

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 14, N°2 (2018)

Editorial



Dra. Gabriela Kosoy
Presidente de AMAdA

Estimados colegas

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

Este fue un año intenso, en el cual tuvimos mucha expectativa como Sociedad en general y las mujeres en particular, ya que se estuvo muy cerca de tener Ley acerca de la despenalización/legalización del aborto. Consideramos que, si bien por ahora no pudo ser, el embarazo no intencional continúa siendo un grave problema de Salud Pública con cifras cercanas al 70 % en muchas regiones de nuestro país, con su consecuencia como es el aborto en situación de riesgo, dato que no debemos olvidar.

Desde AMAdA trabajamos en generar acciones para promover los derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva, derribar mitos y barreras acerca de los métodos anticonceptivos, muchas de estas barreras de acceso a los mismos, a veces promovidas por los mismos profesionales de la salud.

Nos pareció importante entonces la realización de un Documento, por profesionales de Comisión Directiva y Científica denominado **“COMITÉ DE OPINIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN”. (LARCS) AMADA 2018**, con el objetivo de compartir información científica acerca de los mismos y destacar las ventajas del uso tanto del DIU, DIU-LNG y del implante subcutáneo para la prevención del embarazo no intencional en adolescentes y mujeres jóvenes.

Lo encontrarán en este número de la Revista, y esperamos les sea de utilidad.

También encontrarán en este número como trabajo original “Ligadura Tubaria en el puerperio inmediato: cuidando los derechos en Salud sexual y Reproductiva”, la cual a pesar de la existencia de la Ley de Anticoncepción Quirúrgica es un derecho muchas veces vulnerado.

Además una actualización en el tema de “Anticoncepción en las Adicciones”, tema difícil de abordar en las consultas y “Como cambiar de un anticonceptivo a otro” con tips prácticos útiles para nuestra consulta habitual.

En comentarios bibliográficos, “Los cambios en el sangrado menstrual por el uso de anticonceptivos son NORMALES: Herramientas de asesoramiento propuesta para abordar las razones comunes de la falta de uso y la interrupción de la anticoncepción.”

Y también sobre el trabajo ¿Existen necesidades insatisfechas en la consejería y elección de métodos anticonceptivos? Conclusiones del Estudio TANCO europeo.

Ambos trabajos confirman la importancia de una muy buena Consejería tanto para la elección como para la continuidad de los métodos anticonceptivos.

Queremos también compartir con Uds. que AMAdA durante este año formó parte del Consejo Asesor del Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, Plan interministerial formado por la Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia, la Dirección de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, y Programa Nacional de Educación Sexual Integral con el objetivo de sensibilizar a la población en general y a los adolescentes sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional, mejorar la oferta de servicios en Salud Sexual y Reproductiva, mayor acceso a los métodos anticonceptivos, potenciar el ejercicio de derechos y fortalecer políticas para la prevención del abuso y violencia sexual.

También formamos parte del Consejo Asesor de la Dirección de Salud Sexual y Salud Reproductiva y del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires, destacamos la convocatoria con el fin de sumar conocimiento y esfuerzos para poder disminuir las tasas de embarazo no intencional en la población.

Para el 2019, tenemos nuevos proyectos y desafíos. Para comenzar el año en el mes de abril, realizaremos nuestra Jornada Inaugural "Anticoncepción: de la teoría a la práctica. Abordaje interdisciplinario".

También el lanzamiento de nuestros nuevos **cursos on line**, totalmente renovados durante los meses de abril y mayo y un **curso on line** conjuntamente con la Sociedad Argentina de Ginecología InfantoJvenil "Salud Sexual y Salud Reproductiva en los Adolescentes: qué debemos saber".

También están programadas múltiples Jornadas, con las diferentes delegaciones del interior en el transcurso del año, e invitamos a las delegaciones que aún no lo han hecho, a organizar actividades que son importantes para enriquecer la comunicación y el conocimiento.

Y para que vayan agendando, ya estamos trabajando en la organización de nuestro próximo Congreso en el mes de Septiembre: X Congreso Internacional AMAdA 2019 con la presencia de disertantes tanto nacionales como internacionales, dónde no solo compartiremos conocimientos científicos sino también momentos de intercambio y camaradería, tanto con profesionales de nuestro país como también con colegas latinoamericanos que nos visiten. ¡Están todos invitados!

Recibirán información de todas nuestras actividades a través de nuestro Newsletter y también podrán informarse a través de nuestra página WEB amada.org.ar, y nuestras redes sociales Facebook. Pueden seguirnos en Instagram a través de [amada_saludreproductiva](https://www.instagram.com/amada_saludreproductiva).

Espero disfruten de los contenidos de esta Revista, de muy buen nivel científico, e invitamos a quienes quieran publicar en la misma nos envíen sus trabajos para ser evaluados por nuestro Comité Editorial.

¡¡Estimados colegas y amigos, aprovecho para desearles Felices Fiestas!!

Muy Feliz y próspero 2019 para Uds. y sus familias.

Muchas Gracias,

Dra Gabriela Kosoy

Muchas Gracias



Dra. Gabriela Kosoy

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

Introducción

El embarazo no intencional tiene un importante impacto negativo sobre la salud pública en general y sobre la salud de la mujer en particular. Se calcula que en el mundo el 50% de los embarazos son no intencionales.

Los implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (DIU) son considerados los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces. A diferencia de otros métodos reversibles, no son dependientes de la usuaria. Además, una vez suspendido el método, la fertilidad se recupera rápidamente.¹

Epidemiología del Embarazo no intencional

Las estadísticas internacionales nos señalan que, pese a la gran disponibilidad de métodos anticonceptivos y su alta efectividad, siguen produciéndose una gran cantidad de embarazos no intencionales constituyendo un problema global de la salud pública. Se estima que alrededor del 50% de los embarazos son no intencionales. Las adolescentes representan el grupo de riesgo más alto de embarazos no intencionales teniendo un impacto negativo sobre su condición física, emocional y económica, además de condicionar su estilo de vida, constituyendo un grave problema biológico, psicológico y social.

La implementación de programas de Salud Sexual y Reproductiva en Latinoamérica logró una disminución del 50% en la tasa de fertilidad desde 1980 a 2015 (4.2 a 2.1/1000 mujeres entre 15-49 años).^{2,3}

Según datos del Banco Mundial (2015) en las adolescentes de 15 a 19 años la tasa de nacimientos cada 1000 mujeres disminuyó un 29.1% (de 89.8% a 63.7%), pero a pesar de ello las tasas de fertilidad en la adolescencia en Latinoamérica continúan siendo inaceptablemente altas y superiores a las de Asia, EEUU y Europa. A pesar de la disminución de las tasas de fertilidad, las del embarazo no intencional disminuyeron sólo un 4% entre 1985 y 2015.⁴

Una de las consecuencias más dramáticas es la alta cifra de mortalidad materna dado que muchos de estos embarazos terminan en abortos provocados en condiciones inseguras. En nuestro país en el año 2016 hubo 43 muertes maternas por aborto, casi el 20% de las muertes maternas en Argentina.⁵

En nuestro sistema público de salud el 58,4% de las mujeres no planificaron su embarazo, y en el grupo etario de 15 a 19 años es del 67,5%, a su vez no usaban ningún método anticonceptivo el 81,5%. El embarazo no intencional en multíparas es de 58,5%. Estos datos marcan la necesidad de utilizar métodos de larga duración y especialmente en el post evento obstétrico.⁶

Cuadro N° 1

INDICADORES DE SSYR

Tasa de Fecundidad General Mujeres de 15 a 49 años (*)	66,2
--	------

Tasa de Fecundidad Mujeres adolescentes de 15 a 19 años (*)	55,9
---	------

Tasa de Muerte Materna (*)	3,4/10.000 NV
----------------------------	---------------

Datos de embarazo no planificado ()**

Embarazo no planificado	58,4%
-------------------------	-------

Embarazos no planificados en adolescentes < 15 años	84,9%
---	-------

Embarazos no planificados en adolescentes 15 a 19 años	67,5%
--	-------

Embarazo no planificado y no uso de MAC	78.3%
---	-------

Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes < 15 años	89.3%
---	-------

Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes de 15 a 19 años	81.5%
---	-------

Embarazo no planificado en nulíparas	58,9%
--------------------------------------	-------

Embarazo no planificado en multíparas	58,5%
---------------------------------------	-------

Embarazo no planificado en multíparas de 15 a 19 años	67.6%
---	-------

(*) Estadísticas Vitales, Información Básica - Año 2016 - DEIS/MSAL Serie 5 N° 59

(**) Sistema de Información Perinatal - Subsecretaria de Salud Comunitaria - MSAL DINAMI DATOS AÑO 2016

Hoy en día las personas pueden elegir entre gran variedad de métodos anticonceptivos capaces de adaptarse a su estilo de vida, no obstante, las tasas de embarazos no intencionales siguen siendo altas.

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs) juegan un rol importante en la anticoncepción y el incremento en su uso podría ayudar en la reducción del embarazo no intencional y/o interrupción del embarazo en forma repetida.

Anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs). Ventajas como método anticonceptivo

Los LARCS (Long Acting Reversible Contraception, por sus siglas en inglés), se definen como aquellos métodos anticonceptivos reversibles, de larga duración, que también se caracterizan por su alta eficacia anticonceptiva, además de presentar un rápido retorno de la fertilidad al ser suspendidos.

En Argentina disponemos de los dispositivos intrauterinos liberador de cobre (DIU-Cu) y liberador de levonorgestrel (DIU-LNG), y el implante subdérmico de etonogestrel.

Las principales características de los LARCs son las siguientes: (Cuadro N° 2)

Cuadro N° 2 Métodos de larga duración

Método de larga duración	Duración	Tasa de falla	
Dispositivo intrauterino liberador de Cu (DIU-Cu)	5 – 10 años	uso típico	0.8%
		uso perfecto	0.6%
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel 52 mg (DIU-LNG)	5 años	uso típico y uso perfecto 0.2%	
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel 13,5 mg	3 años	uso típico y uso perfecto 0.33%	
Implante subdérmico de etonogestrel	3 años	uso típico y uso perfecto 0.05%	

Estos métodos poseen una **alta eficacia anticonceptiva** debido a su baja tasa de falla intrínseca (menor al 1%), y a que son independientes del comportamiento de la usuaria, determinando que la eficacia con el uso habitual sea similar a la del uso perfecto (el uso habitual es aquel de las usuarias “en la vida real”, mientras que el uso perfecto es la cifra de eficacia obtenida en los estudios clínicos).

Otra ventaja importante es que la **tasa de continuidad** que muestran a los 12 meses es muy elevada, mayor al 80%; mientras que, en los métodos anticonceptivos reversibles, de corta duración o SARCs (pastillas anticonceptivas, anillos vaginales, parches, inyectables) es menor al 60%.⁷

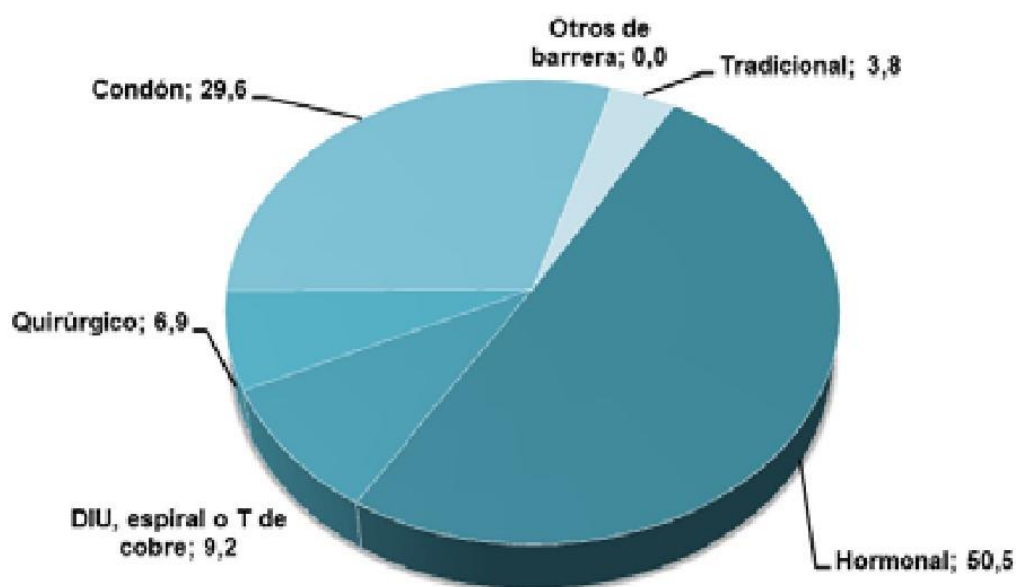
La tasa de continuidad de un método anticonceptivo es clave para lograr una alta eficacia. Su discontinuidad, en cambio, deja a la mujer rápidamente expuesta a un embarazo no intencional.

Un método que puede mantener su uso correcto en el tiempo previene eficazmente el embarazo no intencional.

A diferencia de los SARCs, cuya tasa de falla es del 9% en su uso típico, cuando una mujer desea interrumpir un LARC debe acudir a un centro de salud. Esto ofrece una oportunidad para una nueva consejería, y la continuidad de ese u otro método anticonceptivo elegido.

A pesar de la alta eficacia de los LARCs registrada en múltiples estudios, en Argentina y en el mundo, la tasa de utilización aún es sumamente baja. En nuestro país la tasa de uso de DIU es de 9,2%.⁸

Mac utilizado principalmente, mujeres sexualmente activas Total del país



Por lo tanto, decimos que en la actualidad la mejor manera de evitar un embarazo no intencional, tanto en las adolescentes como en las usuarias adultas, es mediante la utilización de LARCs. Su uso es una herramienta muy efectiva para disminuir las altas tasas de embarazos no intencionales, de abortos y de complicaciones vinculadas al aborto.

Por lo anteriormente expuesto, el comité de opinión de AMAdA expresa que **se deberían considerar a los métodos LARCs como la primera opción anticonceptiva para disminuir los embarazos no intencionales y sus complicaciones.**

Características de los LARCs

Dispositivo intrauterino liberador de cobre (DIU-Cu)

Es un dispositivo de plástico flexible, con un alambre de cobre alrededor de su rama vertical. Existen diferentes modelos.

El mecanismo de acción del DIU-Cu es inhibir la migración y la capacitación espermática con lo cual se evita la fertilización del óvulo. No hay evidencia que sostenga que el DIU-Cu interrumpe el embarazo. Según su carga de cobre pueden durar entre 3 y 10 años.^{9 10}

El dispositivo T de Cobre 380A está aprobado por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) y FDA (Food And Drug Administration) hasta por 10 años.

Los efectos adversos asociados al DIU-CU descriptos como más frecuentes son el sangrado menstrual abundante y la dismenorrea.¹¹

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)

Argentina dispone de dos tipos de endoceptivos que liberan LNG. Ambos poseen forma de T, pero varían en su tamaño y en la dosis. El DIU-LNG que contiene 52 mg de LNG libera a nivel intrauterino 20 µg diarios ¹² y el otro DIU- LNG, de 13.5 mg, libera 14 µg diarios, de menor tamaño tanto el dispositivo como el tubo insertor diseñado especialmente para mujeres jóvenes y nulíparas.¹³

Su mecanismo de acción principal es el espesamiento del moco cervical, impidiendo de ese modo el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina. Ni el DIU-Cu ni el de LNG se consideran métodos abortivos.^{14 15}

El DIU-LNG-52 mg ha sido aprobado por 5 años de uso y el DIU-LNG 13,5 mg por 3 años. Si bien el DIU-LNG libera hormonas, lo hace a nivel intrauterino y en baja cantidad, por lo que los efectos adversos a nivel sistémico son infrecuentes: cefalea, náuseas, tensión mamaria, acné, cambios en el estado de ánimo, quistes de ovario.^{16 17 18}

El DIU-LNG no afecta la densidad mineral ósea ni aumenta el riesgo de fracturas.^{19 20}

El efecto beneficioso no contraceptivo más importante del DIU-LNG 52 mg es la reducción sustancial del sangrado menstrual: el 60% de las mujeres alcanzan una hipomenorrea marcada o sangrado infrecuente al año de uso por su efecto local a nivel del endometrio. La función ovárica no se ve afectada²¹. Otros beneficios no contraceptivos son la mejoría de la dismenorrea y su utilización en el tratamiento de la endometriosis/adenomiosis.

