ISSN 2796-9509

Revista AMAdA

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Volumen 19, Nº2 (2023)

Autoridades

Comisión Directiva AMAdA 2022 – 2023:

Presidente:
Dra. Lía Arribas

Vicepresidente:
Dra. María Elisa Moltoni

Secretaria:
Dra. Lorena Bozza

Tesorera:
Dra. Mónica Heredia

Vocales Titulares:

- Dra. Marisa Labovsky
- Dra. María Susana Moggia
- Dra. María Laura Lovisolo
- Dra. Mariela Orti
- Dra. Ma. de los Angeles Capresi
- Dra. Claudia Diez Beltrán
- Dra. María Eugenia Escobar
- Dra. María Daniela Faranna
- Dra. Mariana Marrone
- Dra. Patricia Riopedre

Vocal Suplentes: Dra. Elina Coccio

Comisión Revisora de cuentas:
Titular: Dra. María Alejandra Martínez
Suplente: Dra. Alicia Lázaro

Comisión Científica:

- Dra. Silvina Pradier
- Dra. Gabriela Kosoy
- Dra. Silvia Ciarmatori
- Dra. Silvia Bonsergent
- Dra. Lucía Katabian
- Dra. Carlota López Kaufman
- Dra. Silvia Oizerovich
- Dra. Eugenia Trumper
- Dra. Inés de la Parra
- Dr. Julio Seoane
- Dra. Sandra Vázquez
- Dra. Graciela Ortiz
- Dra. Viviana Cramer
- Dra. Gabriela Perrotta
- Lic. Hilda Santos
- Lic. Ana Tropp

Revista AMAdA - Comité Editorial

Coordinadora:
Dra. María Elisa Moltoni

Directoras:
Dra. Daniela Faranna
Dra. Mariana Marrone

Revisoras:
Dra. Susana Moggia
Dra. Silvina Pradier

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

Comité Editorial Nacional:
Dra. Silvia Bonsergent
Dra. Carlota Lopez Kaufmann
Dra. Gabriela Kosoy
Dra. Silvia Oizerovich

Colaboradoras de Revista Comité, Página Web y Redes Sociales:
Dra. Elina Coccio
Dra. Gisela Ponce
Dra. Fabiana Taul
Dra. Lucila Othatz
Dra. Rocío Glasman
Dra. Milagros Gandara
Dra. Lucía Santana
Dra. Alejandra Boixadera

ISSN 2796-9509

Índice

Volumen 19, N°2 (2023)

Editorial

Página 4 **Dra. Lía Arribas**

Trabajos Originales

Página 6 **Evaluación de la frecuencia coital y la función eréctil en pacientes sometidos a vasectomía**
Walter De Bonis, Milagros Gandara

Página 13 **Educación Sexual Integral en Pacientes que Consultaron para acceder a IVE/ILE**
Paredes, C., Manau, S., Slonimsky, E., Ramborger, C., Delfino L.

Página 21 **Anticoncepción quirúrgica definitiva: perfil socio-demográfico y clínico de las usuarias en hospital materno neonatal durante el año 2021**
Campolungo, F, Ribero L, Uhrig L, Corradi L, Caratti MM

Revisión

Página 31 **Anticoncepción Intrauterina y Nuevos Elementos de Gestión Menstrual**
Elina Coccio

Página 38 **El dispositivo intrauterino a través de los años**
Mariana Marrone

Comentarios Bibliográficos

Página 44 **Guía de Anticoncepción en Personas con Discapacidad**
Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva FASGO – AMAdA

Editorial

Dra. Lía Arribas
Presidente de AMAdA
2022-2023

En nuestro país la Ley N° 26.150 establece el derecho de niñas, niños y adolescentes a recibir Educación Sexual Integral (ESI) y crea el Programa Nacional de ESI con el propósito de garantizar el acceso a este derecho en todas las escuelas del país y, de esta forma, asegurar la transmisión de conocimientos PERTINENTES, PRECISOS, CONFIABLES Y ACTUALIZADOS sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; promover actitudes responsables ante la sexualidad; prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Desde AMAdA creemos firmemente en la ESI como pilar fundamental en todos los niveles educativos para sostener el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

En este número se presentan los datos de una investigación realizada por el Hospital Piñero de la ciudad autónoma de Buenos Aires donde se analiza el acceso a la ESI y a métodos anticonceptivos (MAC) en aquellas pacientes que solicitaron una interrupción del embarazo (IE): algo menos de la mitad de las personas que consultaron NO habían recibido ESI en las instituciones educativas en donde se habían escolarizado.

En concordancia con la defensa de derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar no debemos olvidarnos de las personas con discapacidad y por tal motivo AMADA ha confeccionado junto con el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FASGO y con la coordinación general de la Dra. Silvia Oizerovich una “Guía de anticoncepción para personas con discapacidad” donde se intenta reunir en un documento toda la información necesaria para colaborar con el profesional de la salud durante el asesoramiento sobre uso de métodos anticonceptivos en la práctica diaria. En este número abordamos esta problemática con un comentario bibliográfico y el acceso al documento completo.

En Argentina, en julio del 2023, se crea el Programa Nacional MenstruAR, programa de acceso igualitario a la gestión menstrual sostenible, entendiendo que la gestión menstrual es una cuestión relacionada con la garantía de Derechos Humanos esenciales planteados en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En nuestro país hay más de 12.000.000 de personas que menstrúan. Los productos de gestión menstrual pueden ser hasta un 50% más costosos que el promedio de precios de los productos de la canasta básica. Teniendo en cuenta que en un hogar puede haber más de una persona menstruante, esto puede significar costos muy elevados para las poblaciones más vulnerables.

Según un estudio de UNICEF (2021) casi 10% de las personas consultadas no van a la escuela durante la menstruación y 23% siente vergüenza o incomodidad. La copa menstrual es uno de los elementos de gestión menstrual, junto con toallitas reutilizables, contemplados por esta resolución. Una pregunta muy frecuente en la práctica diaria es sobre la utilización del DIU (dispositivo intrauterino) y la copa en forma conjunta y el temor a su extracción accidental, es por ello que se presenta una actualización completa sobre esta temática a cargo de la Dra. Elina Coccio.

El DIU es uno de los MAC reversibles, de larga duración y alta eficacia ampliamente utilizado en la actualidad por millones de mujeres, nos resulta interesante conocer sus comienzos, su historia, desde que a mediados de 1920, Karl Pust recomendó colocar *"un anillo de gusano de seda en el útero con una extensión cervical rígida de un hilo de seda bien enrollado y un botón de vidrio para cubrir el cuello uterino"*. La Dra. Mariana Marrone realiza un recorrido a lo largo de la historia hasta llegar a los modelos de uso actual.

Cierran este último número del año dos trabajos originales referidos a la anticoncepción definitiva: la evaluación de la frecuencia coital y la función eréctil en pacientes sometidos a vasectomía realizado en una institución privada de la provincia de Buenos Aires y el estudio del perfil socio-demográfico y clínico de las personas a las cuales se les realizó una anticoncepción quirúrgica definitiva en un hospital materno neonatal de la ciudad de Córdoba durante el año 2021.

Desde AMAdA entendemos que el acceso a los métodos anticonceptivos forma parte de los derechos sexuales y reproductivos que son considerados derechos humanos básicos y consideramos que uno de los objetivos principales de nuestra institución es estimular las actividades de investigación científica, así como la educación médica continua. Esperamos que este último número del año colabore con su capacitación para mejorar la asesoría en su consulta diaria.

Les deseamos un feliz fin de año, los invitamos a participar como siempre de todas nuestras actividades, como cursos del campus virtual, jornadas de capacitación y redes sociales.

Evaluación de la frecuencia coital y la función eréctil en pacientes sometidos a vasectomía

Autores: Dres. Walter De Bonis[1], Milagros Gandara[2]
[1]Encargado del área Salud Sexual y Disfunciones de la División Urología del Hospital Durand. Encargado de Enseñanza de Urología y Director de la Carrera de Especialista. Hospital Durand. Facultad de Medicina, UBA. Urólogo Consultor Sociedad Argentina de Urología.
[2]Especialista en Tocoginecología. Médica del Hospital Durand.. Área de Salud reproductiva y procreación responsable.
Mail de contacto: wdebonis@fmed.uba.ar

Resumen

Objetivo: Evaluar la frecuencia coital y la función eréctil en pacientes sometidos a vasectomía

Material y Método: Fueron estudiados 121 pacientes a quienes se les practicó una vasectomía bilateral en el Sanatorio Trinidad Ramos Mejía, Provincia de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre diciembre de 2020 y diciembre de 2022. Se incluyeron en el análisis los sujetos que cumplieron con los controles rutinarios, realizaron al menos un espermograma y contestaron las preguntas sobre función eréctil y frecuencia coital. Se empleó para evaluar la función sexual el dominio de la función eréctil del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).

Resultados: Un total de 121 vasectomías fueron realizadas en un periodo de 24 meses, de las cuales 31 procedimientos no fueron considerados para el análisis por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando un total de 90 cirugías evaluables, con un rango de seguimiento de 4 a 15 meses. La edad promedio de la población estudiada fue de 38,9 años. El 93,3% de los pacientes operados tenían hijos y el 86,6% pareja estable. Los sujetos habían estado considerando la vasectomía durante un promedio de 19,8 meses (rango 1-120). La puntuación media del *IIEF 6* antes y después de la cirugía fue de 28,53 y 28,60 respectivamente. Al considerar la frecuencia coital durante las últimas 4 semanas, el número de encuentros sexuales previo a la vasectomía fue de 7,4 relaciones/mes (rango de 2-16) y luego de la cirugía de 7,6 relaciones/mes (rango 4-12).

Conclusión: En base a los resultados de nuestro análisis no se observaron modificaciones significativas en la función eréctil ni en la frecuencia de relaciones sexuales antes y después de la vasectomía.

Palabras Clave: Vasectomía, frecuencia coital, función eréctil, IIEF

Summary

Objective: To evaluate coital frequency and erectile function in patients undergoing vasectomy.

Material and Method: 121 patients who underwent a bilateral vasectomy were studied at the Trinidad Ramos Mejía Sanatorium, Province of Buenos Aires, during the period between December 2020 and December 2022. Subjects who complied with routine controls were included in the study, they performed at least one spermogram and answered questions about

erectile function and coital frequency. The erectile function domain of the International Index of Erectile Function (IIEF) was used to assess sexual function.

Results: A total of 121 vasectomies were performed in a 24-month period. 31 procedures were not considered for analysis because they did not meet the inclusion criteria, leaving a total of 90 evaluable surgeries, with a follow-up range of 4 to 15 months. The average age of the population studied was 38.9 years. 93.3% of the operated patients had children and 86.6% stable couples. Subjects had been considering vasectomy for an average of 19.8 months (range 1-120). The mean IIEF 6 score before and after surgery was 28.53 and 28.60, respectively. When considering coital frequency during the last 4 weeks, the number of sexual encounters prior to vasectomy was 7.4 intercourse/month (range 2-16) and after surgery 7.6 intercourse/month (range 4 -12).

Conclusion: Based on the results of our analysis, no significant changes were observed in erectile function or in the frequency of sexual intercourse before and after vasectomy.

Keywords: Vasectomy, coital frequency, erectile function, IIEF

Introducción

Millones de hombres en el mundo se han sometido a una vasectomía. Sin embargo, continúa representando una gran preocupación para algunos de ellos y sus parejas la incertidumbre sobre el potencial efecto del procedimiento en la esfera sexual (1,2).

La vasectomía no altera la calidad de la erección ni el volumen eyaculatorio, tampoco existe evidencia de un impacto negativo en ninguna de las restantes fases de la respuesta sexual masculina. En este sentido, la mayoría de las publicaciones coinciden en su efecto neutral sobre la función sexual del hombre, con una probable repercusión favorable en la esfera sexual de las parejas femeninas que podría vincularse a la liberación de la responsabilidad anticonceptiva y a la eficacia del método (3-5).

Resulta importante destacar que muy pocos estudios han valorado la frecuencia coital y la función sexual de los hombres sometidos a vasectomía mediante el empleo de cuestionarios validados.

Objetivos

Los objetivos de este trabajo fueron: a- evaluar la frecuencia coital y la función eréctil en pacientes sometidos a vasectomía, antes y después de la intervención quirúrgica y b- analizar datos relacionados con la sexualidad (situación de pareja, identidad sexual), antecedentes clínicos, uso de métodos anticonceptivos y el tiempo transcurrido hasta la toma de decisión para realizarse el procedimiento de contracepción.

Material y Método

Fueron estudiados 121 pacientes a quienes se les practicó una vasectomía bilateral en el Sanatorio Trinidad Ramos Mejía, Provincia de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre diciembre de 2020 y diciembre de 2022. Se incluyeron en el análisis los sujetos que cumplieron con los controles rutinarios presenciales además de evaluaciones personales o telefónicas cada 3-6 meses, realizaron al menos un espermograma y contestaron las preguntas sobre función eréctil y frecuencia coital antes y después del procedimiento quirúrgico. Se

excluyeron pacientes que presentaban menos de 3 meses de seguimiento o no completaron adecuadamente los cuestionarios utilizados.

Todos los pacientes realizaron una evaluación preoperatoria básica, se los instruyó sobre la técnica, otras alternativas y las potenciales complicaciones, firmaron además, en presencia del cirujano, un consentimiento informado. La totalidad de los procedimientos fue realizada por el mismo equipo médico.

Se empleó para evaluar la función sexual el dominio de la función eréctil del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), utilizando las preguntas 1-5 y 15. El IIEF es un instrumento validado que se emplea para el análisis de los resultados cuando se estudian aspectos de la función sexual masculina. El cuestionario fue administrado 1 mes antes y entre 4-12 meses después de la cirugía. Simultáneamente se preguntó interrogó, en las mismas visitas, sobre la frecuencia coital.

