

Para la dismenorrea secundaria por endometriosis, Genazzani posicionó al dienogest 2 mg/día como primera línea entre los progestágenos. Sus datos muestran reducción significativa de los

scores VAS de dismenorrea, con eficacia comparable a los agonistas de GnRH pero con un perfil de efectos adversos hipoestrogénicos notablemente menor y sin pérdida significativa de densidad ósea, lo que permite su uso a largo plazo sin terapia add-back. El dienogest actúa directamente sobre los implantes ectópicos, reduciendo la angiogénesis y favoreciendo la apoptosis.

El DIU de levonorgestrel 52 mg fue presentado como primera línea para la hemorragia menstrual abundante (HMA) con o sin dismenorrea en pacientes candidatas, en concordancia con las guías NICE 2021. Logra atrofia endometrial local con mínima exposición sistémica, reduciendo la pérdida menstrual hasta un 90% a los doce meses, y es eficaz tanto en adenomiosis como en dolor relacionado con endometriosis.

Implante subdérmico de etonogestrel

Uno de los datos más destacados por Genazzani fue que el implante subdérmico de etonogestrel de 68 mg logra la resolución completa de la dismenorrea en el 77% de las usuarias, según los datos de Mansour et al. El mecanismo combina la supresión ovulatoria con la atrofia endometrial inducida por la liberación continua de etonogestrel. El disertante enfatizó una perla clínica relevante: el patrón de sangrado observado durante los primeros tres meses predice el patrón a largo plazo, por lo que el asesoramiento previo a la inserción sobre los cambios esperados en el sangrado es determinante para mejorar las tasas de continuación.

E4/DRSP (estetrol/drospirenona): evidencia emergente y mensaje clínico

La combinación estetrol/drospirenona (E4/DRSP) concentró buena parte del análisis del Prof. Genazzani, quien presentó los resultados de cinco ensayos clínicos recientes. El estetrol es un estrógeno fetal de origen natural con actividad tisular selectiva: actúa como agonista del receptor estrogénico nuclear en hueso y endometrio, pero es neutro en la mama, diferenciándose del etinilestradiol tanto en su mecanismo de acción como en su menor impacto hepático.

En el ensayo aleatorizado doble ciego de Osuga et al. (Fertil Steril, 2025), en 162 mujeres japonesas con dismenorrea primaria y secundaria, E4/DRSP redujo significativamente el score total de dismenorrea y el uso de analgésicos de rescate frente a placebo. Harada et al. (Fertil Steril, 2024) reprodujeron resultados similares en mujeres con endometriosis, con disminución significativa en el VAS de dolor más intenso. Caruso et al. (Eur J Obstet Gynecol, 2025) documentaron un alivio sostenido del dolor pélvico crónico a los tres y seis meses en 226 mujeres con endometriosis, con mejora objetiva de la calidad de vida. En adolescentes de 12 a 17 años, Hirschberg et al. (J Clin Med, 2025) confirmaron un perfil de seguridad adecuado y mejoría de los síntomas.

El mensaje clínico que Genazzani extrajo de este conjunto de evidencia fue claro: E4/DRSP es eficaz tanto en dismenorrea primaria como en dismenorrea secundaria por endometriosis, siendo una opción válida para mujeres que requieren anticoncepción y que presentan cualquiera de las dos formas clínicas.

Hemorragia menstrual abundante: superposición terapéutica con dismenorrea

Genazzani dedicó un segmento de la presentación al manejo de la HMA, definida como pérdida de sangre menstrual igual o superior a 80 mL por ciclo y frecuentemente coexistente con dismenorrea. El algoritmo terapéutico se orienta según el perfil reproductivo: en mujeres con deseo de embarazo, el ácido tranexámico es la primera línea; en candidatas a DIU, el LNG-DIU 52 mg ofrece la mayor reducción del sangrado con acción local; y en mujeres que prefieren anticoncepción hormonal oral, los AHC — particularmente E2V/DNG — han demostrado reducción significativa de la pérdida menstrual en ensayos aleatorizados controlados.

Abordaje no farmacológico y consejería

El disertante integró en su algoritmo las medidas de estilo de vida como pilar complementario, especialmente en adolescentes. La actividad física regular, al inducir liberación de endorfinas y reducir la producción de prostaglandinas, mejora objetivamente los scores de dolor. La reducción del consumo de ácido araquidónico (grasas animales) y el aumento de omega-3 en la dieta actúan sinérgicamente. La termoterapia local a 40-42°C demostró en ensayos clínicos una eficacia comparable al ibuprofeno para el dolor leve. Finalmente, Genazzani subrayó que la consejería adecuada a la adolescente — explicando la fisiología del dolor menstrual y estableciendo expectativas realistas respecto del tratamiento — es una intervención terapéutica en sí misma, capaz de reducir el ausentismo escolar y prevenir la cronificación.

Mensajes finales del Prof. Genazzani

Al cierre de la conferencia, el Prof. Genazzani sintetizó los conceptos centrales con los que los asistentes debieran quedarse. Los AINEs siguen siendo la primera línea para la dismenorrea primaria por su mecanismo directo sobre las prostaglandinas, sin que existan diferencias clínicamente significativas entre los distintos agentes disponibles. Cuando se requiere tratamiento hormonal, la decisión debe guiarse por el tipo de dismenorrea, el perfil de la paciente y sus necesidades anticonceptivas.

E4/DRSP quedó posicionado como una opción terapéutica sólidamente respaldada, eficaz tanto en la forma primaria como en la secundaria por endometriosis, con un perfil diferencial dado por su componente estrogénico nativo y la acción antimineralocorticoide de la drospirenona. El implante de etonogestrel, con una tasa de resolución completa de dismenorrea del 77%, fue destacado como una alternativa de alta eficacia para mujeres que no desean o no pueden usar estrógenos. El régimen extendido 84/7, al reducir la frecuencia de los episodios menstruales, se traduce en un beneficio directo sobre el dolor. Y el LNG-DIU 52 mg sigue siendo la primera línea cuando la HMA y la dismenorrea coexisten en una paciente candidata a DIU.

La conclusión última del Prof. Genazzani fue un llamado a la individualización del tratamiento: conocer la fisiopatología, identificar la forma clínica, evaluar con herramientas validadas la severidad y adaptar la terapia al perfil de cada mujer es el camino para transformar una condición que muchas pacientes aún normalizan en un problema tratable, con solución concreta y basada en evidencia.

Referencias seleccionadas

Genazzani AR, Goldstein SR, Simoncini T (eds.). Frontiers in Gynecological Endocrinology, Vol. 11. Springer, 2023. • Osuga Y et al. Fertil Steril. 2025. • Harada T et al. Fertil Steril. 2024, 2025. • Hirschberg AL et al. J Clin Med. 2025. • Caruso S et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2025. • Kaunitz AM et al. Contraception. 2009. • Mansour D et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. • Schroll JB et al. Cochrane Database Syst Rev. 2023. • Marjoribanks J et al. Cochrane. 2015. • NICE HMB Guidelines 2021.