Las complicaciones de la anticoncepción intrauterina (DIU-Cu y DIU-LNG), en general, son muy infrecuentes: expulsión (2 al 10% en el primer año de colocación) y perforación (ocurre en 1.1 cada 1000 inserciones del DIU-Cu y en 1.4 cada 1000 inserciones del DIU-LNG)^{22 23}. No hay respaldo para la hipótesis de asociación entre paridad y riesgo de expulsión de DIU, por lo que se concluye que las nulíparas no tienen mayor riesgo que las multíparas.²⁴

Los dispositivos intrauterinos no aumentan el riesgo de infertilidad. La probabilidad que ocurra infertilidad luego de la extracción de un DIU-Cu /DIU-LNG es la misma que luego de discontinuar cualquier otro método anticonceptivo reversible, o sea, hay un pronto retorno de la fertilidad. Según el estudio de Hubacher, el riesgo de infertilidad tubaria se asoció con la presencia de anticuerpos para *Chlamydia trachomatis* y no con el antecedente de haber utilizado DIU.²⁵

No se recomienda la antibioticoterapia como profilaxis, ni previa, ni posterior a la colocación de un DIU porque no está demostrado que disminuya el riesgo de enfermedad pelviana inflamatoria (EPI)²⁶. El riesgo de EPI asociada a la colocación de DIU es más alta en los primeros 20 días post inserción (RR 9.7 casos por 1000 mujeres/año de uso), luego el riesgo es igual que en no usuarias²⁷, lo que sugiere que sería por una infección preexistente al momento de la colocación y

no por el DIU per se. No se requiere screening para ITS para la inserción de anticoncepción intrauterina. Con factores de riesgo, se debe realizar screening para gonococo y clamidia en el momento de la inserción, pero la misma no se debe postergar^{28 29}. En caso de producirse una EPI se realiza el tratamiento antibiótico, sin la extracción del dispositivo intrauterino³⁰. La probabilidad de EPI es aún menor con el DIU-LNG, ya que, la disminución del endometrio y espesamiento del moco cervical disminuye el ascenso de gérmenes a la cavidad uterina.³¹

Se sugiere el uso del preservativo (doble protección) en usuarias de LARCs, como único método de prevención de infecciones de transmisión sexual. (ITS).

Implante subdérmico de etonogestrel

El implante es un dispositivo que se coloca por debajo de la piel. Consiste en una pequeña varilla de plástico, blanda, flexible y radiopaca que contiene 68 mg de etonogestrel, de liberación continua por un período de 3 años^{32 33}. El etonogestrel es el metabolito activo del desogestrel. El implante mide 4 cm de longitud, 2 mm de diámetro, y posee un aplicador estéril y descartable para su colocación.

El mecanismo principal de acción es la anovulación, además espesa el moco cervical impidiendo el ascenso de espermatozoides.^{34 35 36}

Es el método reversible más eficaz (tasa de falla de 0.05% similar a la ligadura tubaria).²² La eficacia es similar en mujeres con peso adecuado, con sobrepeso y en obesas.³⁷

Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes e impredecibles e incluyen: ausencia de menstruación, sangrados frecuentes y prolongados. Puede presentar efectos adversos: cefalea, tensión mamaria, acné^{38 39 40}. Aproximadamente un 12% de las usuarias reportaron ganancia ponderal, pero sólo 2% discontinuaron el método por dichos motivos.³⁵

La escasa literatura disponible, es suficiente como para asegurar que el uso de implantes subdérmicos no tiene influencia en la densidad mineral ósea ni riesgo de fracturas.

Una vez colocado el implante y en caso de no palpase se puede ubicar por ecografía, resonancia magnética nuclear o tomografía.

La fertilidad se recupera rápidamente luego de su extracción.

Barreras que limitan el acceso a los LARCs

A pesar de toda la bibliografía existente aún persisten barreras al uso de LARCs por diferentes motivos:

- Mitos o ideas falsas
- Desconocimiento o falta de información
- Falta de acceso
- Alto costo
- Preocupación por la seguridad de los LARCs en adolescentes por parte del equipo de salud

Los mitos o ideas falsas son transversales en la sociedad y limitan muchas veces la toma de decisiones acertadas, lo que contribuye de una manera significativa al cuidado de la salud y del bienestar.⁴¹

En una encuesta realizada online sobre el conocimiento y actitud sobre la anticoncepción intrauterina (AIU) en mujeres en edad reproductiva en St. Louis, Missouri, el 61% de las encuestadas subestimaba la efectividad del método y la mayoría sobrestimaba la efectividad de las píldoras combinadas; del 11 a 36% se manifestaban preocupadas por las complicaciones (cáncer, infecciones, infertilidad) y sólo el 28% había hablado del método con su proveedor.⁴²

A pesar de la eficacia y la seguridad de la anticoncepción intrauterina, los proveedores de atención médica a veces son reacios a recomendar su uso, particularmente en mujeres nulíparas. A través de una encuesta online realizada por un grupo de profesionales con expertise en AIU conocido como INTRA GROUP (Intrauterine CoNtraception: Translating Research into Action) se investigaron las barreras del equipo de salud en relación al uso de la misma. Esta encuesta fue tomada en 15 países obteniendo 1862 respuestas (Latinoamérica 21,6%, Estados Unidos 8,4%, Canadá y Europa 59,2%, Australia 10,8%). En la Argentina las barreras más frecuentes fueron la dificultad en la inserción (45%), EPI (58%) e infertilidad (45%). Sólo 49,7% reconoció la correcta categoría de los criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de AIU en mujeres nulíparas.⁴³

Los conceptos falsos también están instalados en las usuarias, como nos muestra una encuesta sobre anticoncepción intrauterina a 1953 mujeres latinoamericanas de entre 20 y 30 años: casi todas las mujeres habían escuchado comentarios erróneos principalmente sobre el DIU-Cu (solo para mujeres que habían tenido hijos, aborto, EPI, embarazo ectópico, dolor a la inserción y extracción) y cambios de humor y ganancia de peso con respecto al DIU-LNG.⁴⁴

Obviamente que todas estas percepciones interfieren con el uso de los métodos, de ahí el valor de la consejería.

Consejería en LARCs

La consejería es una etapa importante a cumplir cuando se recomienda un método anticonceptivo. Su principal objetivo es mejorar el conocimiento de los métodos anticonceptivos, informar sobre el uso de métodos altamente eficaces, y desterrar mitos o conceptos erróneos. Esto permite a los profesionales facilitar una decisión correcta, brindando apoyo, proporcionando información en cuanto a alternativas y ayudando a la elección, sabiendo que la elección informada va de la mano del principio de autonomía.

También se debe tener en cuenta la situación personal de la usuaria, el momento evolutivo (adolescencia, madurez sexual, premenopausia, control prenatal) y realizar una adecuada y completa historia clínica para descartar determinadas condiciones clínicas que impidan el uso de determinados métodos anticonceptivos.

El asesoramiento sobre LARCs debe incluir los siguientes ítems:

- Cuáles son los LARCs, las características de cada uno y su mecanismo de acción.
- Remarcar que la principal ventaja es su altísima eficacia anticonceptiva.
- Explicar:
 - Edad no es una restricción.
 - Adecuado para nulíparas.
 - Son métodos desvinculados del coito y sumamente cómodos ya que no necesitan de la atención diaria, semanal o mensual, como otros métodos anticonceptivos para su uso.
 - La relación costo beneficio es sumamente favorable al compararlos con los SARCs.
 - El tiempo de acción anticonceptiva (3 años para el implante subdérmico, 5 años para el DIU-LNG 52 mg, 3 para el DIU-LNG 13.5 mg, y de 3 a 10 años para el DIU-Cu).

- La rápida recuperación de la fertilidad al discontinuar su uso.
- La posibilidad de discontinuar su uso en cualquier momento que la usuaria desee.
- La baja incidencia de efectos adversos y complicaciones, sin diferencias en relación a la paridad o la edad de la usuaria.
- Los cambios en el patrón de sangrado (aumento del sangrado con el DIU-Cu, reducción del sangrado con el DIU-LNG y cambios aleatorios del patrón del sangrado con el implante anticonceptivo subdérmico).
- Asesorar sobre la conveniencia de uso en el postparto o postaborto inmediato.
- No alteran la lactancia.
- Beneficios adicionales no contraceptivos en el caso del DIU LNG.

Una adecuada consejería permitirá implementar estrategias para mejorar la adherencia (cumplimiento, uso correcto y consistente, continuidad, y satisfacción en el uso) de los métodos anticonceptivos de larga duración.

LARCs en adolescentes y nulíparas

La anticoncepción intrauterina y el implante subdérmico deberían ofrecerse como métodos de primera línea, ya que son una opción segura y eficaz para usuarias nuligestas y adolescentes.

Según los criterios de elegibilidad de la OMS se considera a los DIU-Cu y DIU-LNG como categoría 2 en nuligestas y adolescentes, y al implante como categoría 1, o sea que pueden ser utilizados.

Estos conceptos también están avalados por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), la Academia Americana de Pediatría, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA), y Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ) entre otras entidades científicas.

A pesar de esto, el uso de LARCs en adolescentes es aún menor en comparación a otros grupos etarios.

Un estudio prospectivo llamado Estudio CHOICE realizado en EEUU, en St. Louis, Missouri, entre 2007 y 2011, incluyó 9256 mujeres entre 14 y 45 años. Se les ofreció consejería y la provisión de métodos anticonceptivos reversibles gratuitos durante 3 años. Luego de la consejería en el grupo de 14 a 17 años, el 65% optó por LARCs (40% Implante y 25% DIU-Cu y DIU-LNG), mientras que en el grupo de 18-20 años, el 58% de las participantes optaron por LARCs.

El uso de LARCs mostró una alta tasa de continuidad al año de uso: 87%, en comparación con los métodos de corta duración 53%, siendo un dato importante en esta población con altos índices de embarazos no intencionales.^{45 46}

Este trabajo demuestra que luego de una buena consejería, explicando su eficacia, sus beneficios y eliminando las barreras del costo, los LARCs son una opción muy tenida en cuenta por las usuarias jóvenes.

La anticoncepción intrauterina es segura para adolescentes, con muy baja tasa de complicaciones como EPI (0-2%), dolor pelviano y perforación uterina (0.5-1.3%), las cuales tienen la misma prevalencia en nulíparas y adolescentes que en adultas y/o múltiparas. No hay respaldo para la hipótesis de asociación entre paridad y riesgo de expulsión de DIU, por lo que se concluye que las nulíparas no tienen mayor riesgo que las múltiparas^{47 48}. Se considera a la anticoncepción intrauterina un método adecuado y sin restricciones de edad o paridad.

La inserción de los dispositivos intrauterinos no muestra en general mayor dificultad en la colocación comparado con adultas, ni comparadas las nuligestas con las multíparas. En una cohorte de 1117 adolescentes se pudo colocar en el primer intento en el 96% de los casos, con una tasa de continuidad al año del 74%.⁴⁹

El implante también es seguro en las adolescentes, con alta tasa de continuidad, sin embargo, el patrón de sangrado irregular produce una discontinuidad del método del 10% en el primer año de uso. Una consejería adecuada anticipando los posibles cambios y efectos secundarios disminuye la tasa de abandono.⁵⁰

Los LARCs son métodos reversibles, eficaces, con altas tasas de continuidad y satisfacción entre las usuarias adolescentes y nuligestas en comparación con los métodos de corta duración, por lo que aconsejamos que se consideren como **métodos de primera línea en esta población**.

Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPE)

La anticoncepción post evento obstétrico (AIPE) se basa en garantizar el acceso de una persona al método anticonceptivo elegido en el periodo posterior al evento obstétrico (parto vaginal, cesárea o aborto) y antes del alta hospitalaria.

Es fundamental que en la medida de las posibilidades se pueda realizar la consejería en salud sexual y la elección del MAC en el control prenatal, llegando a la situación de parto con el método definido.

En el trabajo realizado en Uttar Pradesh India, se observa que las mujeres vuelven a la actividad sexual en el 90% durante el período de 4 a 6 meses después del parto, y la menstruación retorna en el 50% durante este mismo período, exponiéndolas al riesgo de embarazo con baja percepción del mismo.

Debemos realizar Consejería en MAC siempre que estemos ante una persona en situación de aborto. Éste es un punto fundamental, los equipos de salud suelen no tenerlo presente y si las personas lo solicitan, son los mismos equipos quienes suelen demorar la colocación del método.

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

Se prioriza el uso de métodos de larga duración reversibles (AIU, Implante) o irreversibles (ligadura tubaria, vasectomía), debido a la alta efectividad y menor tasa de falla.

Marco legal

En nuestro país la ley 25.673 de 2002 de Salud Sexual y Procreación Responsable asegura la provisión de DIU de cobre a toda la población, así como el implante de etonogestrel en mujeres menores de 24 años o con situaciones especiales, y el DIU-LNG 52 mg en sangrado menstrual abundante u otras cuestiones particulares de salud, son provistos con cobertura del 100% en el sistema público de salud. Puede haber variación en la cobertura según las provincias.

Si bien el costo inicial de los LARCs es más alto, éstos son costo-efectivos. El costo a los 2 años se equipara con el de los SARCs y a los 3 años es más económico el uso de LARCs que el de los SARCs.⁵²

Con respecto a la atención de adolescentes y menores el artículo 26 del Código Civil y Comercial (CCyC) 2015 de nuestro país especifica el régimen legal para el consentimiento autónomo en el cuidado del propio cuerpo. Los/as niños/as hasta 13 años brindan su consentimiento con asistencia. Debe siempre considerarse el interés superior y su autonomía progresiva.

Los adolescentes de 13 a 16 años: pueden consentir toda práctica que no implique riesgo grave para su salud o su vida. En términos del CCyC: cuando no se trate de “tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida”. Pueden pedir y recibir atención de un/a profesional de la salud sin acompañamiento de un adulto.

Necesitará el acompañamiento de sus representantes legales o de una persona allegada para brindar su consentimiento en aquellos tratamientos o actos médicos que impliquen riesgo grave para su salud o vida.

Deben ser considerados como “tratamientos invasivos” solo aquellos que impliquen riesgo grave para la vida o la salud, según se expresa en el art. 26. La evaluación de la gravedad de los tratamientos que impliquen riesgo para la vida o riesgo para la salud debe realizarla el/la profesional basándose en evidencia científica.

Los adolescentes pueden acceder solos a anticonceptivos como el DIU, implante, pastillas, entre otros.

A partir de los 16 años tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta.

A partir de la creación del Plan de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), se ha reforzado tanto el trabajo en educación sexual integral (ESI), Asesorías en escuelas y Consejerías en Salud Sexual en métodos anticonceptivos, especialmente de larga duración, dado el beneficio de la utilización de los mismos en esta población.

Conclusiones

Los embarazos no intencionales tienen mayor prevalencia en adolescentes y mujeres jóvenes, y muchas veces resultan del uso incorrecto o inconsistente de los métodos anticonceptivos.

Los LARCs son los métodos de mayor eficacia y más alta tasa de continuidad.

Desde AMAdA recomendamos el uso de LARCs y consideramos que estos deben ser ofrecidos en el proceso de consejería sobre MAC de rutina por ser una opción segura y eficaz en la prevención del embarazo no intencional.

Referencias

1. Long acting reversible contraception: Implants and Intrauterine devices. ACOG PRACTICE BULLETIN. Number 186. November 2017
2. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies world-wide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann 2014;45:301–314
3. Bahamondes L , Villarroel C, Frías Guzmán N, Oizerovich S, Velázquez-Ramírez N, Monteiro I. The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations. Human Reproduction Open, pp. 1–10, 2018 doi:10.1093/hropen/hox030
4. World Bank Indicators. World Bank Open Data. 2015. Disponible en: <http://data.worldbank.org>

5. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Información básica. Argentina 2016.
6. Sistema de Información Perinatal - Subsecretaria de Salud Comunitaria - – Dirección de maternidad, infancia y adolescencia. Secretaría de Gobierno de Salud. DATOS AÑO 2016SIP Gestión 2016. Ministerio de Salud y Desarrollo Social
7. Peipert JF1, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, Secura G. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011 May;117(5):1105-13
8. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cntENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf
9. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1263–9
10. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007;75:S16–30.
11. Godfrey EM, Folger SG, Jeng G, Jamieson DJ, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with copper-containing IUDs: a systematic review. *Contraception* 2013;87:549–66. (Systematic Review)
12. Mirena® (levonorgestrel-releasing intrauterine system). Highlights of prescribing information. Whippany (NJ): Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.; 2017. Disponible en: https://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf. Retrieved August 23, 2017. (Level III)
13. Gemzell-Danielsson K, Apter D, Hauck B, Schmelter T, Rybowski S, Rosen K, et al. (2015) The Effect of Age, Parity and Body Mass Index on the Efficacy, Safety, Placement and User Satisfaction Associated With Two Low-Dose Levonorgestrel Intrauterine Contraceptive Systems: Subgroup Analyses of Data From a Phase III Trial. *PLoS ONE* 10(9): e0135309. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135309>
14. Natavio MF, Taylor D, Lewis RA, Blumenthal P, Felix JC, Melamed A, et al. Temporal changes in cervical mucus after insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 2013;87:426–31.
15. Lewis RA, Taylor D, Natavio MF, Melamed A, Felix J, Mishell D Jr. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on cervical mucus quality and sperm penetrability. *Contraception* 2010;82:491–6.
16. Modesto W, de Nazare Silva dos Santos P, Correia VM, Borges L, Bahamondes L. Weight variation in users of depot-medroxyprogesterone acetate, the levonorgestrel-releasing intrauterine system and a copper intrauterine device for up to ten years of use. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015;20:57–63.
17. Ilse JR, Greenberg HL, Bennett DD. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and new-onset acne. *Cutis* 2008;82:158.
18. Nahum GG, Kaunitz AM, Rosen K, Schmelter T, Lynen R. Ovarian cysts: presence and persistence with use of a 13.5 mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. 2015 May;91(5):412-7.
19. Bahamondes MV, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Prospective study of the forearm bone mineral density of long-term users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Hum Reprod* 2010;25:1158–64
20. Lopez LM, Chen M, Mullins Long S, Curtis KM, Helmerhorst FM. Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD009849. DOI: 10.1002/14651858.CD009849.pub3. (Systematic Review)