Se realizó una evaluación de todos los pacientes y del subgrupo de sujetos con más de un año de seguimiento

En el análisis estadístico se aplicaron variables de cálculo para considerar una significancia con una $p \leq 0,1$ y un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Un total de 121 vasectomías fueron realizadas en un periodo de 24 meses, de las cuales 31 procedimientos (25,6%) no fueron considerados para el análisis por no cumplir con el tiempo mínimo requerido de seguimiento o no haber realizado alguno de los procedimientos del estudio; quedando un total de 90 cirugías evaluables, con un rango de seguimiento de 4 a 15 meses.

Datos personales demográficos

La edad promedio de la población estudiada (N: 90) fue de 38,9 años, con un rango de 23 a 60.

El 93,3% (84/90) de los pacientes operados tenían hijos. La cantidad de hijos promedio de los sujetos fue de 2,2 (rango entre 1 y 6 hijos); el 86,6% de los pacientes tenían 3 hijos o menos y el 13,7% tenía 4 hijos o más al momento de la cirugía.

El nivel de estudio se distribuyó de la siguiente manera: formación universitaria completa o incompleta 21,1%, secundaria completa o incompleto 71,1%, primaria completa o incompleta 7,7%.

Datos relacionados con la sexualidad

El 100% de los pacientes manifestaron ser heterosexuales.

Con relación a la situación de pareja, el 86,6% tenían pareja estable y el 13,3% (12/90) no tenía pareja al momento de la vasectomía.

En el Gráfico 1 se informan los métodos anticonceptivos empleados previo a la cirugía y que continuaron utilizando los pacientes hasta obtener un espermograma con azoospermia o menos de 100.000 espermatozoides inmóviles.

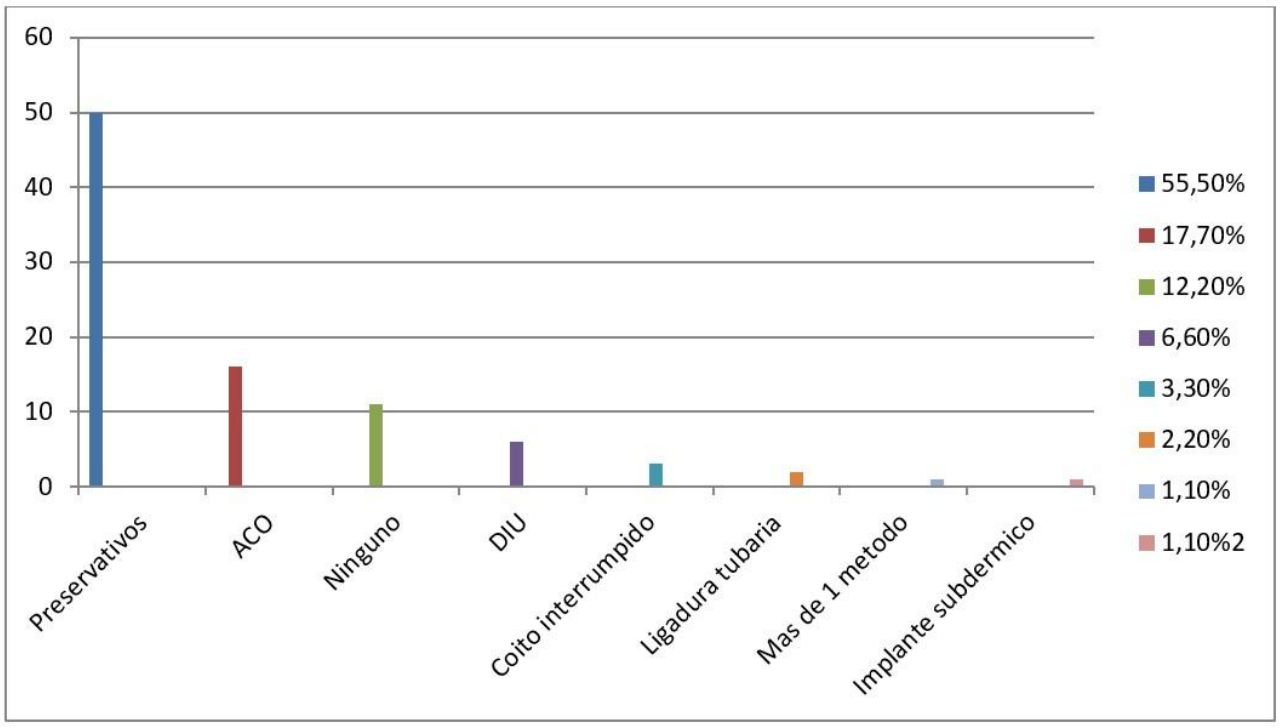

Gráfico 1. Métodos anticonceptivos

Datos relacionados con el procedimiento quirúrgico

En el 91,1 % de los pacientes la vasectomía fue el método de planificación familiar de elección. En los otros casos se optó por la misma al no poder continuar con el método elegido primariamente (8/90).

Los sujetos habían estado considerando la vasectomía durante un promedio de 19,8 meses (rango 1-120) y manifestaron estar seguros de su decisión. El 45,5% (41/90) de los pacientes tomaron la decisión en menos de 1 año.

El 11,1% de los sujetos conocía la ley Nacional 26.130 que regula la práctica de la contracepción quirúrgica en la República Argentina desde el año 2006.

El 12,2% de los pacientes presentaba antecedentes clínicos de importancia que incluían entidades como hipertensión arterial, epilepsia, hipotiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y dislipemia.

Función Eréctil y Frecuencia Coital

Todos los pacientes completaron el cuestionario de 6 preguntas correspondientes al dominio de la función eréctil del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF 6 por sus siglas en inglés) un mes antes de la cirugía y al menos 4 meses después del procedimiento.

El Índice fue respondido por el paciente sin interferencia de terceros

El IIEF 6 se considera normal con una puntuación de 26 o más sobre un total de 30 puntos, con valores inferiores se interpreta que el paciente presenta diferentes grados de disfunción eréctil

Al considerar el IIEF en el dominio mencionado (preguntas 1 a 5 y 15), la puntuación media antes y después de la cirugía fue de 28,53 y 28,60 respectivamente, lo cual no representa una diferencia significativa.

Si se analiza el subgrupo de pacientes con un seguimiento mayor a 1 año (31/90) tampoco se observan diferencias en el IIEF administrado a los 4 y 12 meses, con una media para ambos de 28,60.

Seis pacientes (6,6%) presentaron un IIEF 6 anormal previo a la cirugía con una media de 21,66; si se analiza exclusivamente este subgrupo se observa una puntuación media postoperatoria de 23,45; si bien estos valores podrían interpretarse como una mejora de la función eréctil, una muestra tan pequeña no permite sacar conclusiones estadísticamente significativas.

Al considerar la frecuencia coital durante las últimas 4 semanas, el número de encuentros sexuales promedio de los participantes del estudio en la visita previa a la vasectomía fue de 7,4 relaciones/mes (rango de 2-16). Después de la cirugía hubo un ligero aumento no significativo de la frecuencia con una media de 7,6 relaciones/mes (rango 4-12). Iguales resultados se obtienen al analizar el subgrupo de pacientes con un seguimiento mayor a 12 meses (7,4 pre vs 7,6 post).

Discusión

A muchos pacientes les preocupa la asociación entre la vasectomía y la función sexual y si la calidad de su vida sexual puede verse afectada después de la cirugía. Más aún, Mohamad y col. concluyen que la razón principal para la contracepción quirúrgica femenina en lugar de la vasectomía fue debido a la preocupación de la pareja masculina por el impacto en su función sexual En contrapartida, un gran estudio poblacional de 3.390 hombres australianos demostró que la vasectomía no se asoció con ningún problema sexual específico (4,6).

En base a las revisiones sistemáticas y los meta análisis la mayoría de los estudios han demostrado que la vasectomía no afecta negativamente la función eréctil o sexual global ni la mejora.

La mayoría de las publicaciones coinciden en este efecto neutral de la vasectomía sobre la función sexual del hombre, sin embargo, varios estudios realizados en la década de 1980 mostraron un efecto positivo en los pacientes, observando un mayor deseo y armonía en la pareja, sintiéndose el hombre más seguro y confiado respecto a su vida sexual.(7,8).

Los trabajos más recientes que evalúan la satisfacción sexual post-vasectomía no observan cambios significativos en los dominios del índice internacional de función eréctil (IIEF). El IIEF es un cuestionario desarrollado a fines de 1990, para evaluar la eficacia de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo V en pacientes tratados por disfunción eréctil. Desde entonces, se utiliza como herramienta para evaluar los resultados de ensayos clínicos (9).

En las series con mayor número de casos que estudiaron el impacto de la vasectomía sobre la función eréctil o sexual no se utilizó ningún cuestionario validado específico, siendo el trabajo publicado por Bertero y col. el primero en emplear este tipo de herramienta. Precisamente este autor informa cambios significativos en las puntuaciones generales del IIEF y otros, como Arratia-Maqueo reportan una mejora estadísticamente significativa en las preguntas vinculadas al orgasmo. En contraste, Días y col., en su trabajo sobre el comportamiento sexual post-vasectomía, describen que un 19% de los hombres manifestaron disminución del deseo. Mohamad y col. en su análisis sobre 76 parejas no observaron cambios significativos en los diferentes dominios del índice internacional de función eréctil. En nuestro trabajo no hemos

observado diferencias significativas en la función eréctil antes y después de la cirugía (IIEF 6 28,53 y 28,60 respectivamente) (10, 11, 4).

Algunas publicaciones informan una mayor frecuencia de relaciones sexuales al comparar vasectomizados con hombres sin vasectomía. Guo y col. demostraron que los hombres que se habían sometido a una vasectomía experimentaron más casos de contacto sexual por mes que los hombres que no se habían sometido a dicha cirugía. Según Bertero los pacientes tienen una mayor frecuencia de relaciones sexuales después de someterse a la contracepción quirúrgica principalmente porque ya no tienen que preocuparse por la planificación familiar o un embarazo no deseado. En nuestro trabajo, el número de encuentros sexuales de los pacientes previo a la vasectomía fue de 7,4 relaciones/mes (rango de 2-16). Después de la cirugía hubo un ligero aumento no significativo de la frecuencia con una media de 7,6 relaciones/mes (rango 4-12). Hofmeir informa resultados similares en coincidencia con la mayoría de las publicaciones donde los resultados no indicaron una diferencia significativa entre las medidas de antes y después con respecto a la frecuencia de las relaciones (5, 10, 12).

Los hallazgos de los escasos estudios publicados sobre la relación entre disfunción eréctil y vasectomía indican que los problemas de erección no son más frecuentes entre los hombres que han tenido una vasectomía al compararlos con aquellos que no se sometieron a dicha cirugía. Si bien la incidencia de problemas sexuales después de la vasectomía se ha informado entre el 1% y 3%, la disfunción eréctil postvasectomía es considerada por la mayoría de los autores como un trastorno psicológico; más aún, Buchholz sostiene que la disfunción eréctil somática debe ser clínicamente excluida. Sin embargo, otros estudios sostienen que la vasectomía no tiene ningún impacto psicológico negativo que pudiera contribuir al desarrollo de disfunción eréctil. Además se ha demostrado que el procedimiento no causa ningún daño a los mecanismos de erección (6, 13, 14).

Si bien las limitaciones de nuestro estudio incluyen el tamaño de muestra relativamente pequeño y la falta de seguimiento a largo plazo de los pacientes, el empleo de cuestionarios validados como herramienta de análisis contribuye al conocimiento sobre la real repercusión de la vasectomía en la vida sexual.

Conclusión

La vasectomía es un método anticonceptivo seguro y eficaz, sin repercusión negativa evidente en la esfera sexual.

En base a los resultados de nuestro análisis no se observaron modificaciones significativas en el dominio de la función eréctil ni en la frecuencia de relaciones sexuales de la población estudiada antes y después de realizada la vasectomía, coincidiendo con la mayoría de la literatura pública.

Referencias

1. Yang F, Dong L, Zhang X, Li J, Tan K, Li Y, Yu X.Vasectomy and male sexual dysfunction risk: A systematic review and metaanalysis.Medicine 2020;99:37
2. Groat H, Neal G, Wicks JW. Sterilization anxiety and fertility control in the later years of childbearing. J Mariage Fam, 1990; 52: 249-258
3. M McCormack 1, S Lapointe Physiologic consequences and complications of vasectomy CMAJ. 1988 Feb 1;138(3):223-5.

4. Badereddin Mohamad Al-Ali, Rany Shamloul, Josef Ramsauer, Anthony J. Bella, Ulfrit Scrinzi, Thomas Treu, Andreas Jungwirth, The Effect of Vasectomy on the Sexual Life of Couples,The Journal of Sexual Medicine,Volume 11, Issue 9,2014, Pages 2239-2242
5. Hofmeyr DG, Greeff AP. The influence of a vasectomy on the marital relationship and sexual satisfaction of the married man. J Sex Marital Ther. 2002 Jul-Sep;28(4):339-51.
6. Smith A, Lyons A, Ferris J, Richters J, Pitts M, Shelley J. Are sexual problems more common in men who have had a vasectomy? A population-based study of Australian men. J Sex Med. 2010 Feb;7(2)
7. Maschhoff TA, Fanshier WE, Hansen DJ. Vasectomy: its effect upon marital stability. J Sex Res. 1976 Nov;12(4):295-314.
8. Frances M, Kovacs GT. A comprehensive review of the sequelae of male sterilization. 1983 Nov;28(5):455-73.
9. Arratia-Maqueo JA, Cortés-González JR, Garza-Cortés R, Gómez-Guerra LS. Evaluación de la satisfacción sexual masculina posterior a la vasectomía [Evaluation of male sexual satisfaction after vasectomy]. Actas Urol Esp. 2010 Nov;34(10):870-3.
10. Bertero E, Hallak J, Gromatzky C, Lucon AM, Arap S. Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function. Int Braz J Urol. 2005 Sep-Oct;31(5):452-8.
11. Dias PL. The long-term effects of vasectomy on sexual behaviour. Acta Psychiatr Scand. 1983 May;67(5):333-8.
12. David P. Guo, MD, Remy W. Lamberts, MD, and Michael L. Eisenberg, MD Relationship between Vasectomy and Sexual Frequency J Sex Med 2015;12:1905–1910
13. Buchholz NP, Weuste R, Mattarelli G, Woessmer B, Langewitz W. Post-vasectomy erectile dysfunction. JPsychosom Res 1994;38:759–62.
14. Garrison PL, Gamble CJ. Sexual effects of vasectomy. J Am Med Assoc. 1950 Sep 23; 144 (4):293-5.

Educación Sexual Integral en Pacientes que Consultaron para acceder a IVE/ILE

Autores: Paredes, C[1]., Manau, S.[2], Slonimsky, E.[2], Ramborger, C.[3], Delfino L[2]
[1]Jefa de Residentes de Tocoginecología
[2]Servicio Ginecología. Departamento quirúrgico. Hospital de agudos P. Piñero.
[3]Servicio Obstetricia. Departamento materno-infantil.Hospital de agudos P. Piñero.
Correspondencia: leticiadelfino@yahoo.com.ar
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivos: Analizar el acceso a educación sexual integral (ESI), características demográficas, nivel educativo y acceso a método anticonceptivos (MAC) en aquellas pacientes que solicitaron una interrupción del embarazo (IE).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y prospectivo. Se incluyeron 267 pacientes, entre febrero de 2022 y marzo de 2023 que consultaron en nuestro servicio para IE. Se les realizó una encuesta anónima evaluando nivel de instrucción, acceso a ESI, conocimiento sobre MAC, dificultad en el acceso a éstos y control ginecológico en el último año.

Resultados: El 45.6% de las pacientes (n=122) recibieron ESI, mientras que un 54.4%, no. El 89.5% (n=109) de pacientes con ESI conocía la anticoncepción de emergencia (AE); en aquellas sin ESI, la conocía un 31.9% (n=46; p<0.001). El uso de AE para evitar el embarazo actual, fue de un 21,7% (n=27) en aquellas que tuvieron ESI, siendo menor (8,3%) en las que no recibieron ESI (n=12; p=0.003). La presencia de ESI se asoció a un mayor porcentaje de control ginecológico adecuado (33,6%, versus 17.6%; p=0.004). Con relación a la escolaridad, embarazo y uso de MAC, observamos a mayor nivel de escolaridad, más embarazos por uso inadecuado del MAC y con menor nivel, más embarazos por falta uso de MAC (p=0.019)

Conclusión: La educación resulta una herramienta fundamental para evitar embarazos no planificados, brindar autonomía y posibilidad de elección de un MAC, permitiendo el ejercicio del cuidado de la salud y respeto por los derechos y decisiones de las personas.

Abstract

Objectives: to analyze access to sex education, demographic characteristics, educational level and access to contraception in those patients who requested an abortion.

Material and methods: A descriptive, cross-sectional, prospective study was carried out. A total of 267 patients were included, who consulted between February 2022 and March 2023. The patients were given an anonymous survey evaluating their level of education, access to comprehensive sex education (CSE) and its usefulness, knowledge of contraceptive methods, difficulty in accessing them, and gynecological examination in the last year.

Results: Results: 45.6% of the patients (n=122) received CSE, while 54.4% did not. 89.5% (n=109) of patients with CSE were aware of emergency contraception (EC), while in those

without CSE, 31.9% (n=46) knew about it (p<0.001). The use of EC to prevent current pregnancy was 21.7% (n=27) in those who had CSE, versus 8.3% (n=12; p=0.003). The presence of CSE was associated with a higher percentage of adequate gynecological control (33.6% versus 17.6%; p=0.004). In relation to schooling, pregnancy and contraceptive method use, the higher level of formal education, the more pregnancies due to inadequate use of the contraceptive method, while lower levels were linked to more pregnancies due to the lack of contraceptive method use (p=0.019).

Conclusion: Education will always be the main tool to avoid an unplanned pregnancy, to be able to have autonomy and choose a contraceptive method, to take care of one's own health and to make people's rights and decisions respected.

Palabras Clave: Educación sexual integral; métodos anticonceptivos; anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo,

Introducción

En el año 2002 se sancionó en Argentina la Ley 25.673 en la que se estableció que debía crearse el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. En dicha ley se establece como uno de los objetivos, garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. A su vez en el artículo 5 informa que los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para: detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, HIV/sida y cáncer genital y mamario. [1]

Posteriormente en 2006 se sanciona la Ley 26.150 la cual establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral (ESI) en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.[2]

Los objetivos principales de esta ley son:

1. Incorporar la educación sexual dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas.
2. Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
3. Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
4. Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular
5. Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Finalmente, en el año 2021 se promulga la Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible. En esta ley, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y

Procreación Responsable, ley 25.673, se establece que la paciente tiene derecho a recibir información sobre su salud, las opciones sobre la manera de finalización del embarazo y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos disponibles para su posterior uso; a su vez el artículo 13 enfatiza la importancia de la Educación sexual integral y la salud sexual y reproductiva.

El estado nacional debería establecer políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.[3]

Según el informe anual publicado en septiembre de 2022 por el Programa ImplementAR IVE/ILE del Ministerio de Salud se informaron un total de 59.267 IVE/ILE realizadas en 2022 en todo el territorio nacional.[4]

El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el acceso a la información sobre educación sexual integral en aquellas pacientes que concurrieron al Hospital General de Agudos Parmenio Piñero para solicitar una interrupción del embarazo, como también conocer sus características demográficas, nivel educativo y el acceso a los métodos anticonceptivos.

Objetivos

1. Del total de pacientes que consultaron para realizar una interrupción del embarazo describir el porcentaje que refiere haber tenido educación sexual integral (ESI).
2. 2) Establecer qué porcentaje de las pacientes que empleaban un método anticonceptivo (MAC) recibieron educación sexual integral, y determinar si el embarazo no intencional fue causa del uso inadecuado del mismo o por falla de método.
3. 3) Describir qué porcentaje de pacientes conocían la existencia del anticonceptivo hormonal de emergencia; qué porcentaje lo empleó para evitar el embarazo actual, y de ellas, cuántas habían recibido ESI.
4. 4) Determinar el porcentaje de pacientes que refirieron que el acceso al MAC era dificultoso.
5. Determinar el nivel de escolaridad que tenían aquellas pacientes que sí recibieron ESI durante su educación formal.
6. Comparar la edad gestacional al momento de la consulta en aquellas pacientes que recibieron ESI con las que no la recibieron.
7. Determinar el número de pacientes que referían tener conocimiento de la ley 27.610.

Diseño y Métodos

Tipo de estudio: correlacional de diferencia de grupos.

Diseño: Descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

Unidad de análisis: Mujeres mayores de 14 años.

Población: Se incluyeron en este trabajo 267 pacientes, mayores de 14 años que consultaron de manera espontánea, o derivadas del Área Programática para interrupción del embarazo a los consultorios de IVE/ILE dependientes del servicio de ginecología (departamento quirúrgico) y de obstetricia (departamento materno infantil) del hospital Piñero, en el período comprendido

entre febrero de 2022 y marzo de 2023. Se incluyeron a todas las pacientes que consultaron independiente de la edad gestacional, la presencia o ausencia de embarazo, haciendo referencia a aquellas pacientes que consultaron con clínica o estudio complementario compatible con aborto incompleto, huevo muerto o retenido o anembrionado. Se realizó una encuesta anónima cuyos datos fueron volcados en Excel previo consentimiento informado. Se excluyeron 5 pacientes que se negaron a responder sobre la misma, recibiendo la atención necesaria.

Muestra: probabilística, sistemática lineal de paso 1.

Instrumentos y procedimientos:

A) Se confeccionó una Historia Clínica completa donde se registró: edad en años según fecha de nacimiento, número de gestas, utilización de métodos anticonceptivos, fecha de última menstruación (FUM) y edad gestacional de embarazo calculada por FUM al momento de la consulta.

B) En el marco de la consulta se realizaron preguntas cerradas evaluando:

- Educación sexual recibida en el ámbito educativo.
- El grado de escolaridad alcanzado: primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario/universitario incompleto, terciario/universitario completo.
- Si el haber tenido educación sexual le resultó útil,
- Tipos de método anticonceptivo empleado: barrera, implante subdérmico, anticonceptivos orales, inyectable, DIU.
- Sobre el conocimiento de la anticoncepción de emergencia.
- Si utilizó el anticonceptivo hormonal de emergencia en esta ocasión.
- El acceso al método anticonceptivo (dificultoso o no). Se consideró dificultoso cuando las pacientes no podían conseguir turno para MAC dentro del mes solicitado, en cualquier centro de salud (Público o Privado)
- Control ginecológico adecuado o no. Se consideró adecuado si realizó el último control dentro de los últimos 12 meses.
- Si hubo falla de MAC o uso inadecuado. Se consideró falla si utilizó el método de manera correcta e igualmente hubo embarazo, e inadecuado si hubo olvidos o complicaciones durante el uso del mismo, mal uso de preservativo, demoras en la colocación del inyectable o falta de control de DIU.
- Se les preguntó sobre el conocimiento de la Ley 27.610

C) En el análisis de datos se realizó, en un primer momento, aplicaciones de estadística descriptiva para los objetivos de descripción. En un segundo momento, se aplicaron cálculos estadísticos inferenciales: La naturaleza de la distribución de las variables cuantitativas se exploró a través del test de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas se expresarán como media ± desvío estándar; las variables cuantitativas se expresaron como porcentajes. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó el test de chi cuadrado. Para las variables con distribución normal se utilizó t-student o ANOVA; para variables de distribución no normal se utilizó Test de Mann-Whitney o Kruscal Wallis según corresponda. Se considerará un error alfa del 5%.

Resultados

En la tabla 1 se especifican las características demográficas de las pacientes:

Variable		**N=267**
Edad	Media	27,55
	Rango edad	14-43
Lugar residencia	CABA	85,1%
	Provincia	14,9%
Paridad	Primigesta	27,8%
	Secundigesta	23,3%
	3 o más gestas	49,9%
IVE previo	Si	17,8%
	no	82,2%
EG a la consulta	Media	10,1 semanas
Escolaridad	Primaria incompleta	4,80%
	Primaria completa	6%
	Secundaria incompleta	40,7%
	Secundaria completa	34,3%
	Terciario/universitario	8,9%
	Terciario/universitario completo	5,2%
Control ginecológico	Adecuado	25,2%
	Inadecuado	74,8%
Causal de embarazo	Falla de MAC	18,9%
	Uso inadecuado de MAC	40,2%
	No uso de MAC	40,9%

De las 267 pacientes analizadas, 45,6% (n= 122) recibieron ESI en algún momento de sus vidas en una institución de educación formal, mientras que el 54.4% (n= 145) no. De las pacientes que recibieron ESI el 75,7% consideró que le fue útil dicha educación.

Las pacientes que tuvieron mayor grado de escolaridad tuvieron mayor acceso a educación sexual con respecto a aquellas pacientes que tenían un menor grado de escolaridad. Siendo esto estadísticamente significativo (p= 0.018).

En la tabla 2 se puede evidenciar el porcentaje de pacientes que recibieron ESI según el grado de escolaridad:

Escolaridad	ESI		Total
	si	no	
Primaria Incompleta	1	11	12
	8,30%	91,70%	100%
Primaria Completa	5	9	14
	35,70%	64,70%	100%
Secundaria Incompleta	38	62	100
	38%	62%	100%
Secundaria Completa	41	44	85
	48,20%	51,80%	100%
Terciario/Univ Incomp	19	2	21
	90,50%	9,50%	100%
Terciario/Univ Comp	8	5	13
	61,50%	38,50%	100%

El 58,4% de las pacientes refirieron tener conocimiento sobre la pastilla anticonceptiva de emergencia y el 14,5% de las pacientes refirieron haberla utilizado para prevenir el embarazo actual.

De aquellas pacientes que tuvieron ESI el 89,5% (n= 109) de las mismas refirió conocer la anticoncepción de emergencia, mientras que sólo el 31,9% (n=46) de las pacientes que no tuvieron ESI tenía conocimiento sobre la misma. Siendo esto estadísticamente significativo ($p<0.001$).

De aquellas pacientes que tuvieron ESI el 21,7% (n=27) utilizó la anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo actual. Mientras que de las que no recibieron ESI, solo el 8,3% (n=12) la utilizó, siendo estas cifras estadísticamente significativas ($p=0.003$).

El 33,6% de las pacientes que tuvieron ESI tenía control ginecológico adecuado, mientras que sólo un 17,6% de las que no tuvieron ESI, tenía control ginecológico adecuado. Siendo esto estadísticamente significativo ($p=0.004$)

Con respecto a las pacientes que tuvieron ESI, el 17,5% de las mismas se embarazó por falla de MAC, un 49,3% por uso inadecuado y un 38,6% por no uso del mismo.

Solo un 24% del total de pacientes analizadas refirió que el acceso a MAC era dificultoso.

Se evaluó la dificultad en el acceso al método anticonceptivo y la causa del embarazo. De aquellas pacientes que refieren que el acceso a métodos anticonceptivos era dificultoso, el 52,4% relatan no haber utilizado MAC y el 11,4% haber presentado una falla en el mismo. En aquellas pacientes que tuvieron fácil acceso al MAC; el 36% no utilizaba MAC y un 21,5% tubo un embarazo no intencional por falla de este. Si bien esto no es estadísticamente significativo ($p=0,062$), hay una tendencia.

Con respeto a la relación entre embarazo y uso de MAC, se evidencio que las pacientes que tenían mayor escolaridad se embarazaron por uso inadecuado de método (41,8%).

Mientras que aquellas pacientes que tienen menor escolaridad se embarazan por el no uso de MAC (66,7%) siendo esta estadísticamente significativo ($p=0,019$).