21. Nilsson CG, Lahteenmaki PL, Luukkainen T. Ovarian function in amenorrheic and menstruating users of a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertil Steril* 1984;41:52-5.
22. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011;83:397-404.
23. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception* 2015;91:274-9.
24. Francis JKR, Gold MA Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review. *JAMA Pediatr.* 2017 jul 1;171(7):694-701. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.0598.
25. Hubacher D, et al Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravida women. *N Engl J Med* 2001;345:561
26. Grimes DA, Schulz KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001327
27. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic Review *Contraception* 2006;73: 145-53
28. Selected practice recommendations for contraceptive use _World Health Organization 2018
29. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR* July 2016/vol. 65/ n°4
30. Curtis KM. US selected practice recommendations for contraceptive use. *Recomm Rep* 2016;65 :1-66
31. Turok DK, Eisenberg DL, Teal SB, Keder LM, Creinin MD. A prospective assessment of pelvic infection risk following same-day sexually transmitted infection testing and levonorgestrel intrauterine system placement. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Nov;215(5):599.
32. Implanon® (etonogestrel implant). Merck & Co., Inc: Whitehouse Station, (NJ); 2016. Disponible en: http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/i/implanon/implanon_pi.pdf.
33. Nexplanon® (etonogestrel implant). Merck & Co., Inc.: Whitehouse Station (NJ); 2016. Disponible en: http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/n/nexplanon/nexplanon_pi.pdf.
34. Graesslin O, Korver T. The contraceptive efficacy of Implanon: a review of clinical trials and marketing experience. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13 Suppl 1:4-12.
35. Davies GC, Feng LX, Newton JR, Van Beek A, Coelingh-Bennink HJ. Release characteristics, ovarian activity and menstrual bleeding pattern with a single contraceptive implant releasing 3-ketodesogestrel. *Contraception* 1993;47:251-61.
36. Croxatto HB. Mechanisms that explain the contraceptive action of progestin implants for women. *Contraception* 2002;65:21-7.
37. Xu H, Wade JA, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura GM. Contraceptive failure rates of etonogestrel subdermal implants in overweight and obese women. *Obstet Gynecol* 2012;120:21-6.
38. Zheng SR, Zheng HM, Qian SZ, Sang GW, Kaper RF. A randomized multicenter study comparing the efficacy and bleeding pattern of a single-rod (Implanon) and a six-capsule (Norplant) hormonal contraceptive implant. *Contraception* 1999;60:1-8.
39. Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Marintcheva-Petrova M. Tolerability and clinical safety of Implanon. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13(suppl 1):29-36.
40. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil Steril* 2009;91:1646-53.
41. Zegarra Tula y aportes de: Susana Chávez, Rossina Guerrero y Luis Távara. mitos y métodos anticonceptivos. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Marzo 2011. Lima, Perú. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>

42. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's Knowledge About Intrauterine Contraception. *Obstet Gynecol*. 2011 January; 117(1): 48–54
43. Black K.I., Lotke P, Lira J, Peers T, Zite N. Global survey of healthcare practitioners' beliefs and practices around intrauterine contraceptive method use in nulliparous women. *Contraception* 88 (2013) 650–656
44. Lopes da Silva-Filho A, Lira J, Lunardi Rocha A.L., França Ferreira M C, Lamaita R.M., Candido E.B., Mendoça Carneiro M. Non-hormonal and hormonal intrauterine contraception: survey of patients' perceptions in four Latin American countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2016;21(3):213-219.
45. Mestad R, Secura G, et al. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception* 2011;84:493–8.
46. Abraham M, Zhao Q, Peipert JF. Young age, nulliparity, and continuation of long-acting reversible contraceptive methods. *Obstet Gynecol* 2015;126:823–9.
47. Francis JK. Long acting reversible contraception for adolescents: A Review. *JAMA Pediatr*. 2017 Jul 1;171(7):694-701
48. Jatlaoui TC, Riley HE et al. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception* 2017; 95:17-39
49. Teal SB, et al Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success and complications. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:515 .e1-5.
50. Berlan E. Twelve -month discontinuation of etonorgestrel implant in an outpatient pediatric setting. *Contraception* 2016;94:81-6
51. Syed Esam Mahmood, Anurag Srivastava, Ved Prakash Shrotriya, Iram Shaifali, Payal Mishra. Postpartum contraceptive use in rural Bareilly. *Indian Journal of Community Health* · 2011; 23:2, 56-57.
52. Trussell J, Hassan F, Lowin J, Law A, Filonenko A Achieving cost-neutrality with long-acting reversible contraceptive methods *Contraception* 91 (2015) 49–56

Ligadura tubaria en el puerperio inmediato: cuidando los derechos en Salud Sexual y Reproductiva.

AUTORES:

Iuliano V^{1*}; da Camara K¹; Bistrisky D²;
Rusman N²; Macchi S³; Carbone J³; Gresta C⁴.

1. Médicas de Planta / 2. Residentes en Tocoginecología / 3. Jefes de Unidad / 4.
Jefe de Servicio

Servicio de Obstetricia. Htal. Gral. de agudos Dr. I. Pirovano, Buenos Aires,
Argentina.

Correspondencia*: draiuliano@gmail.com



Resumen:

En nuestro Servicio hemos implementado la realización de ligadura tubaria (LT) durante el puerperio inmediato.

Realizamos un estudio cohorte-prospectivo para este grupo, y cohorte-retrospectivo para el de LT laparoscópica, entre agosto 2015 y julio 2017. Se incluyeron 41 laparoscopías; y 71, micro-laparotomías periumbilicales; comparando distintas variables epidemiológicas, complicaciones y tiempo quirúrgico.

La primera técnica requiere que la paciente curse las primeras horas posparto; la segunda puede realizarse en cualquier momento de la vida. En el 60% de las micro-laparotomías se utilizó anestesia raquídea. El tiempo medio quirúrgico fue de 28,7 minutos. En la LT laparoscópica la anestesia siempre es general. El tiempo medio aquí fue de 45,2 minutos. La incidencia de complicaciones menores fue aproximadamente 7% en ambos grupos. El primer grupo no presentó complicaciones mayores y en el segundo grupo, una paciente presentó infección herida quirúrgica y hematoma en pared abdominal.

Los resultados arrojados revelan que la LT periumbilical es un procedimiento rápido, sencillo, con escasas complicaciones, que optimiza los tiempos de internación en el puerperio. Demostró ser un recurso valioso para contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ofreciendo una anticoncepción temprana y oportuna con alta tasa de satisfacción.

PALABRAS CLAVES: ligadura tubaria, posparto, micro-laparotomía, periumbilical, derechos sexuales, anticoncepción oportuna.

Abstract:

In our Hospital we have implemented tubal ligation (TL) during the puerperium.

We have carried out a prospective cohort study for this group; and a retrospective cohort study for laparoscopic TL, between August 2015 and July 2017. We have included 41 TL by laparoscopy; and 71, by periumbilical micro-laparotomy; comparing different epidemiological variables, complications and surgical time.

The first technique requires the patient to go through first postpartum hours; the second one can be done at any time. In 60% of the microlapartotomies, spinal anesthesia was used. The average surgical time was 28.7 minutes. In laparoscopic TL, anesthesia was always general. The average time in this case was 45.2 minutes. The incidence of minor complications was approximately 7% in both groups. The first group did not present major complications while, in the second group, one patient presented surgical wound infection and hematoma in the abdominal wall.

The results show that periumbilical TL is a quick, simple procedure, with few complications, that optimizes hospitalization times in the puerperium period. It proved to be a valuable resource to contribute to the exercise of women's sexual and reproductive rights, as it offers early and appropriate contraception with a high rate of satisfaction.

KEYWORDS: tubal ligation, postpartum, micro-laparotomy, periumbilical, sexual rights, opportune contraception.

Introducción

En Argentina, en el año 2002, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, con el objetivo de disminuir las altas cifras de morbilidad materna y las complicaciones por aborto¹. Se prescriben y suministran distintos métodos anticonceptivos de carácter reversible, no abortivos y transitorios; respetando los criterios o convicciones de las usuarias, salvo contraindicación médica específica, y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los mismos.

En el Servicio de Obstetricia del Htal. Pirovano ofrecemos, entre otros, la realización de ligadura tubaria (LT) "del intervalo" (desvinculada al parto), a través de laparoscopia, en forma programada. Se pesquió una alta tasa de ausentismo al turno quirúrgico, cuya causa principal radica en que la internación genera dificultad en la organización familiar. A raíz de esto, surgió la necesidad de plantear alternativas que estuvieran al alcance de la paciente.

Por lo tanto, implementamos la contracepción durante las primeras horas pos-parto, con incisión en piel periumbilical, facilitando así el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y optimizando el tiempo de internación por maternidad.

A continuación describimos esta técnica, analizamos variables epidemiológicas, resultados en términos de complicaciones y tiempo quirúrgico, comparándolos con una muestra histórica sometida a tratamiento quirúrgico tradicional. Asimismo, evaluamos la conformidad con el mismo, el dolor posoperatorio, entre otros, según los resultados arrojados en las encuestas entregadas a las pacientes sometidas a contracepción quirúrgica pos-parto.

Material y Métodos

Se realizó un estudio cohorte-prospectivo para el grupo de la técnica implementada; y cohorte-retrospectivo para el grupo de laparoscopia, en el Servicio de Obstetricia del Htal. Pirovano, entre agosto 2015 y julio 2017.

Se incluyeron un total de 112 mujeres que fueron sometidas a ligadura tubaria (LT): 41, por vía laparoscópica; y 71, utilizando una técnica quirúrgica innovadora para nuestro servicio durante el puerperio inmediato, implementada para facilitar el acceso a la anticoncepción. A modo de evaluación, a estas últimas se les ofreció una encuesta de satisfacción (ver ANEXO 1).

Con respecto a la LT posparto con técnica de incisión periumbilical (Grupo 1), se determinaron criterios de inclusión y exclusión, y distintas variables:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Edad mayor a 18 años, cursando puerperio inmediato de parto vaginal (con altura uterina a nivel umbilical); asesorada adecuadamente acerca de los distintos métodos anticonceptivos y/o vías de abordaje quirúrgico disponibles; con deseo personal y autónomo de contracepción quirúrgica; y comprensión del consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Postoperatorio inmediato de cesárea; puerperio mayor a 96 horas y/o índice de masa corporal (IMC) ≥ 35 kg/m².

Se evaluaron las siguientes variables:

CARACTERISTICAS DEL GRUPO ESTUDIADO: edad, nacionalidad, paridad, métodos anticonceptivos previos, antecedentes personales.

PROCEDIMIENTO: Descripción de la técnica quirúrgica a través de incisión periumbilical. Curva de aprendizaje del procedimiento. Tipo de anestesia.

COMPLICACIONES: Menores (dificultad en vía de abordaje; defectos en cicatrización o secuela estética) y mayores (hemorragia intra y postoperatoria; infección de sitio quirúrgico; lesión intestinal; eventración; falla de método anticonceptivo).

ENCUESTA DE SATISFACCION: Satisfacción acerca del asesoramiento brindado; dolor postoperatorio; conformidad con estética de incisión; dificultades en el cuidado con el recién nacido; prolongación de permanencia en sala de internación debido a la intervención; satisfacción con el método; recomendación del procedimiento.

Finalmente, hemos comparado variables epidemiológicas y resultados de ambas técnicas (posparto y laparoscópica), complicaciones y tiempo quirúrgico.

Algunas pacientes accedieron a colaborar con nuestro registro fotográfico de los resultados postoperatorios (ver ANEXO 2).

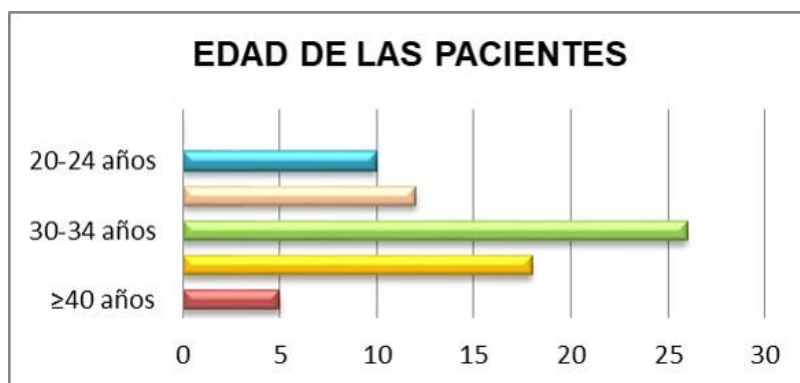
Resultados

Características del Grupo de LT Posparto (Grupo 1):

Durante el período evaluado, se realizaron 71 LT pos parto.

El rango de edad fue de 20 a 44 años, con una moda de 38 y una media de $32,1 \pm 5,6$ años. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Distribución según edad Grupo 1.



Todas ellas multíparas, destacando que más del 57% cursaban al menos su quinta gesta. El promedio de hijos por paciente fue de $4,4 \pm 1,65$ (con una moda de 3; mínimo de 2 y máximo de 8).

El 75% de nuestra casuística era de nacionalidad argentina (Gráfico 2).

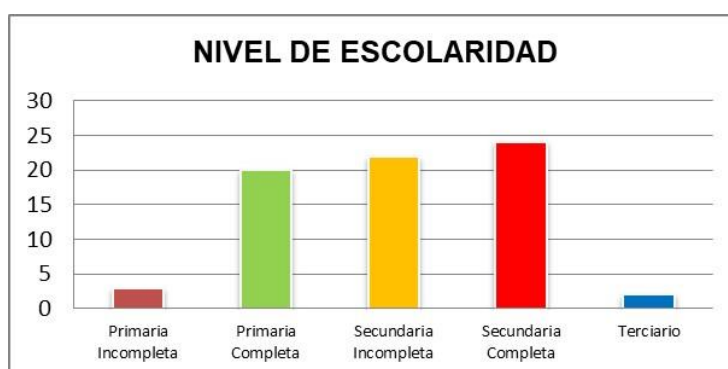
Gráfico 2. Nacionalidad de nuestras pacientes Grupo 1.



El 57% de las púerperas (41 mujeres) referían no haber planificado este último embarazo. De hecho, 4 de ellas poseían turno quirúrgico para realizar LT por laparoscopia, y no pudieron concurrir por problemas personales. De las 41 pacientes, el 44% no utilizaba método anticonceptivo alguno. De las 23 restantes: 13 elegían método de barrera; 5, anticonceptivo hormonal oral; 4, inyectable y sólo una paciente dispositivo intrauterino.

Con respecto al nivel de escolaridad, el 63,4% no había completado el secundario (Gráfico 3).

Gráfico 3. Nivel de escolaridad alcanzado Grupo 1.



De las 18 pacientes que no planificaron su embarazo, 14 habían alcanzado el secundario, ya sea en forma completa o incompleta.

En cuanto a los antecedentes personales, las patologías más frecuentemente encontradas fueron obesidad grado I y diabetes gestacional. En tres casos, existía antecedente de cicatriz abdominal por cesárea previa.

Procedimiento:

Técnica quirúrgica: El procedimiento implementado en 2015, consiste en realizar una microlaparotomía con incisión en piel periumbilical de 2 a 3 cm de longitud, y posterior disección roma de tejidos: tejido celular subcutáneo, aponeurótico y peritoneal. Luego se exteriorizan las trompas con técnica digital (Foto 1). Se realiza ligadura y sección bilateral de las mismas, y se asegura una correcta hemostasia. El cierre de piel se realizó según elección del cirujano con puntos separados o sutura intradérmica (Foto 2). El tiempo quirúrgico promedio fue alrededor de 29 minutos.

Foto 1. Reconocimiento de fimbrias. A través de la incisión periumbilical se exteriorizan ambas trompas uterinas, de manera secuencial.



Foto 2. Sutura de piel con puntos separados.



Curva de aprendizaje: Se trata de un procedimiento sencillo, con rápida adquisición de destreza por parte del tocoginecólogo y médico residente en formación, no ofreciendo mayores dificultades en cuanto a la técnica quirúrgica comparada con otras vías de abordaje abdominal.

Tipo de anestesia: En el 60% se utilizó anestesia raquídea y en el resto, general; sujeto a criterio del anestesiólogo.

Complicaciones:

En cuanto a las complicaciones menores, en cuatro pacientes se encontró dificultad en la vía de abordaje; por lo cual se requirió ampliación de la incisión en piel a nivel periumbilical de 4 a 5 cm (Foto 3). Sólo una paciente presentó defectos en cicatrización con formación de granuloma en el área de incisión (Fotos 4). En nuestra casuística, no hubo reporte de complicaciones mayores.

Foto 3. Ampliación de cicatriz. Esta imagen pertenece a una paciente en la que se presentó dificultad en el acceso a la cavidad abdominal por lo cual se decidió ampliar la incisión de piel hasta 4-5 cm obteniendo una buena evolución en la cicatrización.



Fotos 4. Formación de granuloma en piel.



Falla del Método:

No se reportó aún ningún embarazo posterior a este procedimiento.

Encuesta:

Se les otorgó luego del procedimiento una encuesta (ANEXO 1), anónima, para evaluar las variables a las cuales nos referimos con anterioridad. El 66% de las pacientes había tomado la iniciativa de elegir la LT posparto durante el control prenatal y el resto, durante su internación, previo al parto.