Con respecto a la edad gestacional a la consulta no se evidenció que las pacientes que refirieron ESI o que tuvieron mayor escolaridad hayan consultado más tempranamente. Siendo las medias

de edad gestacional a la consulta 10,3 semanas en el grupo con menor escolaridad y 9,6 semanas en aquellas con mayor escolaridad.

Finalmente, el 89.1% de las pacientes refirió tener conocimiento sobre la Ley 27.610.

Discusión y Conclusiones

La evidencia a nivel internacional demuestra que la educación sexual está asociada a mejores conocimientos, por lo tanto, a mejores resultados en salud sexual reproductiva y menores prácticas de riesgo. La educación sexual constituye un espacio situado en la convergencia de diferentes dimensiones que lo hacen atravesar tanto el campo educativo como el de la salud y el de las políticas demográficas y sanitarias.[5] A partir del estudio realizado se puede inferir que las pacientes que refirieron haber tenido ESI emplearon con mayor frecuencia el anticonceptivo de emergencia para intentar evitar el embarazo y tenían un control ginecológico adecuado en mayor proporción que aquellas que no lo tenían. Esto deja en evidencia que la ESI podría aportar a la población mejores herramientas para el cuidado de su propio cuerpo.

Para promover mejoras en salud sexual y reproductiva, disminuir el número de embarazos no deseados y conductas de riesgo, es fundamental la educación sexual escolar, la cual busca integrar, desde la niñez y juventud el conocimiento, las competencias y los valores que les permitan asumir responsabilidad sobre su vida sexual y social. El trabajo realizado demuestra que las pacientes que presentaron mayor grado de escolaridad tuvieron mayor acceso a la educación sexual integral. Sin embargo, hay que considerar diferencias que pudiera existir entre instituciones respecto al contenido de la ESI.

Según un trabajo publicado por Boccardi en el año 2015,[6] la educación sexual recibida por adolescentes en sus centros educacionales ha permitido que el 92,8% tenga algún conocimiento sobre sexualidad y que el 51,6% tuvo en el colegio la principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos. Esto a su vez estuvo asociado al inicio de relaciones sexuales más tardío y a uso de método anticonceptivo inmediatamente con el inicio de la actividad sexual. Por otro lado, según el trabajo publicado por Rojas, R. et al, en el año 2017,[7] los contenidos de ESI más prevalentes en el reporte de los estudiantes son los relacionados con salud sexual y reproductiva, siendo a su vez los tres temas más debatidos el uso de preservativo, anticoncepción y protección contra el VIH. En connivencia a lo publicado, en nuestro trabajo se evidenció, que en las pacientes que tenían mayor grado de escolaridad, la causa del embarazo no planificado mayormente fue el mal uso del método anticonceptivo, mientras que en las pacientes con menor grado de escolaridad la principal causa fue el no empleo de método.

La razón que impulsó a la realización de este trabajo fue tener una mirada educacional sobre la población que consultó en el hospital Piñero para solicitar una IVE/ILE, como así también la búsqueda de herramientas que se puedan emplear para disminuir el número de embarazos no planificados. Entender y conocer dónde se encuentran las principales fallas en la anticoncepción y evaluar qué efectos tiene la educación sexual que recibió la población que concurrió a la consulta. Evaluando los resultados que obtuvimos, estamos convencidas que la herramienta más valiosa con la que contamos para mejorar los cuidados en salud sexual y reproductiva es la educación sexual integral y esta debe ser reforzada y fomentada en todos los ámbitos, no solo en las escuelas, sino también en centros de salud y consultorios médicos. Es fundamental mejorar las explicaciones del uso de métodos anticonceptivos e informar sobre cómo proceder en caso de mal uso o donde consultar para evacuar dudas. Es importante como personal de salud involucrarnos en el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva para lograr un cambio.

Agradecimientos

Queremos agradecer a los doctores Hernán Macia y Constanza Avena, que son miembro del equipo de IVE/ILE del hospital Piñero y que ayudaron con la realización de las preguntas a las pacientes atendidas en su consultorio y que también ayudaron con la carga de los resultados en el Excel para la posterior elaboración de este trabajo.

Bibliografía

1. Ley Programa de salud sexual y procreación responsable, Ley 25673, Boletín Oficial de la República Argentina N°30032 (22 noviembre 2002) [Citado 29 marzo 2023] Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm.
2. Ley Programa nacional de educación sexual integral, Ley 26150, Boletín Oficial de la República Argentina N° 31017 (24 octubre 2006) [Citado el 29 de marzo 2023]. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm.
3. Ley Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, Ley 27610, Boletín Oficial de la República Argentina N°34562 (15 de enero 2021) [Citado 29 de marzo 2023] Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231
4. ImplementAR_IVE-ILE. Ley 27610, informe anual 2022. [Citado el 27 de Agosto 2023] Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2022
5. BOCCARDI, G. Educación sexual y perspectiva de género- un análisis de los debates sobre la ley de educación sexual integral en Argentina. Universidad Nacional de Córdoba http://146.83.204.140/index.php/perspectivas/article/view/35
6. GONZALEZ A, E.; MOLINA G, Temístocles y LUTTGES D, Carolina. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *chil. obstet. ginecol.* [online]. 2015, vol.80, n.1 [citado 2023-04-01], pp.24-32. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004.
7. ROJAS, R. et al. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud pública Méx* [online]. 2017, vol.59, n.1 [citado 2023-04-01], pp.19-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100019&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. https://doi.org/10.21149/8411.

Anticoncepción quirúrgica definitiva: perfil socio-demográfico y clínico de las usuarias en hospital materno neonatal durante el año 2021

Autores: Campolungo, F[1] , Ribero L[2], Uhrig L[3], Corradi L[4], Caratti MM[5]
[1]Residente de la especialidad Tocoginecología
[2]Jefa de residentes de Tocoginecología
[3]Médico del servicio de Tocoginecología
[4]Instructor docente Especialidad Tocoginecología
[5]Jefe de Servicio de Obstetricia
Hospital Materno Neonatal, Córdoba, Argentina
Correspondencia: fatimacampolungo96@gmail.com

Resumen

Objetivo: Caracterizar el perfil demográfico y clínico de las pacientes que eligieron la Ligadura Tubaria como método de anticoncepción definitivo y describir el tipo de intervención realizada.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó a todas las pacientes que accedieron a la ligadura tubaria durante el año 2021 en una Maternidad de Córdoba.

Resultados: Se incluyeron 594 pacientes, la media de edad fue de 32 años, el 57% de ellas tenía pareja estable, el 71 % no finalizó el secundario. El 77% eran multíparas y el 22% grandes multíparas. El 73% de los procedimientos se realizaron en el momento de la cesárea mientras que el 17% fueron ligaduras de intervalo y el 9% se realizaron post parto vaginal, siendo el 90% realizadas por vía abdominal y el 10% por vía mínimamente invasiva.

Conclusión: La anticoncepción inmediata posparto AIPP es una de las estrategias previstas para ampliar y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos luego de un parto o cesárea Es un modelo de calidad de atención que beneficia a las personas con capacidad de gestar al acceso a un método anticonceptivo previo al alta institucional, con el objetivo de evitar la pérdida de oportunidad en salud.

Abstract

Objective: To assess the demographic and clinical profile of patients who chose a tubal ligation as a definitive method of contraception and to describe the performed techniques

Methods: Descriptive, retrospective, and cross-sectional study that included all the patients who underwent tubal ligation during 2021 in a Maternity Hospital in Córdoba

Results: 594 patients were included, the average age was 32 years, 57% of them had a stable partner, 71% didn't finish high school. 77% were multiparous and 22% great multiparous. 73% of the procedures were performed at the cesarean section time, while 17% were interval ligatures and 9% were performed after vaginal delivery, 90% being performed abdominally and 10% minimally invasive surgery.

Conclusion: Immediate postpartum contraception IPPC is one of the strategies to prevent unintended pregnancy and improve access to contraceptive methods after delivery. It's a model of quality of care that benefits women and people with the capacity to gestate, to access a contraceptive method prior to institutional discharge, with the aim of avoiding the loss of opportunity in health.

Key words: ICPOE, tubal ligation, contraceptive methods, contraception

Introducción

La ligadura de las trompas de Falopio (ligadura tubaria) es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide) para evitar el embarazo en forma permanente.[1]

Existen diferentes momentos para la realización de la ligadura tubaria: durante la cesárea, durante el puerperio inmediato y la que se realiza fuera del período del postparto o en mujeres que nunca han tenido hijos, la cual se conoce como ligadura tubaria de intervalo (LTi).[2]

La única indicación para la esterilización quirúrgica es el deseo de la persona con capacidad de gestar, por ello que la decisión basada en su autonomía debe estar acompañada de una correcta consejería.

La ligadura tubaria es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo, elegido por el 19% de las mujeres entre 15 a 49 años. Su utilización es mayor en Asia (23,4%), Latino América y el Caribe (26%) y menor en África (1,7%) y Europa (3.8%). En los Estados Unidos, la esterilización femenina ocupa el segundo lugar en frecuencia dentro de los métodos más elegidos por las mujeres.[3]

Esta opción de anticoncepción definitiva fue garantizada en Argentina a partir del año 2006 con la creación de la Ley 26.130. Esta Ley Nacional establece el derecho de todas las personas a acceder a las prácticas quirúrgicas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía". La ley prevé que las prácticas deben realizarse en hospitales y clínicas del país, sean públicos o privados. Con esta norma, todas las personas capaces y mayores de edad tienen derecho a realizarse una ligadura de trompas de Falopio o vasectomía. Los únicos requisitos para acceder a las prácticas son 1) efectuar una solicitud formal y 2) acceder a la información prevista en el artículo 4 de la ley, de lo que el médico o equipo de profesionales interviniente debe dejar constancia en la historia clínica, debidamente conformada por el interesado. En la provincia de Córdoba se sancionó en Diciembre de 2006 la Ley N° 93.44 que regula la aplicación de la Ley Nacional en el ámbito público de la provincia, la cual suma como requisito una instancia previa de consejería realizada por un equipo conformado por un ginecólogo-obstetra u urólogo, un psicólogo y un trabajador social. Como se trata de una decisión personal, el acceso a las prácticas de anticoncepción quirúrgica no requiere consentimiento del/la cónyuge o conviviente ni autorización judicial.[1,4]

La sanción de leyes sobre Salud Reproductiva y Procreación Responsable a nivel nacional propuso un cambio de paradigma desde la noción de control de la natalidad a un paradigma de garantía de derechos, asegurando de esta forma la igualdad, entre mujeres y varones, en el acceso a la información y a las prestaciones considerando la autonomía como eje central de la demanda. Con este fin el Programa se ha propuesto mejorar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva en un marco de respeto de los derechos sexuales y reproductivos.[5]

Sin embargo, los embarazos no planificados continúan siendo un grave problema para la salud pública por las consecuencias socioeconómicas y frecuentemente, por las implicancias negativas en el desarrollo personal de la mujer, no solo en nuestro país, sino también en el mundo.[4] A escala mundial, los datos más recientes muestran que entre 2015 y 2019 se produjeron aproximadamente 121 millones de embarazos no intencionales al año, que representaron en torno al 48% de la cifra total de embarazos.[6]

Se ha descrito que las personas que solicitan la ligadura tubaria tienen mayoritariamente dos o más hijos, están casadas (o estuvieron casadas), pertenecen a clase social media o baja, o presentan contraindicación absoluta para el embarazo por algún antecedente patológico. Independientemente del motivo por el cual se elija un método permanente para anticoncepción, el número de hijos del solicitante y la edad de este son factores importantes para valorar la probabilidad de arrepentimiento.[7,8]

Dos son los efectos indeseables a largo plazo de los métodos anticonceptivos permanentes: uno, es la falla del método y el otro, el arrepentimiento. La falla reportada es 3 a 4 por cada 1000 procedimientos, dependiendo en gran medida de la técnica quirúrgica utilizada (0.3% durante el primer año de uso). La tasa de arrepentimiento ronda el 30%.[9,10]

Existen factores que obstaculizan el acceso a métodos anticonceptivos definitivos. Conocimientos, valores y prejuicios, protocolos de atención, circuitos, recursos e intereses. El hecho de su carácter permanente, o irreversible, el corte más definitivo con los proyectos de procreación, las implicancias quirúrgicas del método, el timing de la decisión, etcétera. La anticoncepción permanente involucra concepciones políticas, éticas, culturales, legales, sociales, religiosas, y culturas profesionales. Esos condicionantes operan en el ámbito de la consulta, los servicios y las políticas públicas, favoreciendo u obstaculizando su indicación y/o demanda.[11]

Estudiar el perfil de las usuarias que solicitan como anticoncepción métodos quirúrgicos permanentes, permite prepararse para un mejor asesoramiento. Este conocimiento brindará más herramientas para que el equipo médico pueda acompañar a las pacientes durante la toma de decisión, disminuyendo el riesgo de arrepentimiento futuro como así también limitar las barreras que pudiesen existir para que la paciente pueda acceder a la intervención y una anticoncepción segura.

Objetivo general:

Caracterizar el perfil demográfico y clínico de las pacientes que eligieron ligadura tubaria como método de anticoncepción definitiva y describir el tipo de intervención realizada.

Objetivos específicos:

- Determinar la edad promedio de las pacientes que se realizaron la intervención.
- Determinar la paridad de las pacientes.
- Caracterizar otras variables demográficas como estado civil y nivel de escolarización.
- Determinar el momento en que se realizó la intervención (LT de intervalo, post-parto, post-cesárea).
- Identificar la vía de abordaje mediante la cual se realizó el procedimiento.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en el Hospital Materno Neonatal "Ministro Doctor Ramón Carrillo" de la ciudad de Córdoba, desde el 01 de enero de 2021 al 31 de diciembre del año 2021.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todas las pacientes a quienes se le realizó ligadura tubaria en el Hospital Materno Neonatal "Ministro Doctor Ramón Carrillo" de la ciudad de Córdoba, Argentina, desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2021.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron las pacientes con historia clínica incompleta que no permitieron obtener los datos necesarios.

Definición de variables:

1. Edad: tiempo que tiene un ser vivo desde su nacimiento hasta el presente o un momento determinado. Se clasifican como grupos de riesgo en las edades extremas de la vida, según la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO):[12]
    a. menor a 19 años.
    b. De 20 años hasta 34 años.
    c. mayor o igual a 35 años.
2. Escolaridad: máximo nivel de estudios alcanzados al momento de la ligadura tubaria.
    a. primario completo
    b. primario incompleto
    c. secundario completo
    d. secundario incompleto.
    e. Universitario incompleto
    f. Universitario completo
3. Estado civil:
    a. Soltera
    b. Unión de hecho
    c. casada
    d. otras
4. Paridad: número de partos previo al momento de la intervención.
    a. Nulípara: mujer que nunca ha tenido un parto.
    b. Multípara: es la mujer que ha tenido entre uno y cinco partos.
    c. Gran multípara: es la que ha tenido seis o más partos.[13]
5. Vías de abordaje de la cirugía:
    a. Minilaparotomía: es un procedimiento quirúrgico que consiste en una incisión abdominal suprapública o periumbilical menor de 5 cm., usualmente de 3 cm., a través del cual se llega a la cavidad peritoneal.[14]
    b. Laparoscópica: Procedimiento en el que se usa un laparoscopio, insertado a través de la pared abdominal, para examinar el interior del abdomen.[14]

c. Vaginal: Consiste en hacer una pequeña incisión en el fondo de saco anterior o posterior de la vagina abordando la cavidad pélvica, localizando las trompas y practicando sobre ellas la oclusión. [15]

6. Tiempo en que se realizó la cirugía:
    a. Ligadura tubaria de intervalo: La ligadura tubaria del intervalo es la que se realiza desvinculada del parto, sea la mujer nuligesta, nulípara o multípara.[7]
    b. Post-parto: La ligadura tubaria del postparto es la que se realiza preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto.[7]
    c. Post-cesárea: La ligadura tubaria asociada a una operación cesárea es la que se realiza conjuntamente con la operación cesárea.[7]

Técnica de recolección de datos

Los datos se recolectaron del parte diario de actividades y de las historias clínicas de las pacientes, y se registraron en una ficha de recolección de datos elaborada en Microsoft Excel.

Plan de análisis de datos: Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%) y las variables continuas como media y desvío estándar (± DE) o mediana (M) y rango intercuartil (RIC), según su distribución. Para evaluar la normalidad de la distribución de las variables continuas se utilizó el histograma. Para el análisis de los datos se utilizó el Software Estadístico InfoStat.

Aspectos éticos: Los datos que se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes fueron tomados confidencialmente y utilizados únicamente con objetivos investigativos para el presente estudio.

Resultados

Sobre un total de 594 pacientes con ligaduras tubarias. Se excluyeron 31 usuarios por falta de datos.

Con respecto a la población de estudio, la mediana fue de 32 años, con un rango intercuartilo de 28 a 37 años. El 68% de las usuarias tenía entre 20 y 35 años y el 57% de ellas tenía incompleto el nivel secundario de sus estudios al momento del procedimiento.

El 71,5% de las pacientes que accedieron a la ligadura se encontraba en unión estable con su pareja.

Las características basales de las pacientes se expresan en la tabla 1.

Tabla 1. *Características basales de las pacientes que accedieron a ligadura tubaria en el Hospital Materno Neonatal durante el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2021*

Características basales	**Total (n:594)**
Edad, M (RIC)	32 (28-37)
<19, n (%)	2 (0,3)
20 - 35, n (%)	404 (68)
>36, n (%)	188 (31,6)
Escolaridad (n:593)	
Primario incompleto, n (%)	21 (3,5)
Primario completo, n (%)	64 (10,8)
Secundario incompleto, n (%)	338 (57)
Secundario completo, n (%)	147 (24,8)
Universitario incompleto, n (%)	15 (2,5)
Universitario completo, n (%)	8 (1,3)
Estado Civil (n:593)	
Soltera, n (%)	67 (11,3)
Casada, n (%)	99 (16,7)
Unión Estable, n (%)	424 (71,5)
Otros, n (%)	3 (0,5)
Paridad	
Nulípara, n (%)	3 (0,5)
Multípara, n (%)	459 (77,3)
Gran Multípara, n (%)	132 (22,2)
Momento	
Intervalo, n (%)	102 (17,2)
Posparto, n (%)	56 (9,4)
Cesárea, n (%)	436 (73,4)
Vía de abordaje	
Abdominal, n (%)	538 (90,5)
VLP, n (%)	53 (8,9)
Vaginal, n (%)	3 (0,5)

Dentro de las pacientes que accedieron a la ligadura tubaria el 77,3 % fueron multíparas y el 22,2% de ellas tenían 6 o más hijos.

La cesárea representa el momento más frecuente en el que se llevó a cabo el procedimiento, representando el 73,4% de las oportunidades. En la *figura 1* podemos observar la distribución de los procedimientos de acuerdo con el momento en el que se realizaron.

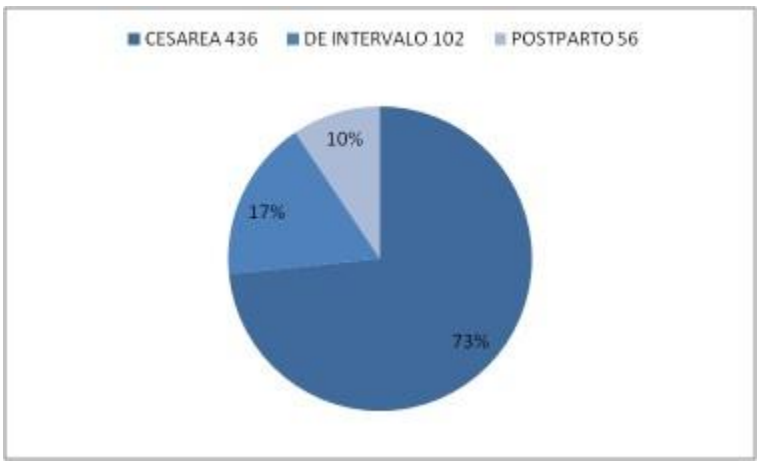

Figura 1. *Momento en que se llevó a cabo la ligadura tubaria en el Hospital Materno Neonatal durante el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2021*

Las vías de abordaje a través de las cuales se llevaron a cabo las ligaduras tubarias de intervalo se representan en la *figura 2*.

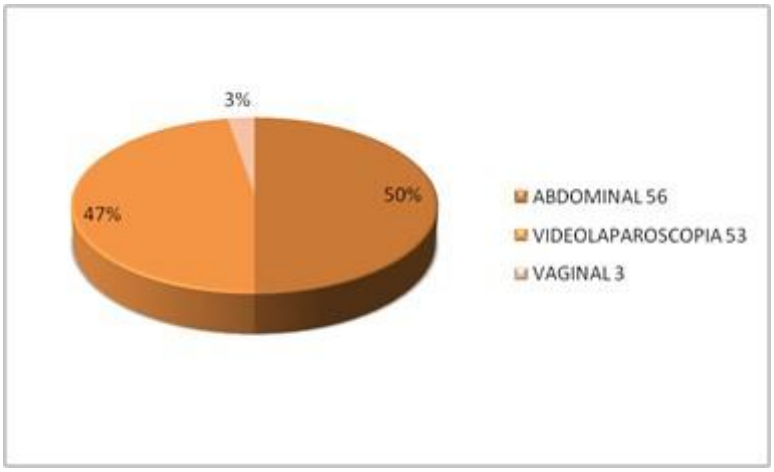

Figura 2*. Vías de abordaje utilizadas en ligaduras tubarias de intervalo realizadas en el Hospital Materno Neonatal durante el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2021*

Discusión

La ligadura tubaria es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo, elegido por el 19% de las mujeres entre 15 a 49 años.[3]

En relación con los aspectos sociodemográficos, la mediana de la edad de las pacientes que accedieron a la ligadura tubaria en nuestra institución durante el año 2021 fue de 32 años, el 68% de las pacientes tenían entre 20 y 35 años datos similares a los obtenidos por Gonzalez & Lorduy en su trabajo.[16]

Con respecto al estado civil el 71% de las usuarias tenía pareja estable al momento que se llevó a cabo el procedimiento, porcentaje algo menor al obtenido por Samaniego O. y col en su trabajo.[17]

Si tenemos en cuenta el nivel de escolarización alcanzado por las usuarias que accedieron a la ligadura tubaria en nuestra institución, al momento del procedimiento, el 57% de las pacientes presentaban secundario incompleto, datos que se acercan a los obtenidos por Carrasco C, en su

trabajo realizado en Perú.[18] Cabe aclarar que nuestro trabajo es retrospectivo y transversal, por lo que no logra evidenciar la continuidad escolar de aquellas pacientes que al momento de la ligadura tubaria presentaban el nivel secundario incompleto.

En cuanto a la paridad de las usuarias que eligieron la anticoncepción permanente, el 77,3% eran multíparas, resultado similar al obtenido por Figueira L. Sin embargo, el porcentaje de pacientes gran multípara de nuestra institución fue del 22,2%, número mayor al obtenido por la autora en su trabajo.[19]

La cesárea fue el momento en el que se realizaron la gran mayoría de las ligaduras tubarias en nuestra institución, representando el 73% del total vs el 9 % de ligaduras tubarias realizadas durante el postparto inmediato. Esta marcada diferencia también fue observada por June H y col en su revisión y con porcentajes similares a los obtenidos en nuestro estudio. Si bien los factores que podrían influir en esta disparidad no fueron objetivo de nuestro trabajo, June H y col. concluye que el parto por cesárea es un fuerte predictor de la realización de la ligadura tubaria, muy probablemente debido a la mayor disponibilidad de quirófano, anestesia y personal auxiliar. Con respecto al índice de masa corporal, la gravidez y la paridad no encontró asociación.[20]

Las vías de abordaje más utilizadas para la realización del procedimiento fue la vía abdominal en más del 90% de los casos teniendo en cuenta a la operación cesárea dentro de este grupo. Si individualizamos las ligaduras tubarias de intervalo, la vía de abordaje más frecuentemente utilizada continúa siendo la vía abdominal en el 50% de las oportunidades, seguida por la videolaparoscopía con el 47%. Resultados que contrastan a los obtenidos por Sao Pedro V y col. en su trabajo donde concluye que en Portugal la preferencia fue la ligadura tubaria laparoscópica con corte y coagulación, superando ampliamente a la vía abdominal para este tipo de procedimiento[21].

Conclusión

La anticoncepción inmediata posparto (AIPP) es una de las estrategias previstas para ampliar y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos luego de un parto o cesárea. Es un modelo de calidad de atención que beneficia a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar al acceso a un método anticonceptivo previo al alta institucional, con el objetivo de evitar la pérdida de oportunidad en salud.[11]

Los resultados de la investigación mostraron bajas tasas de procedimientos realizados post-parto normal y fuera del evento obstétrico en comparación con la tasa de procedimientos realizados durante una cesárea. De las ligaduras tubarias de intervalo realizadas en la institución la vía de abordaje más utilizada fue la vía abdominal; a pesar de las ampliamente difundidas ventajas que tienen las vías mínimamente invasivas como la video laparoscópica, la vía vaginal y contando en la institución con el equipamiento necesario para realizarlas. Se deberían realizar investigaciones para conocer cuáles pueden ser los factores que influyen a la hora de elección de la vía de abordaje para llevar a cabo el procedimiento y cuáles podrían ser las barreras que obstaculizan el acceso a la ligadura tubaria postparto inmediato para poder asegurar el acceso de las pacientes a una anticoncepción segura y garantizar este derecho en las pacientes atendidas en nuestra institución.

Agradecimientos

- A mi jefa de residentes e instructora docente de la Residencia de Tocoginecología del Hospital por la ayuda, paciencia y el apoyo.
- Al comité de Capacitación y Docencia del Hospital.
- A las referentes de Salud Sexual y Reproductiva por las enseñanzas en garantía de derechos.

Bibliografía

- Trumper E, Provenzano B, Prigoshin P, Ligadura Tubaria, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreción Responsable, Ministerio de Salud de la Nación, Marzo 2009
- Patil, Eva; Jensen, Jeffrey T. Update On Permanent Contraception Options For Women. Curr Opin Obstet Gynecol 2015, 27:465-47
- Ciarmatori S, Velazco A, Izbizky G, Rey Valzacchi G, Orti M. Métodos anticonceptivos quirúrgicos en un hospital privado de comunidad. Revista AMADA. Volumen 12 N°2. 2016
- Intervenciones de contracepción quirúrgica. Aplicación de la ley nacional 26.130 en el ámbito del Servicio Público de la Salud de la Provincia. Boletín oficial 21/12/2006. Ley 9344. Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba.
- "Métodos Anticonceptivos-Guía Práctica para los profesionales de la Salud". Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) de Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Agosto 2014.
- McFarlane I, Zerzan R, Madonia K. Visibilizar lo invisible. UNFPA estado de la población mundial 2022.
- Peterson HB. Sterilization. ObstetGynecol. 2008 Jan;111(1):189-203
- Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret Following Female Sterilization at a young age: a systematic review. Contraception 2006;73:205–10
- Godecker A, Thomson E, Bumpass LL Union Status, Marital History and Female Contraceptive Sterilization in the United State Family Planning Perspect 2001; 33:35–41
- Ehman D, Costescu D. Tubal Sterilization in women under 30: case series and ethical implication. J Obstet and Gynaecol Can 2017, 1-5.
- Messina A, Orrigo AB. Guía AIPEO-Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico : guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los centros de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021.
- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data from 2007. Natl Vital StatRep 2009; 57:1-23.
- Fescina RH, De Muccio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, RubinoM.Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. 2da edición. Montevideo: CLAP/SMR, 2011.
- Cunningham FG, Leveno. Williams Obstetricia. 23va Edición. 2011

- Pérez Sanchez A. Obstetricia. 4ta Edición. 2011
- González, Lorduy J. Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con aplicación del consentimiento informado en procedimientos de oclusión tubárica. Cartagena-Colombia. Revista Habanera Ciencias Médicas. 2020
- Samaniego Reimer O., Verastegui-Díaz A, Mejia C. Factores asociados a la no realización de la esterilización quirúrgica en mujeres gran multíparas de la serranía peruana, 2017. Rev. chil. obstetra ginecol.2019
- Carrasco C. Perfil de las usuarias que aceptan la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2017. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018
- Figueira L, Díaz V, Lemmo A, García A. Esterilización tubaria transvaginal: Experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. Rev Obstet Ginecol Venez . 2016.
- June N, Diana H, Jharna M, Patel, M.Investigating Barriers to Completion of Postpartum Tubal Ligation: A Retrospective Chart Review.South Med J ; 114(11): 675-679, 2021
- São Pedro, V; Pires, R; Santos, Opportunistic Salpingectomy for Permanent

Contraception: A Cross Sectional Study in Portugal.Acta Med Port 2021 Apr;34(4):258-265

Anticoncepción Intrauterina y Nuevos Elementos de Gestión Menstrual

Autora: Dra. Elina Coccio
Médica Tocoginecóloga
Hospital B. Rivadavia. Planificación Familiar
Mail de contacto: elinacoccio44@gmail.com

La Anticoncepción Intrauterina (AI) es un método cada vez más utilizado en Argentina, más aún a partir de la Ley 25673 de salud sexual y procreación responsable[1] que incluye a los dispositivos intrauterinos en el Plan Médico Obligatorio para servicios de medicina privada y obra sociales.