La totalidad de las pacientes se encontraron satisfechas con respecto al asesoramiento brindado por el personal de salud. El 80,3% calificó la atención brindada por el equipo de salud como MUY BUENA; el 19,7%, BUENA; y ninguna de las pacientes optó por MALA o REGULAR.

Con respecto a la intensidad del dolor postoperatorio, y en base a una escala subjetiva, el 38% de las mujeres refirió dolor muy leve (con un valor esperado para la población de 26,7% a 49,3% por intervalo de confianza -IC- al 95%). El 36,6% percibió el dolor como leve (valor esperado de 25,4% a 47,8% por IC 95%); 18,3%, moderado (valor esperado de 9,3% a 27,3% por IC 95%); y sólo el 7%, severo (valor esperado de 1% a 12,9% por IC 95%).

Asimismo, el 83% no encontró dificultad en la atención del recién nacido.

Todas refirieron conformidad con la estética de la incisión (inclusive las que requirieron ampliación de la misma); se encontraban altamente satisfechas con el método; y recomendarían el procedimiento. Algunas accedieron a colaborar con registro fotográfico (Fotos 5 a 8). No se generó prolongación del tiempo de internación en ninguna paciente.

Fotos 5 y 6. Pertenecen a la misma puérpera. Se expone la evolución de la cicatrización a los siete (Foto 5) y a los catorce días (Foto 6).



Foto 5.



Foto 6.

Fotos 7 y 8. Control nueve meses después de a cirugía. Corresponden a la primera paciente que fue sometida a esta técnica en 2015.



Foto 7.



Foto 8.

Características del Grupo de LT del Intervalo (Grupo 2):

En el período estudiado, se realizaron 41 LT del intervalo.

El promedio de edad fue de $33,4 \pm 6,6$ años (rango entre 20 y 44 años). El promedio de hijos por paciente fue de $2,7 \pm 1,5$; con un máximo de 8. Una de estas pacientes era nuligesta. Por otro lado, 11 pacientes (27%) presentaban al menos una cesárea previa; y 4 pacientes eran obesas.

Procedimiento:

La técnica de oclusión de las trompas de Falopio realizada en laparoscopia fue con electrocoagulación uni o bipolar y posterior sección.

Toda paciente debe informarse de que debido a diferentes razones, puede convertirse en laparotomía. El tiempo quirúrgico promedio fue de 45 minutos.

Curva de aprendizaje: En cuanto a esta técnica, se requiere de personal con formación en laparoscopia, teniendo ésta una curva de aprendizaje mayor para el médico residente en formación en comparación con la LT periumbilical; relacionándose con mayor tiempo quirúrgico. Este tipo de intervención requiere equipamiento específico e instrumental adecuado.

Tipo de anestesia: En este caso, siempre se utiliza anestesia general.

Complicaciones:

El tiempo de internación mínima en nuestro Servicio es de 48 hs, pero en 3 pacientes, el turno quirúrgico se pospuso 24 hs.; prolongando así su estadía.

Tres pacientes (0,7%) fueron convertidas a laparotomía. En cuanto a las complicaciones, una de estas pacientes se re-internó debido a infección de herida quirúrgica y hematoma en músculo recto anterior de abdomen; por lo cual fue re-intervenida quirúrgicamente. No se reportaron lesiones de vías urinarias ni lesiones intestinales durante el período evaluado. Ninguna requirió transfusión sanguínea. A excepción de la paciente que fue re-intervenida, las pacientes refirieron encontrarse satisfechas con la estética de la cicatriz quirúrgica y con la evolución del posoperatorio.

Falla del Método:

No se reportó aún ningún embarazo posterior a este procedimiento.

Discusión

El control obstétrico es una gran oportunidad para asesorar acerca de anticoncepción; así como lo es el puerperio, una vez que la mujer haya pasado la tensión del parto y no esté bajo efectos residuales de la anestesia ni de los sedantes². La anticoncepción quirúrgica asociada a cesárea jamás deberá constituir una indicación para la vía de finalización del embarazo^{3,4}.

En el Servicio de Obstetricia del Htal. Pirovano durante el período de agosto 2015 a julio 2017 se realizaron 220 ligaduras tubarias (LT): 108 intracesárea (49%); 41, por vía laparoscópica (19%); y 71, en el puerperio inmediato (32%).

Como mencionamos anteriormente, esta técnica posparto surge a raíz de la alta tasa de ausentismo al turno quirúrgico programado, facilitando de esta forma el acceso al sistema de salud.

La LT posparto se realiza preferentemente dentro de las primeras 48 horas por razones técnicas quirúrgicas y optimizando la internación por maternidad, ya que para algunas mujeres puede ser ésta la única oportunidad de estar en contacto con un centro asistencial de Salud. Desde la

perspectiva quirúrgica, la microlaparotomía periumbilical pos parto, resulta más fácil de realizar que una ligadura tubaria laparoscópica, y es igual de segura y eficaz(2-4).

No hemos encontrado trabajos científicos que comparen la LT con abordaje periumbilical y vía laparoscópica. De hecho, se dispone de escasa información estadística respecto a la técnica con incisión periumbilical, y no suele ofrecerse en los centros públicos o privados en forma rutinaria.

A continuación, haremos mención a las similitudes y diferencias que encontramos en nuestras pacientes según las diferentes vías de acceso.

Edad y Paridad:

No encontramos grandes diferencias en la edad de las pacientes, como se observa en el Gráfico 4. La primera técnica requiere con exclusividad que la paciente curse las primeras horas posparto; en cambio la segunda puede realizarse en cualquier momento de la vida reproductiva de la paciente, y siempre alejado del puerperio por al menos de 45 días. Una de las pacientes del Grupo 2 era nuligesta (paciente de 30 años y bajo tratamiento psiquiátrico). El promedio de hijos por paciente en el primer grupo fue de $4,4 \pm 1,65$; y en el segundo, de $2,7 \pm 1,5$. La mediana del Grupo 1 fue de 4 hijos con Rango Intercuartilar (RI) de 3 a 5 hijos; para el Grupo 2 la mediana fue de 2 hijos y RI de 2 a 3 hijos, estableciendo una diferencia estadísticamente significativa entre ellos (Test de Medianas $p < 0,00001$). (Gráfico 5)

De las 41 pacientes del Grupo 2, 13 (el 31,7%) fueron intervenidas luego de los 45 días posparto y antes de los 3 meses de puerperio; implicando esto una nueva internación de al menos 48 hs., en un corto período de tiempo. Una de ellas, no era candidata a la LT vía periumbilical debido a su $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ (criterio de exclusión para la misma).

Gráfico 4. La edad media de las pacientes por grupo de tratamiento fue de $32,1 \pm 5,6$ años para el grupo 1 (LT posparto) y $33,4 \pm 6,6$ años para el grupo 2 (LT del intervalo) sin alcanzar diferencias clínicas ni estadísticamente significativas (Test T $p=0,26$).

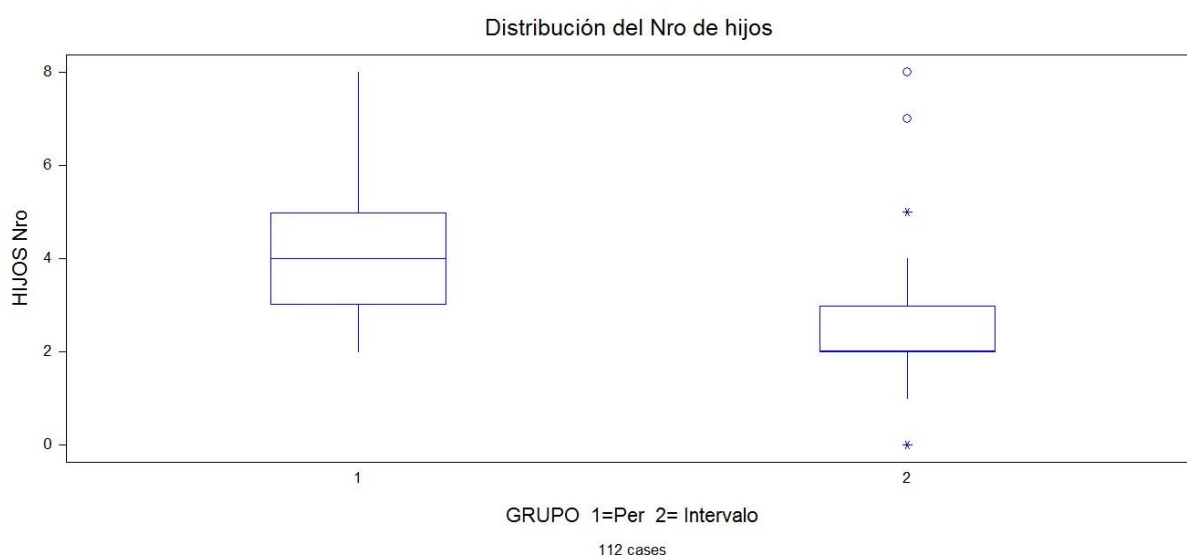
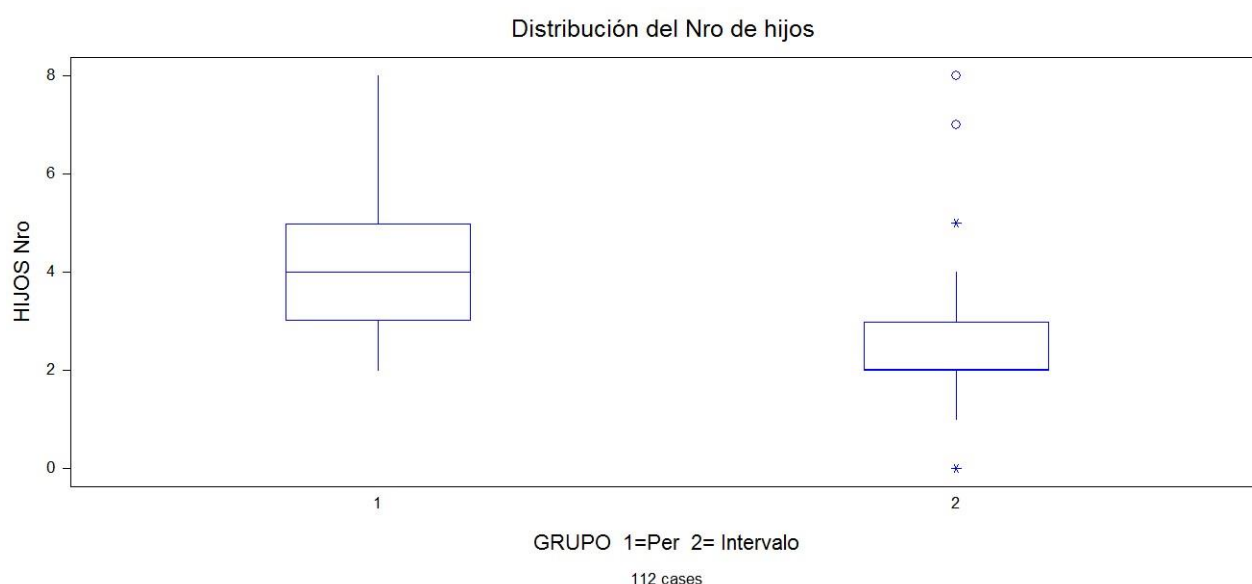


Gráfico 5. La distribución del número de hijos muestra asimetría de derecha en ambos grupos, siendo más acentuada en el grupo 2.



Procedimiento:

La anestesia utilizada en el Grupo 1 fue elección del anestesiólogo (60%, bloqueo raquídeo). La curva de aprendizaje es a nuestro parecer rápida. El tiempo medio de cirugía fue de $28,7 \pm 5,26$ min. (rango: 20-45 min.). En contrapartida, en la LT vía laparoscópica la anestesia siempre es general debido a la necesidad de contar con neumoperitoneo. La curva de aprendizaje es más lenta por requerirse de conocimientos y destrezas en laparoscopia. El tiempo medio de cirugía fue de $45,2 \pm 7,74$ min. (rango: 35-70 min.).

El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en el grupo 1 con una mediana (Me) de 25 min. y Rango Intercuartilar (RI) de 25 a 30 min., mientras que el Grupo 2 tuvo valores de Me de 45 min., con RI de 40 a 50 min. (Test de Mann Whitney Wilcoxon $p < 0,00001$) (Gráfico 6).

Gráfico 6. El Tiempo mediano quirúrgico fue significativamente menor en el Grupo 1 (Me=25 min) con respecto al Grupo 2 (Me=45 min) (Test de Mann Whitney Wilcoxon $p < 0,00001$).

Si bien existe una diferencia de tiempo de intervención a favor de la LT periumbilical, queremos recordar que la preparación prequirúrgica en laparoscopia es mayor. Asimismo, para adquirir destreza en el manejo del instrumental de laparoscopia, se requiere cierta curva de aprendizaje, y ésta depende de la cantidad de procedimientos realizados en un período determinado⁵.

Complicaciones Menores:

En el primer grupo de mujeres, en cuatro pacientes (5,6%) se encontró dificultad en la vía de abordaje; por lo cual se requirió ampliación de la incisión en piel. Esto implicó simplemente aumentar la longitud de la incisión hasta 4-5 cm, sin necesidad de cambiar la vía de abordaje. Cabe recalcar, que estas 4 mujeres presentaban un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$; y una de ellas cursaba además 96 horas del puerperio, por lo cual el útero se encontraba retraído, dificultando la individualización de las trompas uterinas. Asimismo, en este grupo, una paciente presentó granuloma en el sitio quirúrgico como secuela estética. Igualmente, todas ellas, como demostraron las encuestas, se encontraron satisfechas con la intervención y la recomendarían.

En el segundo grupo, en tres pacientes (7,3%), todas ellas obesas, se realizó conversión laparotómica (por falta de instrumental acorde). En estos casos (a diferencia del primer grupo) sí hubo que elegir otra vía de abordaje: laparotomía con incisión suprapúbica.

En el primer grupo, la intervención no generó prolongación del tiempo de internación; por lo que consideramos el puerperio un momento de oportunidad único para realizar esta cirugía, evitando así una nueva internación.

En el segundo grupo, el tiempo de internación mínimo en nuestro Servicio es de 48 hs. En tres pacientes (7,3%), la internación se prolongó al menos 24 hs., ya que se pospuso la cirugía por falta de instrumental o de disponibilidad de anestesiólogo de planta. Y como remarcamos con anterioridad, el 31,7% fue internada 2 veces en un período de 3 meses: la primera para el parto y la segunda para realizar la intervención quirúrgica (a los 45 a 90 días pos parto).

Complicaciones Mayores:

En la Tabla 1 mostramos el porcentaje de complicaciones en ambas vías de abordaje. Con respecto a las complicaciones mayores, el grupo 1 no presentó ninguna, mientras que el grupo 2 presentó una (2,4%; con IC 95%: 0%-7%), sin evidencia estadísticamente significativa (Test Fisher p:0,36). Cabe remarcar que en el grupo 2, la misma paciente fue quien presentó tanto infección herida quirúrgica como hematoma en pared abdominal.

Complicaciones en LT		LT posparto		LT de intervalo	
		n	%	n	%
Menores	Dificultad vía de abordaje	4	5,6	3	7,3
	Defectos en cicatrización	1	1,4	0	0
	TOTAL	5	7	3	7,3
Mayores	Hemorragia	0	0	1	2,4
	Infección de herida quirúrgica	0	0	1	2,4
	Lesión intestinal	0	0	0	0
	Eventración	0	0	0	0
	TOTAL	0	0	1*	2,4*
Falla de método		0	0	0	0

La incidencia de complicaciones menores fue similar en ambos grupos: 7% en el grupo 1 (IC 95%: 1,09%-12,9%) y 7,3% en el grupo 2 (IC 95%: 0,7%-15,3%) (Test Fisher p:0,99).

Falla del Método:

No se reportó ningún embarazo posterior a este procedimiento en ninguno de los grupos. Sin embargo, no ha transcurrido tiempo prudencial para la valoración de esta última variable. Según la bibliografía el promedio de fracaso de las distintas técnicas es de 17/10.000 operadas de ligadura, pudiendo resultar en un embarazo a pesar de la correcta ejecución del procedimiento⁶.

Dolor Posoperatorio:

Se realizó una encuesta en las pacientes pertenecientes al grupo 1. aproximadamente el 75% presentó dolor postoperatorio leve o muy leve; el 7%, severo (no pudiéndose descartar que correspondiera a los llamados entuertos). Todas ellas respondieron en forma favorable a antiinflamatorios no esteroides.

Es de mera importancia recalcar que la paciente se encuentra cursando una crisis vital como es el nacimiento del hijo, y que presenta dolores por diversas razones (lactancia, retracción uterina, dolor perineal pos parto con o sin sutura de desgarros o episiorrafia).

No hemos realizado encuesta para evaluar escala del dolor en el grupo de contracepción en forma programada, por lo cual no hemos comparado esta variable.

Conclusión

El concepto actual de Salud Sexual y Reproductiva trasciende el tradicional enfoque de salud materno-infantil. Rescata la función social de la reproducción humana, pasando desde una perspectiva individual hacia una concientización colectiva de compromiso y responsabilidad con el desarrollo humano y social.