Incluímos en Anticoncepción Intrauterina los dispositivos intrauterinos liberadores de iones de cobre y los sistemas intrauterinos liberadores de Levonorgestrel.

Los anticonceptivos intrauterinos son métodos de acción prolongada, de primera elección en las pacientes adolescentes, altamente efectivos y no requieren participación activa de la usuaria.[2]

Entre los eventos adversos de la AI se incluye la expulsión del dispositivo, que se observa con mayor frecuencia en el primer año de uso, en usuarias jóvenes y en aquellas con sangrado menstrual abundante.[3] Las tasas de expulsión oscilan entre el 2 % y el 10 %.

El uso de nuevos elementos para la higiene menstrual, como copa y disco menstrual tiene cada vez más adeptas, siendo los motivos principales la contaminación ambiental y el menor costo. El impacto de la contaminación plástica en el medio ambiente es mundialmente conocido. Analistas ambientales concluyen que la creciente preocupación por el medio ambiente es uno de los factores detrás del mayor interés en los productos reutilizables para el período menstrual. Muchos tampones y toallas higiénicas suelen estar envueltos en plástico y la mayoría de los productos desechados terminan en vertederos. Una gran cantidad de productos para la menstruación terminan en playas, lagos, ríos, Etc; incluidas toallas sanitarias y aplicadores plásticos descartables de un solo uso. A medida que aumenta la conciencia sobre la contaminación plástica, los elementos de higiene menstrual sin plástico y/o reutilizables se popularizan en las redes sociales. Instagrammers y YouTubers están promoviendo períodos menstruales "eco-amigables".[4]

Existen disponibles múltiples tipos de copa menstrual: con aplicador, para deportistas, transparentes, de colores, de diferentes materiales como látex, silicona y plástico quirúrgico y de diferentes tallas. Las primeras copas menstruales modernas, similares a las copas que conocemos hoy, fueron inventadas en 1937 por la actriz estadounidense Leona Chalmers. Ella patentó un diseño de copa menstrual que estaba hecha de caucho de látex. Su solicitud de patente estableció que el diseño no causara "incomodidad ni conciencia de su presencia". Durante la Segunda Guerra Mundial, se produjo una escasez de caucho de látex y se detuvo la producción. Después de la guerra, Leona Chalmers hizo algunas mejoras y patentó su nuevo diseño, relanzando la marca a finales de los 50 como "Tassette". En 1963 se detuvo la producción por la falta de rentabilidad y fue en 1987 cuando apareció en el mercado la copa menstrual de látex, reutilizable y de diferentes tamaños. [5]

La copa menstrual es un recipiente reutilizable en forma de copa alargada utilizada para recoger el sangrado menstrual. Se pliega para colocarla en la vagina y se debe ubicar por debajo del cuello uterino. Funciona generando un vacío sin fugas.

El disco menstrual tiene una estructura hexagonal y borde que impide fugas, la mayor diferencia con la copa es que el disco se coloca justo debajo del cérvix, bien profundo en la vagina que no solo permite recoger el sangrado sino también poder utilizarlo durante las relaciones sexuales con penetración. Se coloca por detrás del hueso del pubis y por detrás del cuello, cubriendo totalmente este, pero no hace vacío en su inserción. El anillo es doble, pero más blando y suave para su colocación.

Tanto la copa como el disco son libres de químicos y fibras irritables, permiten su reutilización, y no generan sequedad ni afectan la flora vaginal.

El disco menstrual se recomienda para utilizarlo durante las relaciones sexuales con penetración durante la menstruación, en suelos pélvicos debilitados, prolapso leve y cuello uterino corto.

Foto de copas y disco menstrual. (tomada de https://www.intimina.com/)

Múltiples investigaciones muestran y comparan debilidades y fortalezas de los elementos de higiene menstrual, analizando también el costo de las diferentes opciones. [6]

No está claro el mecanismo detrás de las expulsiones parciales o completas de los dispositivos intrauterinos y si pueden o no ser causados por el uso de productos para higiene menstrual.

Las copas menstruales se colocan en la vagina y pueden tocar el cuello uterino. Teóricamente, cuando se retira una copa, la fuerza de succión podría desplazar los hilos de los dispositivos intrauterinos hacia abajo, más aún si no se logró hacer el vacío suficiente.

Sabemos que las personas que menstrúan tienen acceso a una variedad de productos diseñados para recolectar el fluido menstrual. Actualmente las copas menstruales se han convertido en un método cada vez más utilizado. Son dispositivos de recolección flexibles y reutilizables que se colocan en el canal vaginal y crean un ligero vacío contra las paredes vaginales para recoger el líquido. Están diseñados para alojarse en el canal vaginal justo detrás del hueso púbico y por debajo del cuello uterino, pero dependiendo de la anatomía, pueden ubicarse más cerca o lejos del mismo. Para retirar la copa, la usuaria debe plegar la misma para sacar el vacío y poder extraerla.

El proceso de extracción podría atrapar los hilos del dispositivo o aplicar presión negativa al cuello uterino, lo que contribuiría a la expulsión.

Una serie de casos reportada recientemente informó sobre siete pacientes que experimentaron expulsiones del dispositivo durante el uso concomitante de una copa menstrual hasta 13 meses después de la inserción[7]. Mientras tanto, otro estudio existente intenta evaluar este riesgo a través del análisis de una encuesta que incluyó 930 mujeres a las que se les había colocado un dispositivo intrauterino (DIU) en clínicas de salud reproductiva y no encontró un mayor riesgo de tasas de expulsión del DIU en las primeras 6 semanas después de la inserción con copa, almohadilla o uso de tampones. Sin embargo, este estudio tuvo un pequeño número de usuarias de copa menstrual (10%). Por lo tanto, esta información no es concluyente. Este estudio contempló la expulsión total (dispositivo completamente fuera del útero) y parcial del dispositivo (parte del dispositivo en canal cervical). Las limitaciones de este estudio incluyen un alto porcentaje de pérdida de continuidad de las pacientes del 23,2 %, el breve período de seguimiento (6 a 8 semanas) y la insuficiente idoneidad de los registros clínicos.[8]

Sobre una revisión de 436 estudios, solo 43 fueron elegibles para el análisis (3319 participantes). La mayoría de los estudios informaron sobre copas vaginales. Veintisiete estudios (63 %) analizaron copas vaginales y cinco estudios (12 %) copas cervicales o discos. Once estudios (25 %) fueron tipos mixtos de copas o desconocidos. Quince fueron de países de ingresos bajos y medios. De 22 estudios para análisis sólo tres eran de calidad moderada a alta. Cuatro estudios realizaron una comparación directa entre las copas menstruales y otros productos usados habitualmente para la higiene menstrual. Informaron que las pérdidas fueron similares o inferiores para las copas menstruales que para las toallas desechables o los tampones (n = 293). En todos los estudios cualitativos, la utilización de la copa menstrual requirió una fase de familiarización durante varios ciclos menstruales (2 a 5) y el apoyo de los compañeros mejoró la aceptación (observado en dos estudios realizados en países en desarrollo). En 13 estudios, el 73 % (estimación combinada: n = 1144; IC del 95 % 59–84, I^2 = 96 %) de las participantes deseaba continuar usando la copa menstrual al finalizar el mismo. El uso de la copa menstrual no mostró efectos adversos sobre la flora vaginal (cuatro estudios, 507 mujeres). Se identificaron cinco mujeres que informaron dolor intenso o lesiones vaginales, seis reportaron alergias o erupciones cutáneas, nueve molestias en el tracto urinario (tres con hidronefrosis) y cinco presentaron síndrome de shock tóxico después del uso de la copa menstrual. Se informó la expulsión de un dispositivo intrauterino en 13 mujeres que usaron la copa menstrual (ocho en informes de casos y cinco en un estudio) entre 1 semana y 13 meses después de la inserción del dispositivo intrauterino. Se requirió asistencia profesional para ayudar a quitar la copa menstrual a 47 usuarias de copa cervical y 2 usuarias de copa vaginal. Se identificaron 199 marcas de copas menstruales y disponibilidad en 99 países con precios que oscilan entre 0,72 y 46,72 USD (mediana de 23,3 USD, 145 marcas). Esta revisión indica que las copas menstruales son una opción segura para el control de la menstruación y son utilizadas internacionalmente.[9]

Otro trabajo publicado utilizó una encuesta en mujeres mayores de 18 años autoidentificadas como usuarias actuales o previas de dispositivo intrauterino (DIU) para recopilar datos preliminares sobre el uso de productos de higiene menstrual y el riesgo asociado de expulsión.

De 902 respuestas a la encuesta, el 71 % informó el uso actual o anterior de DIU y el 19,7 % informó el uso de la copa menstrual. Las usuarias de DIU fueron significativamente más propensas que las no usuarias a utilizar copa o tampones. Entre todas las usuarias de DIU, 56 personas informaron haber experimentado al menos una expulsión (8,8%). Encontraron una asociación positiva entre el uso simultáneo de la copa menstrual y la expulsión de DIU (OR: 2,75, IC 95 %: 1,40–5,42, p 0,002), pero sin asociación con el uso simultáneo de tampones o toallas higiénicas. De las mujeres que utilizaron en forma simultánea DIU y copa, que experimentaron una expulsión, una informó que ocurrió mientras estaba usando la copa menstrual', otras reportaron la expulsión durante otros eventos.

En este estudio concluyeron que el uso simultáneo de una copa menstrual puede aumentar el riesgo de expulsión del DIU, pero sería necesaria una investigación prospectiva para explorar a fondo la relación entre el uso de productos de higiene menstrual y la expulsión de los dispositivos.[10]

Preocupaciones similares sobre la expulsión de dispositivos intrauterinos surgieron en un ensayo aleatorizado de fase 3 en curso diseñado para respaldar la comercialización del Mini DIU Mona Lisa NT Cu380, que actualmente no está aprobado en los Estados Unidos.

Nueve meses después del estudio, se observaron más expulsiones de las esperadas, particularmente entre las usuarias de copas menstruales, según el informe de la Dra. Long, médica a cargo de proyectos de la Red de Ensayos Clínicos de Anticonceptivos en el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. Los investigadores comenzaron a aconsejar a las participantes del estudio que evitaran el uso de la copa menstrual y recopilaran datos sobre el uso de productos de higiene menstrual.

Los resultados preliminares del estudio informados por la Dra. Long incluyeron a 1092 mujeres asignadas en una proporción de 4:1 para recibir Mona Lisa NT Cu380 Mini y ParaGard, un DIU aprobado en los Estados Unidos. Las participantes tuvieron visitas de seguimiento a las 6 semanas y a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses después de la colocación para verificar la posición del DIU.

A los 34 meses, la tasa general de expulsión del DIU fue del 9%. De 277 mujeres que reportaron el uso de la copa menstrual, la tasa de expulsión fue del 18 %, en comparación con una tasa de expulsión del 6 % entre las 704 mujeres que informaron el uso de tampones.

En general, la expulsión del DIU no fue significativamente diferente entre las pacientes incluidas antes y después de la recomendación contra el uso de la copa menstrual (9,8 % frente a 8,8 %, respectivamente). Además, el uso de la copa menstrual no disminuyó después de la implementación del asesoramiento (24 % antes del asesoramiento frente a 28 % después del asesoramiento).

Las tasas de expulsión entre usuarias y no usuarias de copa menstrual fueron significativamente diferentes a los 12 meses (14 % frente a 5 %) y a los 24 meses (21 % frente a 6 %).

Además, los investigadores crearon una categoría de autoexpulsión accidental, definida como el porcentaje de expulsiones que ocurrieron en el momento en que se extrajeron el producto de higiene menstrual. La autoextracción accidental fue significativamente mayor entre las usuarias de copa menstrual, en comparación con las usuarias de tampones (43 % frente a 10 %).

Las limitaciones del estudio incluyeron el sesgo con respecto al tipo de DIU, la paridad y la edad, por lo que el impacto de estos factores en la expulsión aún no está claro. Además, los datos sobre el uso de productos de higiene menstrual se recopilaron retrospectivamente durante los primeros 9 meses, y no hubo datos disponibles sobre el impacto en la expulsión del uso combinado de copas menstruales y tampones.