En la Argentina, el 60% de los embarazos no son planificados. La vulnerabilidad del embarazo no deseado es contrarrestada por el acceso a una anticoncepción efectiva. El conocimiento sobre el uso de los diferentes métodos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada.

La ligadura tubaria bilateral es ideal para la anticoncepción, ya que consiste en un procedimiento sencillo, de fácil aprendizaje, y difícilmente reversible. Para facilitar el acceso a la planificación familiar y optimizando la oportunidad del embarazo y puerperio como situación de contacto de la paciente con el sistema de Salud, hemos decidido implementar una nueva técnica en nuestro Servicio, que optimice el tiempo de internación y disminuya la pérdida de las pacientes citadas a una nueva internación, a través de la contracepción quirúrgica con incisión en piel periumbilical durante las primeras 48 a 96 horas pos parto.

En otras palabras, nuestro objetivo es transformar cada contacto con el sistema de salud, en una oportunidad para brindar un adecuado asesoramiento acerca de la anticoncepción, y asegurar se cumpla con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

No se hallan publicados artículos acerca de poblaciones sometidas a LT con incisión periumbilical, sus características quirúrgicas y eventos adversos presentados. Los resultados arrojados en nuestro estudio revelan que se trata de un procedimiento sencillo, cuya técnica quirúrgica

presenta una rápida curva de aprendizaje y de fácil implementación. Presenta un tiempo medio quirúrgico menor con respecto a la laparoscopia. Optimiza los tiempos de internación en el puerperio. Demostró tener bajos índices de complicaciones postoperatorias y alta tasa de satisfacción por parte de las pacientes.

Podemos afirmar entonces, que en la actualidad contamos con un recurso valioso para implementar durante la internación a fin de lograr una anticoncepción temprana y oportuna en el puerperio inmediato contribuyendo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud de nuestras pacientes.

Agradecimientos

Nuestro especial agradecimiento al equipo completo del Servicio de Obstetricia del Htal. Pirovano por su desinteresado apoyo y sustancial aporte para la implementación de esta técnica.

Bibliografía

1. Ley N° 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Argentina, 2003.
2. Gómez L. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. Guía De Práctica Clínica, OSECAC. Revisión: 1- Año 2012.
3. Mas M. Anticoncepción quirúrgica voluntaria. En: Parra I, Bagnati E. Anticoncepción del Siglo XXI. 1° Edición. Buenos Aires: Ascune Hnos., 2005.
4. Bianco M, Carroli G, Escoto L, Feijoo M, Frigerio G, Oizerovich S y col. Anticoncepción Quirúrgica Mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Argentina, 2008.
5. Latiff, A. La "Curva de Aprendizaje". Qué es y cómo se mide. Revista Urología Colombiana. 2005;XIV(1):15-17.
6. Ferro P, Díaz E, Engels P, Gogliormella N, Merediz A, Quintana T y col. Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Informe de Balance 2003-2011. Argentina, 2011.

Acceder a los Anexos en el siguiente link
http://www.amada.org.ar/images/Anexos_Tubaria.pdf

Anticoncepción en las adicciones

AUTOR:

Dra. Silvia Bonsergent
Médica ginecóloga, jefa de sección ginecología infantojuvenil
del Hospital Británico de Bs. As
silviabonsergent@yahoo.com.ar



Introducción

Las adicciones son enfermedades neurológicas crónicas con potencial tendencia a las recaídas caracterizadas por la pérdida del control sobre la búsqueda y el consumo de drogas.

Las sustancias adictivas incluyen drogas ilegales como la cocaína y la heroína, así como sustancias legales como la nicotina y el alcohol.

Drogas legales, como los opioides, están siendo cada vez más utilizadas por razones no médicas generando adicción. La marihuana, legal en algunos países como tetrahidrocannabinoides al 4% (THC 4%) e ilegal en otros, merece un capítulo aparte, al igual que las nuevas drogas de diseño. El paco o pasta base de cocaína surge en Argentina como consecuencia de la crisis del 2001, por su fácil preparación y su bajo costo generando devastadores efectos debido a su gran potencial de adicción y a sus destructivas consecuencias físicas y mentales sobre todo en las poblaciones con pobreza estructural.⁹

Las fiestas electrónicas, la previa de los boliches, el UPD (Último Primer Día) de los estudiantes del último año de la escuela secundaria, los viajes de egresados, las fiestas de 15 años, son terreno fértil para el consumo de alcohol y drogas en la población adolescente y en adultos jóvenes. Muchos de estos jóvenes justifican el consumo rotulándolo como consumo recreativo siendo el límite entre consumo recreativo y adicción muy poco claro. Esto, sumado a la falta de desarrollo psico-neurológico que caracteriza a los adolescentes, los deja expuestos a conductas de riesgo como la pérdida de control sobre sus acciones que tienen consecuencias indeseables como el embarazo no planificado y las enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto la pesquisa de esta población en riesgo en la consulta ginecológica constituye un desafío que debemos enfrentar.

Algunas consideraciones

Según The National Survey On Drug Use and Health (NSDUH) se estima que el **9,2%** de los norteamericanos mayores de 12 años son usuarios de drogas ilícitas.⁶

El **75%** de los adolescentes han probado drogas ilegales, **46%** son usuarios actuales, 1 de cada 3 estudiantes reúne los criterios de adicción y 1 de cada 5 son tomadores compulsivos (más de 4 tragos en 3 horas). Según esta entidad el uso de drogas ilegales en mujeres embarazadas permanece relativamente estable desde 2007-2008 (**5,1%**) a 2009-2010 (**4,4%**) y el **30 al 40%** de las pacientes internadas en centros de adicción son mujeres.¹

Aproximadamente el 50% de los estudiantes secundarios mantienen relaciones sexuales y el 22% refiere haber consumido drogas previo a la relación sexual.⁴

Pero ¿cuál es la situación en nuestra población?

En una encuesta realizada en el Hospital Británico de Buenos Aires a pacientes adolescentes que mantenían relaciones sexuales, la **percepción de riesgo** fue baja a pesar del elevado porcentaje del **uso inconsistente del preservativo**, de que un 35% de esta población tiene un inicio precoz de RS, de un 17% de embarazo adolescente y de que **más de un 30% consume marihuana, alcohol o drogas regularmente**.⁵

Cuando analizamos los factores de riesgo, solo el **41,43%** refirió haber utilizado siempre el preservativo en el **último mes**, aunque de estas solo el **45,59%** lo utilizó desde el principio hasta el final de la relación sexual y solo el **8,70%** lo utilizó siempre durante el sexo oral.

A pesar de esto el **100%** de las adolescentes consideraron al preservativo como el método que protege contra las ITS. Consistentemente con estas cifras el **5,71%** tuvo Chlamydia Trachomatis positiva en muestra para PCR endocervical, todas asintomáticas.⁵

La evidencia demuestra que existen diferencias importantes en el patrón de adicción entre los sexos, por lo tanto las diferencias de género son importantes para el enfoque terapéutico. **Las mujeres progresan más rápido del uso casual a la adicción, tienen mayores recaídas y buscan menos ayuda que los hombres**.⁴ Esto es influenciado por las hormonas sexuales existiendo un dimorfismo en el sistema dopaminérgico, siendo los estrógenos los que facilitan la ingesta de drogas y la exposición de las mujeres a mayores conductas de riesgo que los hombres.⁴

Drogas y embarazo

Por lo expuesto, el abuso de sustancias aumenta el riesgo del embarazo no planificado, con un aumento de riesgo de la morbi-mortalidad materno-fetal, con mayor incidencia de aborto, teratogénesis, prematuridad, desprendimiento placentario, etc. Como se ve en la Tabla 1 muchas mujeres aún estando embarazadas continúan consumiendo drogas.²

Según Cornford y colaboradores, las mujeres adictas utilizan menos anticoncepción que la población general (**24% vs 50%, p < 0,001**), tienen mayor incidencia de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), mayor incidencia de Chlamydia Trachomatis y de embarazo ectópico que la población general.⁷

Casi todas las drogas atraviesan la placenta, produciendo alteraciones en el Sistema Nervioso en formación y alterando en general el crecimiento y desarrollo del feto. Alteran la neurotransmisión actuando sobre distintos neurotransmisores: la nicotina actúa preferentemente sobre receptores colinérgicos, el alcohol sobre receptores gabaérgicos, la marihuana sobre receptores de aminas A y NA (Adrenalina y noradrenalina), los opiodes sobre receptores de endorfinas, la cocaína sobre receptores de DA (dopamina).²

Los efectos sobre el uso prenatal del cigarrillo en el feto humano se conocen desde 1960, los efectos del alcohol y los opiodes desde los años 70 y los efectos de variadas drogas ilícitas como la heroína desde los años 80. Sin embargo las consecuencias a largo plazo son muy difíciles de valorar debido al sesgo que significan las malas condiciones de vida de estas madres y al hecho de que el seguimiento de estos niños resulta dificultoso. El 64% de los hijos menores de 16 años no viven con sus madres; suelen estar en institutos o al cuidado de familias sustitutas. A pesar de estas dificultades algunos autores, como Behenke y colaboradores² han publicado algunas de estas consecuencias como vemos en la Tabla 2.

La marihuana produce 5 veces más monóxido de carbono que el cigarrillo común, sometiendo al cerebro fetal en formación a una hipoxia crónica.²

En la embriogénesis muchas son teratogénicas (Síndrome de alcoholismo fetal) y en el segundo y tercer trimestre del embarazo producen retardo de crecimiento intrauterino en forma directa e indirecta, ya que muchas de estas drogas como la heroína y el paco producen anorexia con déficit nutricional materno antes y durante el embarazo, sumado al stress crónico de estas pacientes generado por las malas condiciones de vida.^{12, 13}

Un capítulo aparte merece el Síndrome de abstinencia del Recien Nacido (RN). Típicamente comienza a las pocas horas o días después del nacimiento aunque su duración e intensidad dependen de muchos factores como el tipo y dosis de drogas consumidas por la madre, la susceptibilidad genética, el tipo de alimentación y el tipo de cuidados que recibe el RN. Si no se trata con celeridad suele ser devastador pudiendo provocar convulsiones y aún la muerte.^{13, 14}

TABLA 1: Comparación del uso de drogas en mujeres embarazadas y no embarazadas, período 2009-2010. Extraído de Behenke y col.²

TABLE 1 Comparison of Drug Use Among Women 15 to 44 Years of Age by Pregnancy Status: 2009–2010

	Pregnant Women, %	Nonpregnant Women, %
Illicit drug use	4.4	10.9
Alcohol use	10.8	54.7
Binge drinking	3.7	24.6
Cigarette use	16.3	26.7

TABLA 2: Exposición prenatal a drogas: efectos a corto y a largo plazo. Extraído de Behenke y col.²

TABLE 2 Summary of Effects of Prenatal Drug Exposure

	Nicotine	Alcohol	Marijuana	Opiates	Cocaine	Methamphetamine
Short-term effects/birth outcome						
Fetal growth	Effect	Strong effect	No effect	Effect	Effect	Effect
Anomalies	No consensus on effect	Strong effect	No effect	No effect	No effect	No effect
Withdrawal	No effect	No effect	No effect	Strong effect	No effect	*
Neurobehavior	Effect	Effect	Effect	Effect	Effect	Effect
Long-term effects						
Growth	No consensus on effect	Strong effect	No effect	No effect	No consensus on effect	*
Behavior	Effect	Strong effect	Effect	Effect	Effect	*
Cognition	Effect	Strong effect	Effect	No consensus on effect	Effect	*
Language	Effect	Effect	No effect	*	Effect	*
Achievement	Effect	Strong effect	Effect	*	No consensus on effect	*

* Limited or no data available.

Anticoncepción en pacientes adictas

Las necesidades anticonceptivas y la consejería en las pacientes adictas suelen quedar en segundo plano debido a la urgencia de los tratamientos durante las recaídas y además muchas de estas instituciones carecen de Servicios adecuados.

Múltiples parejas, sexo por dinero y estilos de vida caóticos impactan sobre el tipo de anticoncepción utilizada y el tipo de anticoncepción recomendada. Muchos factores intervienen en el aumento de embarazos no planificados: la amenorrea que tienen muchas pacientes debido a la anorexia puede dar falsa idea de infertilidad, el ambiente violento y las ideas suicidas favorecen no solo el embarazo sino las ITS.¹⁵

En el trabajo retrospectivo publicado por Cornford y colaboradores⁶ en el Reino Unido, sobre 376 pacientes adictas entre 20 y 61 años, el uso de anticoncepción en esta población fue del **30% vs el 75%** de la población general. Solo el **24%** utilizó anticoncepción planificada, como fue mencionado anteriormente y el **62%** no utilizó ningún método anticonceptivo en el mes previo.

- 4% utilizaba ACO vs 25% en población no adicta.
- 1% utilizó DIU vs 6% en población no adicta.
- **6% utilizó anticoncepción hormonal inyectable vs 3%** en población no adicta, siendo este método el único de preferencia con respecto a la población general.
- **La mayoría (86%) estuvo embarazada al menos 1 vez**, con un promedio de **3.31 embarazos y 2.43 recién nacidos vivos**.
- **El promedio de IVE (interrupción voluntaria del embarazo) fue 0.46 por madre lo que excede en gran medida el promedio de la población general (0.025%).**
- El 12% eran trabajadoras sexuales, el 16% sufrió abuso sexual y el 30% refirió violencia doméstica.

Existe además una brecha importante en estas pacientes, entre el uso actual y el uso previo a la internación de anticoncepción, con todos los métodos y especialmente con el uso del preservativo, como puede verse en la Tabla 3.⁶

TABLA 3: Uso actual y uso previo, extraído de Cornford y col.⁶

Table 1. Current and previous contraception use.

	Age Category									
	20–29		30–39		40–49		50+		Total	
	N = 137		N = 189		N = 41		N = 7		N = 374	
Current Contraceptive Use	39	29%	58	31%	12	29%	1	14%	110	29%
Condoms (male)	12	9%	14	7%	0	0%	0	0%	26	7%
Condoms (female)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Non-condom contraception	31	23%	47	25%	11	27%	1	14%	90	24%
Diaphragm/cap	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Combined pill/patch/vaginal ring	8	6%	6	3%	1	2%	0	0%	15	4%
POP pill	2	2%	5	3%	2	5%	0	0%	9	2%
Injectable	12	9%	7	4%	2	5%	0	0%	21	6%
Implant	7	5%	8	4%	0	0%	0	0%	15	4%
IUCD	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	2	1%
IUS	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%	3	1%
Sterilisation	3	2%	15	8%	7	17%	1	14%	26	7%
Vasectomy (partner)	1	1%	0	0%	1	2%	0	0%	2	1%
Other	1	1%	2	1%	0	0%	0	0%	3	1%
Previous Contraception Use	100	73%	145	77%	22	54%	1	14%	268	72%
Condoms (male)	50	37%	70	37%	6	15%	0	0%	126	34%
Condoms (female)	2	2%	2	1%	0	0%	0	0%	4	1%
Non-condom contraception	86	63%	129	68%	23	56%	1	14%	239	64%
Diaphragm/cap	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Combined pill/patch/vaginal ring	46	34%	77	41%	14	34%	0	0%	137	36%
POP pill	9	7%	17	9%	4	10%	0	0%	30	8%
Injectable	51	37%	81	43%	10	24%	0	0%	142	38%
Implant	12	9%	14	7%	0	0%	0	0%	26	7%
IUCD	4	3%	6	3%	4	10%	1	14%	15	4%
IUS	1	1%	4	2%	0	0%	0	0%	5	1%
Other	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	2	1%
Emergency contraception	23	17%	39	21%	1	2%	0	0%	63	17%
Number of occasions ¹	2.2		2.2		1.0		0.0		2.2	

¹ Mean number of occurrences within each age category

Según Elko A y colaboradores⁸ sobre 671 pacientes adictas internadas embarazadas que recibieron consejería anticonceptiva durante el tercer trimestre, solo el 14% no optó por ningún método. El **32%** optó por anticoncepción quirúrgica, aunque solo el **16%** logró concretarlo. El método reversible más elegido fue nuevamente el hormonal inyectable (**27%**) seguido por el implante (**15%**).

La consejería en pacientes adictas debe formar parte del tratamiento de estas pacientes con ginecólogos entrenados para tal fin. Si bien pueden elegir **cualquier método disponible**, son recomendables los métodos de larga duración (LARCs) como la anticoncepción intrauterina o el implante, debido a su independencia de la usuaria y a su elevada eficacia, como ha sido comunicado por distintas sociedades científicas (OMS, CDC, SAP, ACOG). Para esto es imprescindible quitar las barreras para su implementación.^{10, 11}

Barreras para la anticoncepción

Podemos resumir las barreras para el acceso de anticoncepción en estas pacientes en 3 grupos:

- **PACIENTE:** percepción errónea de infertilidad, abuso sexual (trauma, no concurre a la consulta ginecológica), mayor falla de métodos auto administrados que la población general, baja tolerancia a los efectos adversos de los anticonceptivos, auto discriminación, baja autoestima.
- **MÉDICO:** urgencia de complicaciones por síndrome de abstinencia, mitos.
- **INSTITUCIONES:** costos de los insumos, *expertise* del personal, falta de compromiso. **Generalmente se derivan a servicios externos de planificación que desconocen la problemática de esta población.**

Entre las principales barreras referidas por los propios profesionales de la salud se encuentran percepciones erróneas como por ejemplo la seguridad de la anticoncepción intrauterina (AI) en las pacientes con alto riesgo de ITS, como son las pacientes adictas.

En un estudio realizado por Farley y colaboradores¹⁰ publicado por Lancet y patrocinado por la OMS, ya en el año 1992, sobre 22908 mujeres que se colocaron DIU con seguimiento de hasta 10 años la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) fue baja (**1,6/1000** mujeres año). En coincidencia Drak y colaboradores en un estudio sobre 283 mujeres jóvenes usuarias de DIU, un 49,5% reportaron historia de ITS y solo 2 (0,7%) tuvieron diagnóstico de EPI.^{10.}

Así mismo Birgisson y colaboradores³ en una publicación del año 2015, basada en el Proyecto CHOICE, un estudio de cohorte sobre 9000 mujeres entre 14 y 45 años realizado en el estado de St. Louis en USA, donde se eliminaron las barreras de costo de insumos y los mitos debido a una consejería dirigida al uso de métodos de larga duración, se analizó el subgrupo de pacientes usuarias de DIU. Estas nuevas usuarias fueron testeadas para *Neisseria gonorrhoeae* (NG) y *Chlamydia trachomatis* (CT) durante el enrolamiento. La incidencia de EPI en las nuevas usuarias de DIU con test positivos para NG y/o CT comparada con las usuarias de DIU con test negativos, fue muy baja y semejante en ambos grupos (menor al 1%). Estos autores concluyen que el uso de DIU es seguro para todas las mujeres incluyendo aquellas con alto riesgo de ITS.³

Por lo tanto estos y otros estudios publicados han demostrado que la incidencia de EPI en las usuarias de DIU con respecto a las no usuarias es baja, luego de 20 días postcolocación, siendo métodos seguros y eficaces aún en pacientes de alto riesgo como las pacientes adictas.

Pesquisa y estrategias de reducción de riesgo

¿Cómo podemos desde nuestro lugar de atención identificar a estos grupos vulnerables?

Connery y colaboradores⁶ proponen realizar encuestas motivacionales (EM). Son encuestas estandarizadas que se realizan en pocos minutos, de fácil acceso y validadas en diferentes idiomas que permiten la pesquisa de grupos de alto riesgo facilitando la aplicación de estrategias de prevención.

Una de estas, es la denominada CRAFT (Figura 1 y 2). Consta de 2 partes, la primera es la encuesta en si misma y la segunda consiste en la interpretación de los resultados.

FIGURA 1: Encuesta CRAFT, extraído de Connery y col.⁽⁶⁾

Begin: "I'm going to ask you a few questions that I ask all my patients. Please be honest. I will keep your answers confidential."

Part A

During the PAST 12 MONTHS, did you:

	No	Yes
1. Drink any <u>alcohol</u> (more than a few sips)? (Do not count sips of alcohol taken during family or religious events.)	☐	☐
2. Smoke any <u>marijuana</u> or <u>hashish</u> ?	☐	☐
3. Use <u>anything else</u> to <u>get high</u> ? ("anything else" includes illegal drugs, over the counter and prescription drugs, and things that you sniff or "huff")	☐	☐

For clinic use only: Did the patient answer "yes" to any questions in Part A?

No ☐ Yes ☐

↓ ↓

Ask CAR question only, then stop **Ask all 6 CRAFT questions**

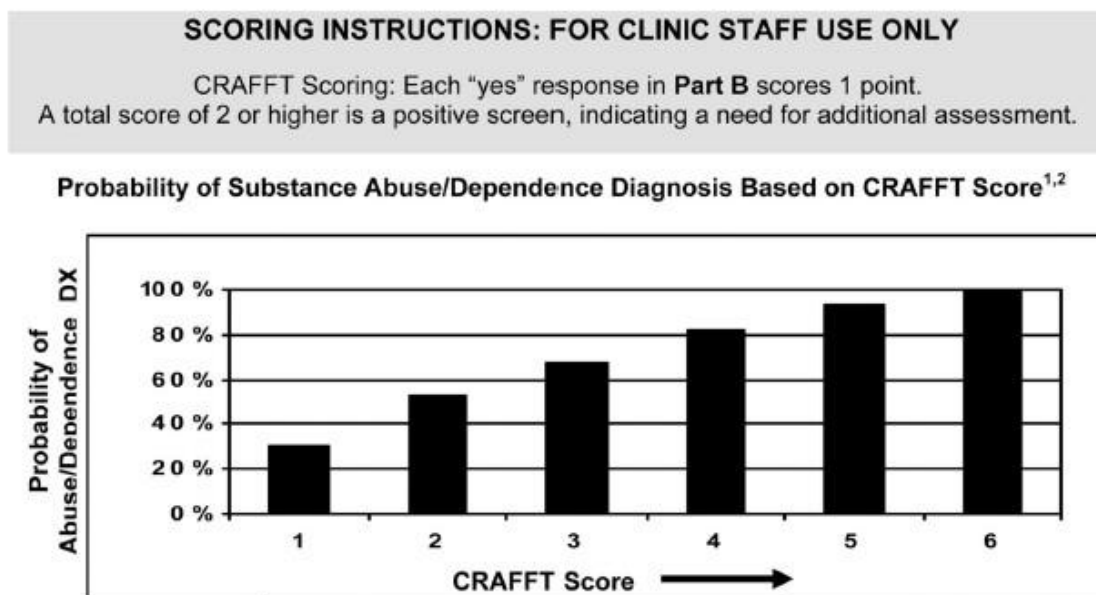
Part B

	No	Yes
1. Have you ever ridden in a <u>CAR</u> driven by someone (including yourself) who was "high" or had been using alcohol or drugs?	☐	☐
2. Do you ever use alcohol or drugs to <u>RELAX</u> , feel better about yourself, or fit in?	☐	☐
3. Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, or <u>ALONE</u> ?	☐	☐
4. Do you ever <u>FORGET</u> things you did while using alcohol or drugs?	☐	☐
5. Do your <u>FAMILY</u> or <u>FRIENDS</u> ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?	☐	☐
6. Have you ever gotten into <u>TROUBLE</u> while you were using alcohol or drugs?	☐	☐

CONFIDENTIALITY NOTICE:
The information recorded on this page may be protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent. A general authorization for release of medical information is NOT sufficient for this purpose.

© CHILDREN'S HOSPITAL BOSTON, 2009. ALL RIGHTS RESERVED.
Reproduced with permission from the Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston, (www.ceasar.org)

FIGURA 2: encuesta CRAFFT, interpretación de los resultados. Extraído de Connery y col.⁶



DSM-IV Diagnostic Criteria³ (Abbreviated)

Substance Abuse (1 or more of the following):

- Use causes failure to fulfill obligations at work, school, or home
- Recurrent use in hazardous situations (e.g. driving)
- Recurrent legal problems
- Continued use despite recurrent problems

Substance Dependence (3 or more of the following):

- Tolerance
- Withdrawal
- Substance taken in larger amount or over longer period of time than planned
- Unsuccessful efforts to cut down or quit
- Great deal of time spent to obtain substance or recover from effect
- Important activities given up because of substance
- Continued use despite harmful consequences

© Children's Hospital Boston, 2009. This form may be reproduced in its exact form for use in clinical settings, courtesy of the Center for Adolescent Substance Abuse Research, Children's Hospital Boston, 300 Longwood Ave, Boston, MA 02115, U.S.A., (617) 355-5433, www.ceasar.org.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de esta encuesta?

Ventajas:

- Acceso gratuito
- Versión computarizada validada en distintos idiomas
- No requiere entrenamiento
- Tiempo de realización: 3 minutos
- Permite el screening de alcohol y drogas con buen valor predictivo positivo y negativo para uso, abuso y dependencia
- 74% de sensibilidad/ 96% especificidad

Desventajas:

- No pesquiza tabaquismo (en adolescencia suele asociarse con consumo de drogas o enfermedades mentales)
- Requiere cierto conocimiento para interpretarla

Estas EM y otras similares son una herramienta útil para detectar grupos de alto riesgo en nuestra práctica diaria, permitiendo trabajar en forma interdisciplinaria para proteger a grupos vulnerables.

Conclusiones

- El abuso de sustancias no siempre es fácil de pesquisar en la práctica diaria
- Existen herramientas prácticas para obtener información en la consulta ginecológica
- Es necesario trabajar en forma interdisciplinaria si detectamos riesgo de adicción
- La construcción de la idea de maternidad es independiente de la adicción a las drogas y por lo tanto es importante la planificación familiar aun en pacientes institucionalizadas
- La consejería en anticoncepción debe incluirse en los centros de rehabilitación de estas pacientes. Lo urgente no debe hacer olvidar lo importante
- Los LARCs son de elección en este grupo de pacientes
- Trabajar sobre la importancia del uso del preservativo nunca debe obviarse
- Reducir la carga que representa para estas mujeres un embarazo no planificado puede ser un desafío para el equipo de salud, pero debemos estar preparados desde la ginecología para ayudar a enfrentar tales circunstancias ya que muchas veces el médico es la única persona confiable para estas pacientes

Bibliografía

1. Black M., et al. Improving Access to Long Acting Contraceptive Methods and Reducing Unplanned Pregnancy Among Women with Substance Use Disorders. Substance abuse and treatment. 2016, 10(s1): 27-33.
2. Behnke, M. Prenatal substance abuse, short and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics. 2013; 131 (3): e1009-1024.
3. Birgisson N, et al. Positive testing for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis and the risk of Pelvic Inflammatory Disease in IUD Users. Journal of women health. Vol 24, number 5, 2015, page 354- 359.
4. Bobzean S, et al. Sex differences in the neurobiology of sex addiction. Exp. Neurol. (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.expneurol.2014.01.022>.
5. Bonsergent, S y col. Infección por Chlamydia Trachomatis y percepción de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) en nuestra población sexualmente activa. Presentado en congreso ALOGIA, Montevideo 2017.
6. Connery H, et al. Adolescent substance use and unplanned pregnancy: strategies for risk reductions. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014; 41 (2): 191-203.
7. Cornford Ch, et al. Contraceptive Use and Pregnancy Outcomes among Opioid Drug-Using Women: A Retrospective Cohort Study. PLOS ONE/ DOI:10.1371/ JOURNAL.PONE.0116231 MARCH 2015.

8. Elko A., et al. Contraception in Women with Substance Use disorders. *Soc Work Ment Health*, 2011 (9): 445-55.
9. Epele M. New Toxic, New Poverty: A Social Understanding of the Freebase Cocaine/Paco in Buenos Aires. *Substance Use & Misuse*, 2011. 46: 1468-1466.
10. Farley TM, Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992, 28; 339 (8796): 785-8
11. Guimaraes R, et al. Gender differences in patterns of drug use and sexual risky behavior among crack cocaine users in Central Brazil. *BMC Psychiatry*. 2017. 17: 412.DOI 10.1186/s12888-017-1569-7.
12. Levonyan-Radloff K, et al. Women Bar Drinkers Discussions About Birth Control and Risky Sexual Behavior. *Arch Sex Behav*. 2012; 41-4: 987-993.
13. Oei Ju Lee. Adult Consequences of Prenatal Drug Exposure. *Internal Medicine Journal*. 2018. 48: 25-31.
14. Parks K, et al. The influence of Marijuana and Alcohol Use on Condon Use Behavior: Findings from a sample of Young Adult Female Bar drinkers. *Psychol addict*, 2012; 26 (4): 888-894.
15. Terplan M, et al. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance disorders. *Prev Med* 2015; 80:23-31.

Cómo cambiar de un anticonceptivo a otro

AUTOR:

Dra. Mariela Orti

Médica ginecóloga, sección ginecología infanto-juvenil
y planificación familiar del Hospital Italiano de Bs. As.

Fellow IFEPAG

mariela.orti@hospitalitaliano.org.ar



Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos básicos y son tan importantes como el derecho a la vida, a la salud y a la libertad. Todas las mujeres tienen derecho a decidir en forma autónoma si tener o no tener hijos, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. Es por ello que tienen el derecho a recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos dentro de un marco de atención integral en salud sexual y reproductiva.

Al indicar un método anticonceptivo el objetivo es el de brindar una anticoncepción que sea eficaz, segura, accesible, cómoda y se adapte a las creencias y valores de la usuaria, para así lograr una alta tasa de satisfacción y por ende aumentar la adherencia al método. Para ello es necesario conocer el perfil de la usuaria y realizar una completa consejería en opciones. Dentro de la consejería es importante informar sobre potenciales efectos adversos, posibles cambios en el patrón de sangrado, averiguar acerca de la accesibilidad y costos, explorar posibles dificultades en el uso, indagar sobre la búsqueda de beneficios no contraceptivos y pautar siempre una consulta de seguimiento. La baja satisfacción con el método lleva a menor adherencia al mismo con el riesgo de que se discontinúe o se cambie hacia otro método.

Para cambiar de un método a otro es necesario saber cuánto tiempo necesita el nuevo para ser efectivo y cuánto tiempo tarda el método anterior en dejar de actuar. Al conocer estos tiempos se realizará el cambio, en la medida de lo posible, sin dejar intervalos desprotegidos. En caso de no ser así, se debe saber en qué usuarias es necesario indicar un método adicional ante el cambio.

Es de suma importancia pasar de un método a otro sin dejar, en el momento del cambio, períodos o brechas sin anticoncepción. Los embarazos no planificados pueden suceder en el cambio de un método a otro y evitar esta brecha es de suma importancia. Anticiparse a las posibles causas de cambio de método y realizar una correcta consejería en anticoncepción son claves para aumentar la adherencia y disminuir el riesgo ante el cambio o la discontinuación del mismo. Es importante brindar información precisa y detallada a la hora de cambiar de un método a otro ya que, dependiendo de cuál se esté utilizando y a cuál se cambie, las indicaciones pueden variar para evitar dejar intervalos desprotegidos. Muchas veces desconocemos la farmacocinética y mecanismo de acción del método, por lo cual ante la duda siempre solemos recurrir a respuestas como “comenzá el método ni bien termines el otro”, “comenzá el método luego de discontinuar el otro esperando tu siguiente menstruación” o la famosa frase “por las dudas usá preservativo todo el mes”.

A continuación se detallará en qué situaciones debe considerarse superponer métodos para no perder la eficacia anticonceptiva y ante qué casos se debe adicionar un método de barrera para cubrir intervalos sin protección.

Cambiando de una píldora anticonceptiva a otra

No se necesita esperar al siguiente sangrado menstrual para comenzar un nuevo anticonceptivo oral. Se debe instruir a las mujeres que cambian de un ACO a otro ACO, de no dejar ni un día libre de toma, comenzando un envase ni bien termine el otro o inclusive puede comenzar el nuevo envase antes de terminar el envase actual, luego de cualquier comprimido.

Cambiando de la píldora anticonceptiva al parche

Los niveles hormonales del parche llegan a su pico a las 48 hs luego de su aplicación, por lo cual se debe superponer y colocar el parche 48 hs antes de discontinuar la píldora, evitando así una disminución en los niveles hormonales y no perder la eficacia anticonceptiva

Cambiando de la píldora anticonceptiva al anillo vaginal

Las hormonas del anillo vaginal se absorben rápidamente por lo cual se puede comenzar con el anillo luego del último comprimido de la píldora o bien luego de cualquier comprimido.

Cambiando del parche anticonceptivo o el anillo vaginal a la píldora.

El parche anticonceptivo provee 9 días de protección y el anillo vaginal 35. Luego de retirado el parche la vida media del mismo es de 17 a 26 hs. Se debe comenzar con la píldora un día antes de discontinuar el parche o el anillo, superponiendo 1 día los métodos. Siendo así entonces la píldora se toma no más de 8 días luego de colocado el parche o no más de 34 días luego de insertado el anillo

Cambiando del parche al anillo vaginal y del anillo al parche

Se debe colocar el anillo el mismo día que se retira el parche, mientras que para cambiar del parche al anillo se debe colocar el parche 2 días antes de retirar el anillo.

Cambiando al SIU-LNG, Implante subdérmico o inyectable de acetato de medroxiprogesterona (AMP)

Tanto el SIU-LNG como el inyectable trimestral de AMP tardan 7 días en alcanzar el nivel de eficacia, por lo tanto mujeres rotando del anillo, parche o inyectable a estos métodos deben continuar con su uso por 7 días luego de colocado el SIU-LNG o aplicada la inyección de AMP, o utilizar método adicional de barrera por este período. Distinto es el caso para el implante subdérmico de etonorgestrel, ya que este actúa desde el momento en que es colocado presentando su pico de acción a los 4 días. Por lo tanto mujeres cambiando de la píldora, parche, anillo o método de barrera al implante deben continuar el método por 4 días y superponer el método actual 4 días con el implante. No es necesario completar el esquema para realizar el cambio. En cualquier caso que no se pueda superponer se debe aconsejar la utilización de método de barrera por ese período.

Cambiando de DIU de cobre al SIU-LNG, implante subdérmico o inyectable de AMP

El retorno a la fertilidad luego de retirar el DIU de cobre es inmediato, mientras que el SIU-LNG necesita de 7 días para alcanzar su efectividad, en tal caso se debe indicar método de barrera por este período. Para el caso del implante, éste debe colocarse 4 días previos a retirar el DIU. En el caso de rotar del DIU de cobre al inyectable, la inyección debería ser aplicada 7 días previos a ser retirado el DIU. Muchas veces para ahorrar una visita médica, se realiza la extracción del DIU y se inicia el otro método en el mismo día, motivo por el cual es de suma importancia asesorar sobre el

período descubierto de anticoncepción en cada caso, con la utilización de un método adicional de barrera.