A pesar de la aparente falta de impacto de la consejería, “se debe informar a las mujeres sobre el mayor riesgo de expulsión si eligen usar copas menstruales al mismo tiempo que los DIU de cobre”, concluyó la Dra. Long.

Se aconsejó a las mujeres que sacaran el vacío de la copa menstrual antes de retirarla, pero no se evidenció una disminución en las tasas de expulsión con el uso de la copa menstrual después de esta recomendación”.

El tipo de copa menstrual puede ser un factor a tener en cuenta, ya que las diferentes copas tienen diferentes grados de succión. Tampoco se evaluó las diferencias cuantitativas en el sangrado.

En conclusión, 266 (24,4 %) mujeres informaron sobre el uso de la copa menstrual. A los 24 meses de iniciar el estudio, 46 (17,3%) usuarias de copa y 43 (5,2%) no usuarias experimentaron expulsión (odds ratio 3,81 [IC 95% 2,45-5,92]). Catorce (30,4%) usuarias de copa menstrual reportaron que la expulsión ocurrió durante la extracción de la copa menstrual. En el primer año del estudio, las tasas de expulsión entre usuarias y no usuarias de copa menstrual fueron del 14,3 % y el 4,7 %, respectivamente (P, 0,001). Al final del segundo año, estas tasas eran 23,2% y 6,5% (P, 0,001).

En conclusión hubo tasas de expulsión de DIU más altas de lo esperado en usuarias de copa menstrual entre las participantes en un ensayo prospectivo de dos DIU de cobre. Se debe advertir a las usuarias de DIU de cobre que el uso simultáneo de la copa menstrual aumenta el riesgo de expulsión del DIU y el riesgo de expulsión continúa con el uso continuo de la copa menstrual.[11]

Habría dos mecanismos plausibles para la expulsión de dispositivos intrauterinos con el uso de la copa menstrual:

1. las pacientes pueden tirar involuntariamente de los hilos de los dispositivos al retirar la copa y
2. la succión y el vacío creados durante la aplicación de la copa pueden desplazar el dispositivo.

En base a la literatura sobre el tema realizamos una encuesta entre miembros de la comisión directiva, científica y delegadas de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA) sobre anticoncepción intrauterina y uso de copa para higiene menstrual.

Respondieron la encuesta 51 miembros de la sociedad 52,9 % tocoginecólogas y 47,1% ginecólogas. Considerando que el 100% de las respuestas fueron de especialistas y con amplia experiencia en anticoncepción.

Se observó la extracción de DIU/SIU-LNG con copa menstrual en un total de 9 pacientes (17,7%). Las edades de las pacientes fueron entre 21 y 40 años.

Los dispositivos que estaban usando al momento de la extracción involuntaria fueron: 44.4% Mirena (4), 44,4% Tcu 380 (4) y 11.1 % Blusiri (1).

La expulsión fue completa en 8 de las 9 pacientes (88,9) y parcial en solo una.

El tiempo de uso de la anticoncepción intrauterina al momento de la extracción involuntaria fue: Entre 1 a 6 meses: 3 pacientes y más de 6 meses: 6 pacientes (66,7%). La mayoría de las pacientes estaba usando la copa desde hacía más de 3 meses: 7 (77.8%). Considerando que se estima como tiempo promedio de aprendizaje para utilizar la copa menstrual 3 meses aproximadamente, la mayoría ya estaba familiarizada con el uso de esta.

Después de la extracción del dispositivo, el 66,7% (6 pacientes) utilizaron píldoras anticonceptivas, 2 condones y sólo una continuó con SIU-LNG.

El 77,8% de las pacientes continuó con el uso del mismo elemento de higiene menstrual.

Conclusión

No existen recomendaciones formales sobre el uso de la copa menstrual para las usuarias de AI.

Una recomendación sería informar a las pacientes sobre la potencial posibilidad que podría existir con relación a la extracción involuntaria de dispositivos intrauterinos y el uso de copa menstrual.

Para aquellas pacientes que deseen el uso concomitante de anticoncepción intrauterina y copa menstrual, se puede aconsejar verificar primero que se haya sacado el vacío y luego retirar la copa menstrual. También analizar la opción de cortar los hilos de los dispositivos intrauterinos al ras del cuello uterino como una forma potencial de reducir el riesgo de extracción con la advertencia de que hacerlo puede aumentar la probabilidad de una extracción difícil en consultorio.

Con esta información, no podemos sacar conclusiones definitivas sobre el riesgo de extracción involuntaria de dispositivos intrauterinos y el uso concomitante de copa menstrual.

Bibliografía

1.https://salud.gob.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario.

2. Adolescent/Young Adult Long-Acting Reversible Contraception: Experience from a Multisite Adolescent Medicine Collaborative. Pitts, S.; Milliren, C.E.; Borzutzky, C.; Maslyanskaya, S.; Berg, G.; DiVasta, A.D. Journal of Pediatrics, 2022 Abr 1;243():158-166.
3. 3. Rates of Intrauterine Device Expulsion Among Adolescents and Young Women. Keenahan, L.; Bercaw-Pratt, J.L.; Adeyemi, O.; Hakim, J.; Sangi-Haghpeykar, H.; Dietrich, J.E. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2021 Jun 1;34(3):362-365.
4. Jones L. Why are menstrual cups becoming more popular? BBC news. Available at: https://www.bbc.com/news/business-45667020/; 2018, Accessed date: 24 October 2018.
5. https://www.lunette.com/blogs/news/short-history-of-menstrual-cups.
6. Chalabi M. How many women don't use tampons? FiveThirtyEight [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2019 May 2]; Features. Available from: https://fivethirtyeight.com/features/ how-many-women-dont-use-tampons/.
7. Rebecca Seale, Lisa Powers, Maryam Guiahi, Kate Coleman Minahan. Unintentional IUD expulsion with concomitant menstrual cup use: a case series. Contraception 100 (2019) 85–87.
8. 8. Ellen R. Wiebe, Konia J. Trouton. Does using tampons or menstrual cups increase early IUD expulsion rates? Contraception 86 (2012) 119–121.
9. Anna Mariavan Eijk Ph D, Garazi Zulaika MPH, Madeline Lenchner MSc, Linda Mason Ph D Prof, Muthusamy Sivakami Ph D, Elizabeth Nyothach MSc, Holger Unger Ph D Kayla Laserson. Menstrual cup use, leakage, acceptability, safety, and availability: a systematic

review and meta-analysis. The Lancet Public Health. Volume 4, Issue 8, August 2019, Pages e376-e393.
10. Ariela N. Schnyer, Jeffrey T. Jensen, Alison Edelman & Leo Han. Do menstrual cups increase risk of IUD expulsion? A survey of self-reported IUD and menstrual hygiene product use in the United States. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1643836
11. Jill Long, MD, MPH, MHS NICHD, Bethesda, MD Courtney Schreiber, MD, MPH, Mitchell D. Creinin, MD, Bliss Kaneshiro, MD, MPH, Kavita Nanda, MD, MPH, and Diana Blithe, PhD. Menstrual Cup Use and Intrauterine Device Contraceptive Efficacy Trial. OP01-1B. Obstetrics & Gynecology, 135, 1S.

El dispositivo intrauterino a través de los años

Autora: Dra. Mariana Marrone
Esp. Universitaria en Ginecología
Hospital Nacional Prof. A. Posadas
Comisión directiva de AMAdA
Mail de contacto: marianamarrone@gmail.com

DIU de cobre

Los primeros dispositivos intrauterinos DIU llegaron a principios del siglo XX y tenían un carácter experimental. El primero de ellos en ingresar a la literatura médica fue hecho de tripa de gusano de seda en 1909. A mediados de 1920, Karl Pust recomendó colocar un anillo de gusano de seda en el útero con una extensión cervical rígida de un hilo de seda bien enrollado y un botón de vidrio para cubrir el cuello uterino[1].

En la década del '20, Grafenberg, en Berlín, realiza estudios y publica sus experiencias en 1930. El primer material utilizado era una hebra extraída del gusano de seda que se usaba en cirugía como sutura no reabsorbible y se llamaba Crin de Florencia, que tenía una consistencia parecida a la del nylon. El primer modelo estaba constituido por 3 crines de 5 cm. de longitud unidas en su punto medio formando una especie de estrella de 6 puntas que se anudaban con otro hilo o crin y después se sustituyó ese anudamiento central por medio de un hilo de plata, con la ventaja de su opacidad a los rayos X y poder tocarlo mejor con el histerómetro. Su introducción requería de la dilatación del cuello y la extracción era bastante dificultosa. Posteriormente, comprobado el efecto anticonceptivo ideó un anillo o aro de 3-4 cm de diámetro del mismo material y rodeado del hilo de plata que se introducía utilizando una horquilla para llevarlo a la cavidad uterina[2] .

Posteriormente Ota en Japón, Oppenheimer en Israel e Ishihama en Japón continuaron utilizando estos dispositivos y en 1959 se publica un artículo relevante de Oppenheimer en el American Journal of Obstetrics and Gynecology. Con la introducción del polietileno surgieron nuevos dispositivos intrauterinos (DIU): el espiral de Margulies, el asa de Lippes con su aplicador y la guía transcervical, el Saf T Coil, la T, el escudo de Dalkon, el multiload de Van Oss y varias variantes de la T.

En América Latina los investigadores chilenos utilizaron el anillo de nylon que fue muy popular en nuestro medio y aportaron la demostración del efecto anticonceptivo en conejas del hilo de cobre el cual se incorporó después a la T de Tatum, el asa de Lippes, el multiload y otros DIU. Los chilenos con Zipper al frente impulsaron el uso del anillo de Grafenberg de nylon[3].

El Profesor Dr. Jaime Zipper Abragan inició sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, donde obtuvo el título de Médico Cirujano en 1953. Fue uno de los líderes y pioneros en el desarrollo mundial de la contracepción al crear en 1959 el primer dispositivo intrauterino (DIU) hecho en Chile, el anillo de Zipper, que consistía en un anillo fabricado en forma artesanal con nylon de pescar, con el cual ayudó a la población más vulnerable y sin acceso a contracepción efectiva, especialmente en la maternidad del Hospital Ramón Barros Luco, donde él trabajaba.

Posteriormente, y conociendo el trabajo de Grafemberg, quién atribuía la eficacia de su anillo con alambre de plata a este metal, desarrolló el concepto de los DIU activos con cobre, descubriendo, después de muchos ensayos en animales, que el metal utilizado por el médico alemán estaba contaminado en un 26% con cobre, siendo éste el metal que realmente aportaba el efecto contraceptivo.

En 1970 presentó por primera vez su dispositivo con cobre en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, recibiendo el apoyo de la mayoría de sus colegas y la crítica acérrima de unos pocos, que no percibieron la futura trascendencia de este descubrimiento. El mismo año fue honrado en Estados Unidos por la American Fertility Society con el premio *"The Samuel L. Siegler Lecture"* y es invitado a exponer sobre el control de la fertilidad humana a través del uso de metales endouterinos, un tema que sería trascendente para la salud reproductiva mundial.

El Dr. Jack Lippes, inventor del DIU que lleva su nombre, se interesó mucho por este método y fue el Dr. Zipper, quién le aconsejó amarrar 2 hebras de nylon a su dispositivo. Realizada esta modificación, en 1962, el Dr. Lippes presentó su dispositivo en la Primera Conferencia Mundial de DIU, organizada por el Population Council. De ahí en adelante, el espiral de Lippes llegó a ser el DIU más prescrito en Estados Unidos en la década de los 70, reemplazando al dispositivo de Margulies[4].

En la práctica se consideran por Iglesias Cortit[5] cuatro etapas básicas en el desarrollo de los DIU:

- Primera etapa o prehistoria: Desde los primeros intentos de uso de estos hasta el siglo xx y particularmente en los años 60.
- Segunda etapa: Entre los años sesenta y setenta conocida como de los DIU inertes o de primera generación.
- Tercera etapa o de los DIU bioactivos: Entre los años setenta y ochenta llamados también de segunda generación.
- Cuarta etapa: Desde los años ochenta a la actualidad llamada de los DIU medicados o con multicarga o de tercera generación.

Hugh Davis, un ginecólogo de la Universidad Johns Hopkins, creó el dispositivo intrauterino (DIU) Dalkon Shield (Escudo de Dalkon) en 1967 y 1968. Un triángulo de plástico del tamaño de una moneda de diez centavos, con cinco aletas en cada lado inferior (para evitar la expulsión del útero) y una cuerda colgando de su esquina inferior (para quitarlo). Comercializada entre 1971 y 1974 como un avance revolucionario en la tecnología de control de la natalidad, AH Robins Corporation vendió más de 2.2 millones de unidades en los Estados Unidos y otros 1.5 millones en el extranjero [6].

Este DIU estaba compuesto por una cuerda de cientos de monofilamentos de nylon encerrados dentro de una funda de nailon que estaba atada al Escudo Dalkon. El hilo tendía a albergar bacterias ya deteriorarse dentro del cuerpo. Este hilo condujo bacterias a través del cuello uterino hacia el útero, sin pasar por el moco cervical que normalmente actúa como una barrera contra la infección (*C., Anna (March 28, 2016)*. "Instrument of Torture": The Dalkon Shield Disaster". Planned *Parenthood Advocates of Arizon)*

Los informes iniciales en la literatura médica plantearon dudas sobre si su eficacia en la prevención del embarazo y la tasa de expulsión eran tan buenas como las que afirmaba el fabricante, pero no detectaron la tendencia del dispositivo a causar aborto séptico y otras infecciones graves [7].