Cambiando del SIU-LNG, Implante o Inyección de AMP a la píldora, parche o anillo

El retorno a la fertilidad luego de retirar el SIU-LNG o el implante subdérmico es inmediato, por lo cual al cambiar a píldora, parche o anillo, se debe comenzar con el método una semana previa a la extracción.

El inyectable trimestral de AMP tiene un margen de 4 semanas, con lo cual hasta la semana 16 luego de su aplicación es seguro. Al cambiar del inyectable de AMP a la píldora, parche, anillo, implante o SIU-LNG se debe comenzar con el método en forma segura hasta 15 semanas luego de la última inyección de AMP.

Cambiando de un DIU de cobre a otro DIU de cobre

El DIU de cobre es efectivo desde el momento de la colocación y se ha comprobado como muy efectivo para anticoncepción de emergencia hasta 5 días luego de una relación sexual desprotegida. En ese caso la colocación del DIU se debe realizar hasta no más de 5 días luego de discontinuado el método o 16 semanas para el caso del inyectable de AMP.

Cambiando del DIU de cobre a la píldora parche o anillo, en caso de hacerlo en la misma visita se debe asesorar en la utilización de barrera por 7 días, ya que idealmente requiere la superposición de los métodos por 7 días para evitar la brecha desprotegida.

Consideraciones y reflexiones

El escenario ideal no siempre es el real a la hora de realizar el cambio. Lo importante es tratar en la medida de lo posible no dejar períodos sin protección y de ser así, conocer cuando se debe indicar un método adicional.

Se debe dar información precisa y detallada y luego respetar la decisión de la mujer a la hora del cambio. Facilitar siempre una consulta de seguimiento y estar disponibles para aclarar dudas son acciones claves para aumentar la adherencia. Indagar acerca del uso del método, satisfacción y adherencia en todo tipo de consulta que la mujer haga es de buena práctica.

La consulta por anticoncepción es una urgencia y debe resolverse en la medida de lo posible en el acto. Invertir tiempo en un completo asesoramiento, derribando mitos y promoviendo el uso de los métodos reversibles de larga duración ha demostrado aumentar la tasa de continuidad. Brindar información precisa a la hora de cambiar un método y así evitar un embarazo no planificado debe ser de común conocimiento para todos los profesionales que trabajan en salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

- How to Switch Birth Control Methods - Am Fam Physician - 2011, 83 (5): 575-576.
- Preventing Gaps when Switching Contraceptives - Am Fam Physician - 2011, 83 (5): 567-570.
- Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy- N Engl J Med 2014;371:1316-23

Los cambios en el sangrado menstrual son NORMALES: Herramienta de asesoramiento propuesta para abordar las razones comunes de la falta de uso y la interrupción de la anticoncepción

AUTORES:

Kate H. Rademacher, Jill Sergison, Laura Glish, Lauren Y. Maldonado, Amelia Mackenzie, Geeta Nanda, Irina Yacobson.

[Glob Health Sci Pract](#). 2018 Oct 3; 6(3): 603–610.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6172120/>

Traducción: Dra. María Laura Lovisolo

Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infanto Juvenil CEMIC

marialaura_lovisolo@hotmail.com



Una nueva herramienta de asesoramiento sobre planificación familiar utiliza el simple dispositivo mnemotécnico "NORMAL" para ayudar a los asesores y proveedores de planificación familiar a comunicar a las usuarias los mensajes clave sobre los cambios en el sangrado menstrual asociados con el uso de anticonceptivos hormonales y el DIU de cobre.

Datos de las Encuestas de demografía y salud realizadas entre 2005 y 2014 revelan que casi un tercio de las mujeres mencionan las preocupaciones sobre los efectos secundarios o el temor a los riesgos para la salud como una razón para no usar anticonceptivos modernos. La evidencia muestra que los cambios en el sangrado menstrual asociados con el uso de anticonceptivos contribuyen tanto a las tasas de interrupción como a no usarlos. Muchas mujeres temen que los cambios menstruales, como sangrado más intenso, sangrado prolongado, irregular, el manchado y la ausencia de sangrado (amenorrea) puedan llevar a consecuencias negativas para la salud, incluida la infertilidad. Además, las mujeres a menudo perciben que la menstruación es un signo natural de la feminidad; les preocupa la ausencia de sangrado como un signo de embarazo; y temen una acumulación de sangre "sucia" o "mala" en sus cuerpos. Como era de esperar, se sabe que los cambios en el sangrado menstrual afectan la vida diaria de las mujeres y las relaciones con sus parejas.

Ayudar a las mujeres a comprender los cambios típicos de sangrado asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos podría llevar a una mayor aceptación de estos cambios, de los métodos, a una mejor satisfacción y a mayores tasas de continuación. En particular, tanto los proveedores de atención médica como las usuarias deberían entender que los cambios del sangrado menstrual, incluyendo la ausencia de sangrado, debido al uso de métodos anticonceptivos no tendrá un impacto negativo en la salud de las mujeres. Una comprensión más clara de los posibles cambios de sangrado asociados con un método anticonceptivo y las implicaciones anticipadas en el estilo de vida también pueden ayudar a las mujeres a tomar decisiones bien informadas sobre el método específico que mejor se adapte a sus necesidades.

Además, la amenorrea y la oligomenorrea (sangrado infrecuente) asociadas con ciertos métodos anticonceptivos hormonales pueden tener importantes beneficios no anticonceptivos para la salud, así como ventajas en el estilo de vida para algunas mujeres. Posicionar esos atributos no

anticonceptivos como ventajas potenciales para las mujeres, en lugar de la caracterizar todos los cambios en el sangrado menstrual como efectos secundarios desagradables, podría potencialmente conducir a una mayor demanda y satisfacción con los métodos anticonceptivos hormonales.

A pesar de las ventajas potenciales de brindar asesoría de alta calidad sobre estos temas, no está claro hasta qué punto esto sucede y qué impacto pueden tener estos tipos de mensajes en la aceptación del método o el uso continuo. Una revisión reciente encontró pocos estudios que han evaluado si el asesoramiento sobre los cambios en la menstruación influye en la elección del método o mejora las tasas de continuación. Los autores señalaron que el desarrollo de una herramienta de asesoramiento podría ayudar a los proveedores de atención médica a comunicarse mejor con los usuarios sobre los posibles cambios de sangrado asociados con el uso de anticonceptivos. El trabajo descrito aquí se emprendió para abordar esta brecha.

Escenario actual: mensajes existentes en la formación internacional y materiales de consejería

Los autores en principio revisaron el asesoramiento, la capacitación y los materiales utilizados comúnmente por los programas internacionales de planificación familiar sobre cómo asesorar a las mujeres sobre los cambios en el sangrado menstrual y el uso de anticonceptivos. Dos clínicos revisaron cada recurso de forma independiente para evaluar su validez. Examinaron 6 parámetros para determinar si los proveedores recibieron instrucciones para (1) describir los cambios de sangrado que los usuarios deberían esperar con métodos anticonceptivos específicos; (2) comparar los cambios típicos de sangrado entre los diferentes métodos anticonceptivos; (3) tranquilizar a las mujeres acerca de los cambios en el sangrado menstrual, ya sea de manera general o detallada; (4) describir estrategias para manejar los cambios menstruales inconvenientes; (5) proporcionar información básica sobre la menstruación y / o la higiene menstrual; y (6) explicar los beneficios potenciales para la salud de la oligo-menorrea o la amenorrea. Además, los revisores señalaron si los proveedores recibieron instrucciones de describir los cambios menstruales típicos antes o después de alguien seleccionara un método anticonceptivo específico, y si se incluía información personalizada para poblaciones especiales, como mujeres jóvenes o posparto. La información se evaluó para implantes, inyectables, el dispositivo intrauterino de cobre (DIU) y el sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU LNG), debido a la alta probabilidad de que estos métodos cambien los patrones de sangrado. Un hallazgo clave de la evaluación fue que los cambios en el sangrado menstrual no se abordan de manera suficiente en los recursos revisados. En general, los cambios en el sangrado común, como sangrado más intenso o disminuido, y los beneficios potenciales de un sangrado reducido o sin sangrado se abordan en todos los recursos evaluados; sin embargo, estos temas o bien no reciben mucho énfasis o se proporcionan pocos detalles. Si bien los recursos a menudo instruyen a los proveedores para asegurarles a las mujeres que los cambios en el sangrado no son un signo de enfermedad, la evidencia global demuestra que las preocupaciones de las mujeres sobre los cambios en el sangrado son más variadas y matizadas. Como tales, los consejeros de planificación familiar deben ser capaces de transmitir información general sobre los cambios de sangrado y comunicar información adaptada a las inquietudes individuales de las personas.

Herramienta propuesta

Para abordar las brechas en los materiales de capacitación y orientación existentes, un equipo de proyecto multidisciplinario de FHI 360 y Population Services International (PSI) desarrollaron un conjunto simple de mensajes de asesoramiento sobre los cambios en el sangrado menstrual asociados con el uso de anticonceptivos. El objetivo fue desarrollar un recurso que los

proveedores de servicios de salud pudieran incorporar fácilmente en las sesiones de asesoramiento sin aumentar los requisitos de tiempo o esfuerzo. Los objetivos principales de la herramienta son instar a los proveedores a (1) educar a las mujeres sobre los cambios de sangrado asociados con el uso de anticonceptivos, (2) abordar las concepciones erróneas y los temores comunes sobre los cambios menstruales y (3) aumentar la conciencia de las mujeres sobre las posibles ventajas (reducción del sangrado menstrual y / o amenorrea).

La herramienta utiliza el simple dispositivo mnemotécnico "NORMAL" (normal, oportunidades, retorno, métodos, ausencia de menstruaciones y límite) para ayudar a los profesionales a recordar mensajes breves sobre los cambios de sangrado menstruales asociados con la anticoncepción hormonal y el DIU de cobre. La herramienta se puede descargar en español del siguiente link <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-normal-counseling-job-aid-spanish.pdf>

La herramienta NORMAL solicita a los proveedores que aborden los siguientes 6 puntos:

1. NORMAL: los cambios en su menstruación son NORMALES cuando usa un método anticonceptivo. Con este punto, se recomienda a los proveedores que describan los diferentes tipos de cambios de sangrado que las mujeres pueden esperar (específicamente, los cambios en el volumen, la duración y la previsibilidad de la menstruación) con el uso de anticonceptivos hormonales y el DIU de cobre. También se les indica a los proveedores que informen que los cambios pueden variar con el tiempo con el uso continuo de anticonceptivos hormonales.

2. OPORTUNIDADES: las menstruaciones más ligeras o su ausencia pueden proporcionar OPORTUNIDADES para beneficiar su salud y su vida personal. Se les pide a los proveedores que informen a las mujeres sobre los beneficios potenciales para la salud y las ventajas de estilo de vida asociados con la reducción del sangrado o la amenorrea. Por ejemplo, todos los anticonceptivos hormonales ofrecen cierta protección contra la anemia, y algunos métodos, como las píldoras anticonceptivas orales y el SIU de LNG, se usan como tratamientos efectivos para el sangrado menstrual abundante (menorragia). Además, la ausencia de sangrado o el sangrado infrecuente puede ser conveniente para las mujeres al aumentar su capacidad de participar en actividades educativas o laborales, reduciendo los costos y molestias asociados a la higiene menstrual y a la reducción de la interrupción de la actividad sexual.

3. REGRESO: una vez que deje de utilizar un método, sus períodos menstruales REGRESARÁN a su patrón habitual, y sus probabilidades de quedar embarazada REGRESARÁN a la normalidad. Se alienta a los proveedores a asegurar a las mujeres que los cambios en el sangrado menstrual no son permanentes y no dañarán su fertilidad futura. Para la mayoría de los métodos anticonceptivos, la fertilidad volverá rápidamente después de que se suspenda el uso de la anticoncepción. En el caso de la anticoncepción inyectable, el retorno a la fertilidad probablemente se retrasará meses después de dejar de usar.

4. MÉTODOS: diferentes MÉTODOS anticonceptivos pueden llevar a diferentes cambios de sangrado. Los proveedores deben preguntar a una mujer acerca de sus preferencias con respecto a los cambios de sangrado cuando selecciona un método. Los perfiles de sangrado difieren entre los métodos, y las preferencias de las mujeres deben tener un enfoque de personalizado e incorporarse para decidir qué método seleccionar.

5. AUSENCIA DE MENSTRUACIÓN: si está utilizando un método hormonal, la AUSENCIA de períodos menstruales no significa que esté embarazada. Los proveedores deben asegurar a los usuarios de anticoncepción hormonal que no deben asumir que la ausencia de sangrado menstrual es, en sí misma, un signo de embarazo. Si una mujer tiene otros signos de embarazo

mientras usa un método hormonal, o desaparece la menstruación mientras usa el DIU de cobre, debe hablar con su proveedor o hacerse una prueba de embarazo.

6. LIMITACIÓN: si los cambios en sus menstruaciones LIMITAN sus actividades diarias, existen tratamientos simples disponibles. Si una mujer percibe que los cambios en el sangrado son desagradables o preocupantes, se le debe recomendar que hable con su proveedor acerca de las opciones antes de que decida interrumpir un método. Por ejemplo, el sangrado irregular o intenso puede interferir con la vida diaria de las mujeres o la molestia relacionada a la higiene menstrual. Existen opciones de tratamiento simples que pueden ayudar a aliviar los síntomas físicos perturbadores.

La evidencia muestra que el uso de acrónimos y dispositivos mnemónicos puede mejorar la práctica clínica en una variedad de campos, y que la introducción de listas de verificación simples y basadas en evidencia para los proveedores de planificación familiar puede llevar a un mayor uso de anticonceptivos en entornos de bajos recursos. La herramienta NORMAL complementa otros enfoques de asesoramiento comúnmente utilizados.

La investigación ha demostrado que, al brindar información sobre una intervención de salud, existe el riesgo de reforzar inadvertidamente los conceptos erróneos entre la población objetivo. Como tal, todos los mensajes incluidos en la herramienta NORMAL se enmarcan en un lenguaje positivo que evita la repetición de información inexacta. Aunque solo se incluyó un subconjunto de métodos anticonceptivos en la revisión inicial de los recursos internacionales de asesoramiento y capacitación, la herramienta NORMAL se diseñó para ser relevante y aplicable a todos los métodos hormonales y al DIU de cobre. Se instruye a los proveedores para que usen la herramienta antes y después de que el usuario seleccione un método anticonceptivo; y también que recuerden a sus pacientes que regresen si tienen inquietudes acerca de los cambios en el sangrado después del inicio del método.

En 2017, el equipo que desarrolló la herramienta NORMAL solicitó a profesionales comentarios sobre un borrador preliminar. El formato y el contenido de la herramienta se revisaron según la información recibida. Una versión final de la herramienta NORMAL (Figura 1) también está disponible en francés, portugués y español; (Para descargar las versiones en inglés y traducidas, sugerimos el link www.fhi360.org/resource/normal-counseling-tool-menstrual-bleeding-changes-job-aid).

FIGURA 1

MENSAJES A LAS CLIENTAS QUE UTILIZAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los cambios en la menstruación son **NORMALES**



Muchas mujeres tienen ideas equivocadas sobre los cambios en la menstruación (períodos) que pueden ocurrir con el uso de anticonceptivos hormonales o el DIU de cobre. Utilice esta herramienta simple para ayudar a sus clientas a comprender que los cambios en su menstruación cuando usan un método anticonceptivo hormonal o un DIU de cobre son **NORMALES**. Proporcione a sus clientas información

basada en pruebas sobre cambios específicos a los métodos que pueden ocurrir. Además, en cada sesión de asesoramiento, tranquilice a las clientas acerca de estos cambios y converse acerca de los posibles beneficios de la disminución del sangrado y la amenorrea. Utilice el acrónimo **NORMAL** para tratar estos puntos con ellas.

NORMAL

NORMALES — Los cambios en su menstruación son **NORMALES** cuando se utiliza un método anticonceptivo. Con los métodos hormonales, la menstruación puede ser más fuerte o más ligera, puede ocurrir con mayor frecuencia o cuando no la espera, o podría no tener menstruación. Los cambios en su período también pueden ser diferentes con el tiempo.¹ Con el DIU de cobre, la menstruación puede ser más prolongada o más fuerte, pero seguir siendo regular; también podría presentar manchado durante los primeros meses después de la inserción del DIU.

OPORTUNIDADES — Una menstruación más ligera o la ausencia de menstruación puede proporcionar **OPORTUNIDADES** que podrían ser beneficiosas para su salud y su vida personal.

REGRESO — Una vez que deje de utilizar un método, sus períodos menstruales **REGRESARÁN** a su patrón habitual, y sus probabilidades de quedar embarazada **REGRESARÁN** a la normalidad.²

MÉTODOS — Los diferentes **MÉTODOS** anticonceptivos pueden causar diferentes cambios en el sangrado. Informe a su proveedor acerca de los tipos de cambios en el sangrado que le parecerían aceptables.

AUSENCIA DE MENSTRUACIÓN — Si está utilizando un método hormonal, la ausencia de períodos menstruales no significa que esté embarazada. Si tiene otro síntoma de embarazo o si no tuvo su período menstrual mientras usaba un DIU de cobre, converse con su proveedor médico o hágase una prueba de embarazo.³

LIMITACIÓN — Si los cambios en su menstruación **LIMITAN** sus actividades diarias, hay tratamientos simples disponibles. Converse con su proveedor.⁴

Crédito por las ilustraciones: Period emoji, Plan International UK, <https://plan-uk.org/act-for-girls/break-the-taboo-vote-for-your-favourite-period-emoji>

¹ Además de estos puntos, proporcione información específica a los métodos acerca de posibles cambios en la menstruación antes y después de que la clienta elija un método anticonceptivo hormonal.

² Si corresponde, informe a su clienta que, al utilizar un anticonceptivo inyectable (por ejemplo, DMPA), probablemente demorará en recuperar la fertilidad después de discontinuar el método. En el caso de los demás métodos, la fertilidad se recupera de inmediato.

³ Si corresponde, informe a su clienta que, cuando se toman píldoras anticonceptivas orales, la

ausencia de períodos menstruales puede ser señal de embarazo. La ausencia de períodos menstruales durante el primer mes después de la inserción del implante o el uso inicial de inyectables solo de progestina también puede ser señal de embarazo (por ejemplo, cuando se empezó a utilizar el método como parte de Quick Start, sin que se descartara el embarazo con certidumbre razonable). Diga a su clienta que regrese a la clínica si tiene dudas con respecto a un embarazo.

⁴ El tratamiento para sangrado fuerte/prolongado debido a métodos hormonales incluye 5 días de ibuprofeno u otro AINE (excepto aspirina), o un tratamiento de 21 días de COC o etinilestradiol. El tratamiento del sangrado asociado al DIU de cobre incluye 5 días de ácido tranexámico o AINE (excepto aspirina). Sin embargo, en la mayoría de los casos, suele ser suficiente tranquilizar a las clientas y/o brindarles asesoramiento de apoyo.



Próximos pasos

El cambio en el conocimiento y las actitudes de las mujeres sobre los cambios en el sangrado menstrual asociados con el uso de anticonceptivos puede mejorar la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos, reducir las tasas de discontinuidad entre las usuarias actuales y aumentar su uso. La herramienta de asesoramiento NORMAL está diseñada para reducir mitos comunes y conceptos erróneos entre las mujeres, mejorar su conocimiento sobre los cambios de sangrado y aumentar su interés en los beneficios no anticonceptivos asociados con la oligomenorrea o la amenorrea.

Como aclaran los autores de este interesante artículo, esta herramienta podría incorporarse en la provisión de métodos anticonceptivos y podría incluirse también en la capacitación de los profesionales de la salud pero antes de su implementación a gran escala, se necesita investigación adicional para evaluar aún más la viabilidad y efectividad de incorporar la herramienta NORMAL en las sesiones de asesoramiento de planificación familiar, la comprensión de estos mensajes por parte de las mujeres y el impacto final respecto a generar un cambio de actitudes y comportamientos de los proveedores y usuarias de métodos anticonceptivos.

¿Existen necesidades insatisfechas en la consejería y elección de métodos anticonceptivos? Conclusiones del estudio TANCO europeo

AUTORES:

G. S. Merki-Feld, C. Caetano, T. C. Porz and J. Bitzer. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2018 Jun; 23(3):183-193.

Traducción y comentarios:

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



Resumen

Introducción: el uso efectivo de métodos anticonceptivos requiere que las mujeres hagan una elección informada sobre aquellos métodos que mejor cumplan con sus necesidades y expectativas. El estudio europeo TANCO (Thinking About Needs in Contraception - pensando sobre necesidades en anticoncepción) es una encuesta online cuantitativa a usuarias y a profesionales de la salud, explorando su visión sobre aspectos de la consejería en métodos anticonceptivos y su uso.

Métodos: Los profesionales de la salud y mujeres que frecuentaron sus consultorios fueron invitadas a completar el cuestionario en forma online. La encuesta a las mujeres exploró el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, la satisfacción con el método actual, y el interés en recibir mayor información sobre todos los métodos. La visión de los profesionales de la salud fue recolectada en paralelo.

Resultados: Un total de 676 profesionales de la salud y 6027 mujeres completaron la encuesta online en 11 países. Se observó una prevalencia general alta de uso de métodos anticonceptivos (MACs) y de satisfacción con el método anticonceptivo actual a través de los diferentes países. Un 55% de mujeres se encontraba utilizando métodos reversibles de corta duración (SARCs); mientras que un 19% utilizaban un método de larga duración (LARC). El 60% de las mujeres estaban interesadas en recibir más información sobre otros métodos; 73% de las mujeres manifestaron que considerarían utilizar un LARC si recibieran información más extensa al respecto. Los profesionales de la salud tendieron a subestimar el interés de las mujeres en recibir información sobre anticoncepción en general y más específicamente sobre los LARCs.

A pesar de la alta utilización y satisfacción con el método anticonceptivo actual, las mujeres demostraron interés en recibir mayor información sobre todos los MACs. Explorar con mayor profundidad la visión de las mujeres sobre sus necesidades y expectativas en anticoncepción podría conllevar mayor conocimiento, discusiones más efectivas con los profesionales y una mayor tasa de decisiones informadas en anticoncepción.

Comentarios:

Hoy en día disponemos de una amplia variedad de métodos anticonceptivos. Las usuarias necesitan información acertada para poder, entre todas esas opciones, elegir aquella que mejor cubra sus necesidades en cuanto al estilo de vida, planificación familiar, factores de riesgo y beneficios no contraceptivos. Sin embargo, para alcanzar su máxima eficacia, el proceso de consejería debe enmarcarse en la paciente, estimulando la discusión y la decisión compartida entre la usuaria y el profesional de la salud.

A pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la tasa de embarazos no intencionales a nivel global sigue siendo alta con consecuencias sociales y económicas. Como esfuerzo para incrementar el uso de MACs más efectivos, independientes de la usuaria, ha habido un cambio hacia un nuevo paradigma, con la recomendación del uso de LARCs en mujeres jóvenes. Muchas guías de diversas organizaciones ya toman estas recomendaciones e intentan ampliar el acceso a los LARCs removiendo las barreras existentes. Sin embargo la falta de conocimiento de los mismos y los conceptos erróneos sobre su eficacia y seguridad continúan limitando la elección de estos métodos altamente efectivos.

Los autores de este trabajo manifiestan que muchas veces los proveedores de salud dan por sentados los intereses y creencias de las mujeres en cuanto a la elección de un MAC, lo cual puede limitar la discusión sobre los LARCs. Los profesionales de la salud siguen siendo la fuente más confiable sobre información en Salud Sexual, teniendo entonces un rol clave en la entrega de información confiable sobre anticoncepción, a pesar de la existencia de internet y de las redes sociales. En principio el Thinking About Needs in Contraception (TANCO) surgió en Alemania y en febrero de 2017, se extiende a 11 países, cuyos resultados los autores presentan en esta publicación.

Objetivos

En cuanto a los objetivos que plantean los autores para el TANCO europeo estos son: evaluar el uso, conciencia y nivel autoreportado de conocimientos sobre anticoncepción; evaluar la satisfacción con el MAC actual incluyendo el cumplimiento de los anticonceptivos orales; identificar las necesidades y expectativas sobre anticoncepción, medir el interés sobre recibir información extensiva a otros MACs; comparar la percepción sobre necesidades y expectativas en anticoncepción de las mujeres con lo percibido como prioridades por los profesionales; y evaluar la percepción sobre los servicios de consejería desde la perspectiva del profesional y del paciente.

Materiales y métodos

El estudio europeo TANCO fue una encuesta cuantitativa online sobre los aspectos de la consejería relacionadas a anticoncepción y al uso de métodos anticonceptivos. Los profesionales participantes presentaban experiencia clínica sobre consejería anticonceptiva y anticoncepción. Los países participantes fueron Bélgica, República Checa, Finlandia, Francia, Irlanda, Polonia, Portugal, Eslovenia, España, Suiza y Suecia. Las mujeres fueron invitadas a participar por sus médicos.

Se eligieron mujeres entre 18 y 49 años. El cuestionario final se basó en 18 preguntas para las mujeres y 17 para los profesionales, diseñado para ser completado en 10 y 15 minutos respectivamente. Algunas de las preguntas fueron respecto a datos sociodemográficos.

Pueden encontrar el cuestionario en el artículo original. Resaltamos que se preguntó acerca del conocimiento sobre 14 métodos anticonceptivos (incluyendo vasectomía, métodos naturales

anticoncepción de emergencia, diafragma, etc.). Además incluyeron preguntas sobre olvido de pastillas y utilización de píldora de emergencia. Al final del cuestionario se preguntaba sobre la visión de las usuarias sobre la consejería recibida por su médico, incluyendo cantidad de información compartida y tiempo en la consulta. En cuanto a las preguntas a los profesionales de la salud se preguntó sobre el número de mujeres tratadas como los métodos anticonceptivos frecuentemente prescritos y experiencia sobre colocación de anticoncepción intrauterina, entre otras. El resto de preguntas apuntaron en espejo a las preguntas de las mujeres, a través de escalas para determinar lo que ellos creían como percepción y actitudes hacia los métodos anticonceptivos de las mujeres, su compliance y su visión sobre los servicios de consejería que brindaban. El estudio fue financiado por Bayer.

Resultados

El 81% de las pacientes y el 75% de los profesionales invitados respondieron el cuestionario, o sea, 6027 mujeres y 676 profesionales, la mayoría ginecólogos.

Resaltamos en este resumen los resultados más relevantes. Sólo un pequeño porcentaje de mujeres conocía bien los 14 métodos presentados. En general la tasa de conocimiento fue mayor para los métodos hormonales orales que para los intrauterinos (83 vs 69%).

Uso de MACs

El 90% utilizaba anticoncepción. Mayoritariamente, con diferencias por países, el uso de métodos de corta duración (SARCs, el 55%) fue superior al uso de métodos de larga duración (LARCs, 18%). En general las mujeres más jóvenes y nulíparas utilizaban más SARCs.

Más del 50% de mujeres indicaron estar satisfechas con su MAC actual. La tasa más alta de satisfacción fue con DIU LNG (78%), luego con los ACO (71%). Globalmente la satisfacción con los LARCs fue mayor que con SARCs (76 vs 66%).

Un dato importante que muestra este estudio es que la mitad de las usuarias de píldoras habían olvidado tomar una o más píldoras en los últimos tres meses. Las menores de 30 años referían más olvidos. Los profesionales infraestimaron esa cifra, pensando que sólo el 36% tenía olvidos. También infraestimaron el uso de anticoncepción de emergencia de sus pacientes: estimaron un uso de un 26%, pero el 50% de mujeres la usaron al menos una vez.

Necesidades y expectativas respecto a los MACs

Se preguntó en este estudio respecto de qué cualidades las usuarias valoran en un MAC, siendo seguridad y confiabilidad los atributos más valorados independientemente de la edad y paridad. Les sigue bajo riesgo de trombosis, la capacidad de adaptarse a su estilo de vida y planificación familiar. También se refirieron a la baja dosis hormonal, reducción del sangrado y dolor, reversibilidad y tasa de discontinuación. Estas cualidades fueron valoradas por usuarias de SARCs y LARCs.

Nivel de información e interés en recibir información sobre otros MACs

El 60% de mujeres manifestaron estar interesadas en recibir información más extensiva sobre otros MACs, en mayor proporción aquellas usuarias de SARCs. Nuevamente, como sucedió con otros parámetros evaluados, lo profesionales estimaban menor (38%) el interés en este tema de las usuarias.

El 73% a su vez estarían potencialmente interesadas en usar LARCs si recibieran mayor información por parte de los profesionales que las atienden. Esto contrasta con la respuesta de los profesionales, que opinaban que solo el 38% de las pacientes estarían interesadas en utilizarlos.

El 73% de las mujeres estaba satisfecho con la cualidad de la consulta sobre anticoncepción, apreciación ligeramente inferior a la propia hecha por los profesionales (77%).

Discusión

Se puede observar en este estudio europeo un gran conocimiento de las mujeres sobre MACs, con un conocimiento relativamente bajo de LARCs; se observa también en general satisfacción con el uso del MAC actual. Los ACO son el método usado por más de la mitad de las mujeres, y el DIU LNG es el segundo método, sin embargo sólo es usado por una de cada 10 mujeres.

Los LARCs son usados por mujeres de mayor edad y con mayor paridad, lo cual podría estar expresando lineamientos anteriores sobre consejería. Podemos decir con respecto a esto que ha habido un cambio de paradigma en cuanto a priorizar el uso de LARCs aún en nulíparas. Pero coincidiendo con los autores, se observa que muchos proveedores de salud siguen recomendando LARCs a edades mayores (recomendación que a su vez también puede tener que ver con ciertas contradicciones que aparecen respecto del uso de ACO a mayor edad o con factores de riesgo cardiovascular).

La tasa de satisfacción fue alta con casi todos los métodos, postulando los autores que posiblemente la insatisfacción motiva tempranamente un cambio de MAC. Se observó en este estudio que el 86% de las usuarias de parche, inyectable e implante estaban altamente satisfechas; sin embargo la estimación hecha por los profesionales percibía tan solo un 22% de satisfacción. Los profesionales claramente infraestimaron el interés de la usuarias en recibir información sobre otros métodos y el potencial uso de LARCs.



Gráfico gentileza de Bayer

Fortalezas y limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio están relacionadas a la selección, dado la alta motivación de las mujeres a participar, tal vez con un sesgo de lealtad al ginecólogo; el tamaño muestral marcó muchas diferencias entre los países, impidiendo que se analizaran las diferencias entre los mismos. Otra limitación fue la exclusión de menores de 18 años, con una representatividad limitada de adolescentes.

Una gran fortaleza, como remarcan los autores es que el TANCO es la primera encuesta que abarca 11 países con más de 6000 mujeres. Otra fortaleza es que evalúa información sobre los factores que las mujeres consideran importantes al elegir anticoncepción y que explora el interés de ellas en recibir más información sobre otros métodos. Además tiene un diseño novedoso que permite comparar las opiniones de las mujeres con las opiniones de los profesionales de la salud respecto a diferentes aspectos de la consejería.

Los autores manifiestan coincidencia con hallazgos de otros estudios que han investigado las necesidades y expectativas sobre anticoncepción de las mujeres.

El alto nivel de interés sobre información relacionada a los LARCs refleja los hallazgos del estudio CHOICE, y cómo las creencias de los proveedores de información son capaces de limitar artificialmente el uso de LARCs al limitar el conocimiento compartido sobre estos métodos.

Uno de los motivos por lo que nos interesó mostrar este estudio o sugerirlo para su lectura fue que, si bien el mismo es un estudio europeo, y por lo tanto no podemos generalizar este resultado a latinoamérica, tiene un interesante diseño que compara puntos de vista de las usuarias y de los profesionales que brindan consejería anticonceptiva. Esto pone de manifiesto algunos desfases o desconexiones en algunos aspectos entre visión del profesional y de la usuaria, con respuestas muy diferentes en algunos casos. Para resaltar, el gran interés de las mujeres interesadas en recibir información sobre diversos MACs aparte del usado actualmente, y un potencial interés en los LARCs (con bajo porcentaje de uso en la población estudiada). Ambos aspectos fueron infraestimados por los profesionales. Ello muestra un área sobre la cual trabajar, mejorando los aspectos comunicacionales de la consulta o consejería en anticoncepción. Otro aspecto a destacar es el alto porcentaje que alcanza el 77% de usuarias de ACO que reporta un olvido de píldoras, mostrando que a pesar de la alta satisfacción con el método, hay mayor chance de falla del método.

Conclusiones

En resumen, el estudio TANCO nos muestra en los países evaluados (Europa) una alta prevalencia de uso anticonceptivo mayor al 90% y una alta satisfacción de las usuarias con el método actual.

Demuestra también un mayor conocimiento y uso de anticonceptivos combinados, mini píldora y anticoncepción de emergencia con respecto al uso de anticoncepción intrauterina. El 55% de las mujeres usaron métodos de corta duración y 19% LARCs. Un 66% de mujeres estaba interesado en recibir más información sobre todos los métodos anticonceptivos y 73% de las mujeres hubieran considerado el uso del LARCs si hubiesen recibido mayor información al respecto.

Los profesionales de la salud tienen la tendencia de subestimar el interés en recibir más información sobre los métodos anticonceptivos en general y más específicamente en los de larga duración.

En conclusión, tres de cada cuatro mujeres considerarían un LARC como una opción anticonceptiva si recibieran más información sobre estos métodos. Los resultados fueron generalmente consistentes en todos los países si bien, como dicen los autores los números no permitieron hacer diferencias o comparaciones entre países. Es necesaria una mayor exploración de las necesidades y expectativas de la anticoncepción de las mujeres. El incrementar el conocimiento y presentar discusiones más efectivas sobre anticoncepción brinda mayor probabilidad de una elección informada. Esto genera como consecuencia una mayor tasa de satisfacción y continuidad con los métodos anticonceptivos lo cual, en última instancia, termina contribuyendo a una disminución en la tasa de embarazos no planificados o no intencionales.