En junio de 1973, el CDC (Control Desease Center) realizó una encuesta a 34 544 médicos especialistas en ginecología y obstetricia sobre mujeres que habían sido hospitalizadas o habían muerto por complicaciones relacionadas con el uso de un DIU en los 6 meses anteriores. Respondieron un total de 16 994 médicos, lo que arrojó 3502 informes de casos únicos de mujeres hospitalizadas en los primeros 6 meses de 1973. Con base en la tasa de respuesta de la

encuesta, el CDC estimó que se produjeron un total de 7900 hospitalizaciones relacionadas con el DIU durante este período de 6 meses. Con base en una estimación de 3,2 millones de usuarias de DIU, el CDC calculó una tasa anual de hospitalización relacionada con el dispositivo de 5 por cada 1000 usuarias de DIU. La encuesta también proporcionó 5 informes de muertes relacionadas con dispositivos, cuatro de ellas relacionadas con infecciones graves. Uno de los cinco estaba asociado con Dalkon Shield. Con base en estos datos, el CDC estimó una tasa de mortalidad relacionada con el DIU de 3 por millón de usuarias por año de uso, que comparó favorablemente con los riesgos de mortalidad asociados con el embarazo y otras formas de anticoncepción. Es importante destacar que la encuesta mostró que Dalkon Shield se asoció con una mayor tasa de complicaciones asociadas con el embarazo que conducen a la hospitalización[8].

En 1974, aproximadamente 2,5 millones de mujeres habían recibido el dispositivo intrauterino Dalkon. En junio de ese año, el director médico de A.H. Robins publicó una carta al editor del British Medical Journal afirmando que la empresa estaba al tanto de un "aparente aumento en el número de casos de abortos sépticos", incluidas 4 muertes, pero afirmando que "no hay evidencia de una relación directa de causa y efecto entre el uso del Dalkon Shield y la aparición de septicemia". La carta recomendaba precauciones que incluían pruebas de embarazo para las mujeres a las que les faltaba el período y la extracción inmediata del dispositivo en las mujeres embarazadas [9].

Ese mismo mes, A.H. Robins suspendió las ventas del dispositivo en Estados Unidos a instancias de la FDA (Food and Drug Administration) ("Dalkon Shield Sale Halted by the Company". The New York Times. 29 June 1974. Retrieved *2 January 2023) y e*n octubre de 1974, se publicó una serie de cuatro informes de casos de embarazos sépticos en la revista “Obstretics and Gynecology” (Hurt, W.G. (1974). "Septic pregnancy associated with Dalkon Shield intrauterine device". Obstet Gynecol. 44 (4): 491–5. PMID 4607058.)

En 1975, el CDC publicó un estudio que asociaba el Dalkon Shield con un mayor riesgo de muerte relacionada con el aborto espontáneo en comparación con otros DIU [10].

Unas 200.000 mujeres presentaron reclamos contra la empresa A.H. Robins, en su mayoría relacionados con reclamos relacionados con la enfermedad pélvica inflamatoria y la pérdida de fertilidad. La empresa finalmente se declaró en quiebra. Los representantes de la compañía argumentaron que las infecciones pélvicas tienen una amplia variedad de causas y que Dalkon Shield no era más peligroso que otras formas de control de la natalidad. Los abogados de los demandantes argumentaron que las mujeres que representaban serían saludables y fértiles hoy si no fuera por el dispositivo. Científicos del CDC afirmaron que ambos argumentos tienen mérito (*Kolata, Gina (December 6, 1987*). "The sad legacy of the Dalkon Shield". The New York Times)

Se presentaron más de 300,000 demandas contra A.H. Robins Company, el caso de responsabilidad extracontractual más grande desde el asbesto [11]. El costo de los litigios y acuerdos (estimado en miles de millones de dólares) llevó a la empresa a solicitar la bancarrota.

En 1976, Medical Device Amendments ordenó a la FDA, por primera vez, exigir la prueba y aprobación de "dispositivos médicos", incluidos los DIU (Serrill, Michael S. (July 23, 1984). "A Panel Tries to Judge a Judge". Time. Archived from the original on October 29, 2010)

El Dalkon Shield se hizo famoso por su grave defecto de diseño: un hilo multifilamento poroso sobre el que las bacterias ingresan al útero de las usuarias y provocan sepsis, lesiones, abortos espontáneos y muerte. Los dispositivos intrauterinos (DIU) modernos usan hilos de monofilamento, que no representan este grave riesgo para las usuarias.

El Centro de Historia Médica de Dittrick en Ohio tiene en su colección más de 400 dispositivos de todas las formas. Hay dispositivos intrauterino DIU que tienen forma de S, anillos, tréboles, rizos, triángulos, espirales, cruces y úteros en miniatura

(https://artsci.case.edu/dittrick/online-exhibits/history-of-birth-control/contraception-in-america-1950-present-day/intrauterine-device-iud/)

Mirena

Una serie de desarrollos tecnológicos y avances en la comprensión de las hormonas entre las décadas de 1930 y 1950 hicieron posible los primeros pasos hacia un sistema intrauterino hormonal (SIU); se avanzó en la comprensión de los efectos de las hormonas esteroides, se caracterizó la progesterona y se desarrollaron las primeras progestinas sintéticas (noretindrona/noretisterona)[12]. Además, se desarrollaron materiales como el polidimetilsiloxano que permitieron la liberación controlada de sustancias farmacológicas durante un período prolongado de tiempo [13].

Los SIU con progestágenos se desarrollaron originalmente para reducir algunos de los eventos adversos asociados con los DIU de cobre, como sangrado profuso y/o prolongado, dismenorrea y expulsión[14][15] . El primer SIU con progestagenos de liberación sostenida demostró resultados prometedores: no hubo embarazos no deseados, efectos sistémicos ni impacto en la función ovárica (Intrauterine chemical release. *Br Med J*. 1974; 4: 181- 182. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4418090/). Entre 1974 y 1976, pequeños estudios adicionales sobre los SIU que contenían progestágenos demostraron bajas tasas de embarazo, reducciones en el sangrado y bajas exposiciones sistémicas; sin embargo, las tasas de expulsión eran altas debido a los primeros diseños de marcos en espiral[16][17],[18]. Sobre la base de esto, el equipo de investigación encabezado por el profesor Tapani Luukkainen de la Universidad de Helsinki, miembro del Consejo de Población y del Comité Internacional para la Investigación de la Anticoncepción, fue pionera en el desarrollo de un SIU con un marco en forma de T que liberaba d-norgestrel (levonorgestrel). En 1977, se realizó un estudio piloto de un SIU liberador de d-norgestrel con revestimiento de polidimetilsiloxano en el depósito del fármaco y un marco en forma de T. Esto demostró una liberación constante de d-norgestrel en la cavidad intrauterina, con reducciones en la pérdida de sangre menstrual, supresión endometrial

uniforme y un perfil de seguridad favorable (Nilsson CG. Comparative quantitation of menstrual blood loss with a d-norgestrel-releasing iud and a Nova-T-copper device[19].

Mirena® (Bayer AG), un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS)[20], fue el primer anticonceptivo intrauterino liberador de levonorgestrel que se introdujo en el mercado. Se lanzó por primera vez hace 30 años en Finlandia en 1990 y ahora está disponible en más de 120 países en todo el mundo[21].

Fue el primero en ser aprobado por la FDA[22] para su uso y comercialización en Estados Unidos, en el año 2000, y es considerado el "*Gold Standard*" de este tipo de DIU.

Además, existen 3 NDAs (*New Drug Applications*) que establecen la aprobación de Mirena® el 06/12/2000 y de sus productos homólogos con dosificaciones más bajas y tamaño menor: Skyla/Blusiri® y Kyleena® que se muestran en la tabla 1:

Tasa de liberación in vivo de los DIU-LNG aprobados por FDA para su uso en EE.UU

Producto y cantidad total de LNG	**Año de aprobación por FDA**	**Liberación diaria in vivo (µg)**	**Dosis antes de 1 año (µg/d)**	**Dosis al cabo de 1 año (µg/d)**	**Al final de los años aprobados para su uso (µg/d)**	**Promedio (µg/d)**
Mirena® 52 mg	2000	20,0	20,0 (3 meses)	18,0	10,0 (5 años)	17,1
Kyleena® 19,5 mg	2013	9,0	17,5 (24 días)	9,8	7,4 (5 años)	9,0
Blusiri® 13,5 mg	2015	8,0	14 (24 días)	6,0	5,0 (3 años)	6,0

Tabla 1: Quiñones, L., Salas-Hernández, A. Análisis y consideraciones técnicas acerca de dispositivos intrauterinos de levonorgestrel para la evaluación de productos similares y genéricos. Revista Médica Clínica Las Condes, 2021, Volume 32, Issue 4, p.: 502-510

Bibliografía

[1] Margulies, L. History of intrauterine devices. Bull N Y Acad Med. 1975 May; 51 (5): 662-7.)

[2] Bedoya JM. Historia. En: Contracepción por dispositivo intrauterino. Madrid: Ed. ELA. 1993

[3] Rigol Ricardo, Orlando Introducción de los dispositivos intrauterinos anticonceptivos en Cuba Revista Cubana de Salud Pública, vol. 32, núm. 1, enero-marzo, 2006, pp. 1-5 Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba

[4] Dr. Valentín Trujillo Sibilla. REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; 76(2): 61 – 63, versión On-line ISSN 0717-7526 http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200001

[5] Iglesias Cortit L. Modelos de DIUS. Ventajas e inconvenientes. Difusión en España. En: Contracepción por dispositivo intrauterino. ELA; Madrid: 1993

[6] Unshielded: the human cost of the Dalkon Shield by Hawkins, Mary F. (Mary Florence, 1997. Toronto : University of Toronto Press)

[7] Jones, R.W.; Parker, A.; Elstein, Max (1973). "Clinical experience with the Dalkon Shield intrauterine device". Br Med J. 3 (5872): 143-5. doi:10.1136/bmj.3.5872.143. PMC 1586323. PMID 4720765

[8] CDC (October 17, 1997). "Current trends IUD safety: report of a nationwide physician survey". MMWR. 46 (41): 969–974

[9] Templeton, J.S. (1974). "Letter: septic abortion and the Dalkon Shield". Br Med J. 2 (5919): 612. doi:10.1136/bmj.2.5919.612. PMC 1610760. PMID 4833976

[10] Cates, W.; Ory, H.W.; Rochat, R.W.; Tyler, C.W. (1976). "The intrauterine device and deaths from spontaneous abortion". N. Engl. J. Med. 295 (21): 1155–9. doi:10.1056/NEJM197611182952102. PMID 980018

[11] Adler, Robert (1988). "The 1976 Medical Device Amendments: A Step in the Right Direction Needs Another Step in the Right Direction". Food, Drug, Cosmetic Law Journal. 43 (3): 511–532. ISSN 0015-6361. JSTOR 26658558

[12] Perone N. The history of steroidal contraceptive development: the progestins. Perspect Biol Med. 1993; 36: 347- 362

[13] Kincl FA, Benagiano G, Angee I. Sustained release hormonal preparations. 1. Diffusion of various steroids through polymer membranes. Steroids. 1968; 11: 673- 680

[14] Shoupe D. LARC methods: entering a new age of contraception and reproductive health. Contracept Reprod Med. 2016; 1: 4

[15]Luukkainen T, Allonen H, Haukkamaa M, et al. Five years' experience with levonorgestrel-releasing IUDs. Contraception. 1986; 33: 139- 148. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4418090/).

[16] Intrauterine chemical release. Br Med J. 1974; 4: 181- 182.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4418090/

[17] Pharriss BB, Erickson R, Bashaw J, et al. Progestasert: a uterine therapeutic system for long-term contraception: I. Philosophy and clinical efficacy. Fertil Steril. 1974; 25: 915- 921

[18] Wan LS, Hsu YC, Ganguly M, et al. Effects of the Progestasert on the menstrual pattern, ovarian steroids and endometrium. Contraception. 1977; 16: 417- 434

[19] Kristina Gemzell-Danielsson, Ali Kubba, Cecilia Caetano, Thomas Faustmann, Eeva Lukkari-Lax, Oskari Heikinheimo. Thirty years of mirena: A story of innovation and change in women's healthcare Global Sexual and Reproductive Health, 2021, Volume100, Issue4, p.: 614-618. https://doi.org/10.1111/aogs.14110

[20] D.J. Costescu. Levonorgestrel-releasing intrauterine systems for long-acting contraception: current perspectives, safety, and patient counseling. Int J Womens Health., 8 (2016 Oct 13), pp. 589-598, 10.2147/IJWH.S99705

[21] Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K; INTRA Writing Group. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. Contraception. 2014; 89: 162- 173

[22] F.D.A. Mirena Approval Letter (2000): Available: https://www.accessdata.fda.gov /drugsatfda_docs/nda/2000/21-225_Mirena.cfm

Guía de Anticoncepción en Personas con Discapacidad

Comité de Derechos en Salud Sexual y Salud Reproductiva FASGO – AMAdA

ACCEDER AL DOCUMENTO

Desde AMAdA remarcamos la importancia de garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población, en esta oportunidad a través de la Guía de Anticoncepción en personas con discapacidad escrita por AMADA y FASGO buscamos visibilizar e informar estos derechos en Personas con discapacidad (PCD)

En la guía se tiene en cuenta la discapacidad como una situación en la vida de la persona y no como una característica de esta. A su vez, se caracterizan los diversos tipos de discapacidad para poder dar herramientas claras a los profesionales en cada una de ellas.

Otro de los ejes a considerar es el Marco Jurídico como respaldo en la atención de PCD instruyendo sobre el consentimiento informado en los diferentes métodos anticonceptivos, tanto reversibles como irreversibles.

Se abordan tópicos fundamentales para el correcto abordaje en la consulta de salud sexual y salud reproductiva considerando las diferentes discapacidades, las necesidades particulares de cada persona siempre teniendo en cuenta su autonomía y confidencialidad. A su vez, considerar las diversas barreras de acceso y atención en la consulta principalmente las físicas, comunicacionales, actitudinales y financieras. Así también las características y la posibilidad de aplicar cada método según la singularidad de la PCD dando información clara, completa y accesible. Otro de los aspectos es la prevención de la violencia y/o abuso sexual.

Esta guía nos invita como profesionales de la salud a estar correctamente informados sobre situaciones que no suelen ser frecuentes pero que nos implica un desafío para garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos.