



A.M.A.d.A.

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Comisión Directiva 2014 - 2015

Presidente:

Dra. Silvia Bonsergent
Vicepresidente:
Dra. Silvia Ciarmatori
Secretaria:
Dra. Marisa Labovsky
Tesorera
Dra. Gabriela Kosoy

Vocales Titulares:

Dra. Analía Tablado
Dra. María Susana Moggia
Dra. Silvina Pradier
Dra. Dora Daldevich
Dr. Damián Branca
Dra. M. E. Escobar de Fernández
Dra. Lía Arribas
Dra. Patricia Riopedre
Dra. Laura Ricover
Dra. Elina Coccio

Vocales Suplentes:

Dra. Andrea Sampere
Dra. María Elisa Moltoni
Dra. María Alejandra Martínez

Comisión Revisora de Cuentas:

Titular:

Dra. Stella Maris Silva

Suplente:

Dra. Claudia Diez Beltran

Comisión Científica:

Coordinadora:

Dra. Carlota Lopez Kaufman
Dra. Lucía Katabian
Dra. Silvia Oizerovich
Dra. Eugenia Trumper
Dra. Inés de la Parra
Lic. Gabriela Perrotta
Lic. Hilda Santos
Dr. Julio Seoane
Dr. Enrique Bagnati
Lic. Ana Tropp
Dra. Graciela Ortiz

Comité Editorial:

Directora de Publicaciones
Dra. Lía Arribas
Sub Directora Publicaciones
Dra. Silvina Pradier

Diseño Gráfico y Editorial:

DoxaDesign Studio
www.doxadesign.com.ar

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA DE ANTICONCEPCIÓN

Miembro Adherente de la
Federación Argentina de
Sociedades de Ginecología
y Obstetricia

Miembro Adherente de la
Confederación Iberoamericana de
Contracepción

Dra. Silvia Bonsergent
Presidente

Dra. Marisa Labovsky
Secretaria General

Secretaría: Paraná 326 , 9º Of. "36"
Buenos Aires . Argentina. Tel/fax: 4373-2002
Web: www.amada.org.ar
E-mail: amada@amada.org.ar

ÍNDICE

Editorial: Dra Silvia Bonsergent

Artículo Original

- A 12 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ¿Cómo estamos?
Dra. Luciana Kanterewicz, Dra. Ana Palazzesi, Lic. María Carlota Ramírez **PÁG.06**

- Análisis crítico de la literatura sobre riesgo de trombosis asociado al uso de ACO
Dra. Isabel M. Ramírez Polo **PÁG.17**

- Inserción de DIU en el puerperio: ¿mayor riesgo de perforación uterina a menor tiempo transcurrido desde el nacimiento?
Dres. Andrea Velazco, Agustina Starvaggi, Lorena Bozza, Mariela Orti, Sebastián Gogorza. **PÁG. 26**

- Salpinguectomía de la oportunidad, nuevo enfoque en anticoncepción definitiva.
Dra. Silvina Moreno **PÁG. 32**

- Haz lo que decimos, no lo que hacemos: experiencias de relaciones sexuales sin protección reportadas por miembros de la Sociedad de Planificación Familiar
*Traducción y comentarios:
Dra Elina Coccio* **PÁG. 38**

- El proyecto CHOICE, la revisión.
*Traducción y comentarios:
Dra. Cecilia Martinez, Dra. Lia Arribas* **PÁG.48**

EDITORIAL

Estimados colegas y amigos:

Nuestra joven sociedad, que lleva ya 16 años, ha crecido.

A pesar de nuestra corta historia, mucho hemos logrado desde aquel 7 de Septiembre de 1999 en la calle Gascón 450, donde un conjunto de profesionales de vanguardia crearon esta entidad de bien público, según consta en nuestra Carta Constitucional. Tenemos el orgullo de que muchos de ellos formen hoy parte de nuestra Comisión Científica.

No siempre fue fácil mantener nuestros principios y objetivos, pero el trabajo en equipo logró vencer muchos obstáculos. Hemos contribuido con Leyes Nacionales que involucran la Salud Sexual y Reproductiva como:

- Ley 25.673 PNSSyPR: 30 de octubre de 2002.
- Ley Nacional de anticoncepción quirúrgica, 26130, año 2006.

Siendo la Dra. Eugenia Trumper una colaboradora incansable en este ámbito.

Así mismo durante este período hemos tenido muchos logros como el re-lanzamiento de nuestra página web y la presentación de nuestra revista on-line de acceso libre y gratuito, siendo este el 2º número del presente año. Otro objetivo alcanzado fue el lanzamiento de los cursos on-line:

- I curso online de anticoncepción nivel I " Qué debemos saber en anticoncepción"
- I curso online de anticoncepción nivel II "Anticoncepción en Patologías Crónicas : ¿cuál es la mejor opción?"

Los mismos han tenido muy buena repercusión no solo en nuestro país sino tam-

bién en países limítrofes.

También contribuimos con el Ministerio de Salud de la Nación, en las siguientes actividades:

- Capacitando efectores para colocación de implantes subdérmicos en prevención de segundo evento obstétrico en adolescentes.
- Se realiza revisión y actualización del manual de anticoncepción de dicho Ministerio.

Así mismo realizamos jornadas conjuntas con otras sociedades relacionadas como la Sociedad Argentina De Endocrinología y Metabolismo (SAEM).

Se realiza el "curso de capacitación teórico-práctico en métodos anticonceptivos de larga duración" en el Hospital Durand organizado por la coordinación del Programa De Salud Sexual de GCBA a cargo de la Dra. Oizerovich y Lic G.Perrota en Agosto de 2015.

Hemos posicionado a AMAdA internacionalmente con la participación, gracias a la gestión de la Dra. Oizerovich, en el Simposio de la Confederación Iberoamericana De Contracepción (CIC) en el XII Congreso Europeo de Anticoncepción. También estuvimos presentes en los siguientes congresos:

- XXXI Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología organizado por SOGIBA, en Junio de 2014
- XIV Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología organizado por SOGIBA en Mar del Plata, en Diciembre de 2014
- XXXI Congreso de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología

gía y Obstetricia, FASGO. Tucumán, en Octubre 2014. "Actualización en la anticoncepción en la práctica diaria"

- Participación en el XXXII Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología, Sogiba, en Mayo de 2015.

Y participaremos en los próximos congresos SOGBA y FASGO 2015.

De igual modo han sido muy importantes las jornadas y talleres que se han realizado durante este año en forma conjunta con las delegadas del interior. Quiero agradecer especialmente a las Dras. María Del Carmen Tinari (Santiago del Estero), Sarah Ochoa, Beatriz Fernández (Córdoba), Anabel Bualó (Bahía Blanca) y Claudia Díez Beltrán (Buenos Aires, Zona Norte) por su esfuerzo.

También se realizaron las siguientes jornadas:

- Jornada de "actualización en adolescencia" 13 y 14 de Marzo 2015. Organizadas por la Sociedad Mendocina de Obstetricia y Ginecología, concurren: Dra. S.Oizerovich y Lic. Gabriela Perrota.
- Jornadas de AMAdA sobre Criterios de Elegibilidad en el interior del país, auspiciados por el laboratorio ELEA. Se realizaron en distintas provincias durante el 2014 y 2015: Córdoba, Trelew, Bahía Blanca, C.A.B.A

Aún nos quedan pendientes este año las jornadas 2015 en Neuquén y en Santiago del Estero.

El corolario de nuestro período ha sido nuestro VIII Congreso Internacional y IV Encuentro de la CIC con más de 800 ins-

criptos nacionales e internacionales. En este número podrán disfrutar de algunos de los temas desarrollados por los disertantes así como del trabajo de investigación que se hizo acreedor del premio.

Solo me queda agradecer a los que me han acompañado en esta comisión directiva y científica, sin cuyo esfuerzo todos estos logros hubieran sido una utopía.

Gracias por ayudarme a honrar a nuestros maestros y a dejar un terreno fértil para los que continúan, que estoy segura serán mejores que nosotros...les deseo que puedan también cumplir su utopía... ¡Sigamos trabajando !



Silvia Bonsergent.

A 12 AÑOS DE LA CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL. ¿CÓMO ESTAMOS?

A 12 años de la creación del
Programa Nacional de Salud Sexual
y Procreación Responsable
¿Cómo estamos?

Dra. Luciana Kanterewicz lukanterewicz@gmail.com

Dra. Ana Palazzesi

Lic. María Carlota Ramírez

En representación del equipo del Programa Nacional
de Salud Sexual y Procreación Responsable

INTRODUCCION

En el año 2002, en el contexto de una profunda crisis institucional y política, se sancionó la Ley 25.673 (1) creando así el primer Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y dando inicio a un proceso de transformación de las prácticas sanitarias que incorporaron, a partir de ese momento y de manera irreversible, los derechos sexuales y reproductivos a las políticas de cuidado de la salud de las mujeres y hombres de nuestro país. Esta ley, producto de las movilizaciones y el activismo del movimiento de mujeres por el derecho a decidir sobre sus cuerpos y su fecundidad, se pone en funcionamiento en el año 2003 con la firma del entonces presidente Néstor Kirchner del decreto 1282/03 (2). De esta manera, y por primera vez en la Argentina se incorporan los derechos se-

xuales y reproductivos a las políticas sanitarias recuperando a su vez el rol del Estado como garante del pleno ejercicio de los Derechos Humanos.

De acuerdo a lo establecido por la ley 25.673 los objetivos del PNSSYR incluyen:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia
- Disminuir la morbi mortalidad materno-infantil.
- Prevenir los embarazos no deseados.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias.
- Garantizar a toda la población el acce-

so a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Tres años después, la Ley 26.130/06 (3), incorpora las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía a la oferta de métodos anticonceptivos.

Posteriormente, el Congreso Nacional sancionó una serie de leyes que amplían y profundizan la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos a la legislación argentina:

Ley 25.929 (4) de Parto Humanizado, Ley 26.150/06 (5) que establece la creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, la Ley 26.485/09 (6) de Pro-

EL CONGRESO NACIONAL SANCIONÓ UNA SERIE DE LEYES QUE AMPLÍAN Y PROFUNDIZAN LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS A LA LEGISLACIÓN ARGENTINA



tección integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales, Ley 26.618/10 (7) conocida como ley de matrimonio igualitario que modifica el código civil y permite el matrimonio civil entre personas del mismo sexo, la Ley 26.743/11 (8) del Derecho a la identidad de género, y en el año 2013 la Ley 26.862/13 (9) de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida².

Una política, varias etapas.

En la **primera etapa** inmediata a su creación, el PNSSyPR fue ubicado en el marco de la Dirección de Maternidad e Infancia y se inician las primeras compras de insumos anticonceptivos con el fin de garantizar el acceso de la población que en un contexto de crisis económica no lograba acceder en muchos casos de otra manera que a través del sistema público de salud. Sin ninguna experiencia previa en la que apoyarse uno de los primeros desafíos fue determinar las necesidades en anticoncepción y definir qué insumos serían incluidos en la oferta del programa.

A partir del año 2006, el Programa adquiere autonomía administrativa y financiera. Esto marca el ingreso en la **segunda etapa**, dando inicio a la construcción de un nuevo enfoque conceptual y de gestión en el desarrollo de políticas de salud sexual y reproductiva que reconocía a las mujeres como sujetos de derechos y no solo en su rol reproductivo.

Una **tercera etapa** de consolidación puede ubicarse entre los años 2010-2014, en este periodo se fortalece el Sistema de Aseguramiento de insumos, se implementa una estrategia de comunicación y capacitación y se crea la línea 0800 de Salud sexual que ofrece información y respuesta frente a vulneraciones de derechos sexuales y reproductivos en el sistema de salud. Finalmente, acompañando la reglamentación e implementación de la Ley de Identidad de Género y de Fertilización Asistida, el PNSSyPR ingresa en una **cuarta etapa** de ampliación de derechos que puede denominarse de Integración y diversificación.

La misma, actualmente en curso, puede caracterizarse por visión integral de los derechos sexuales y reproductivos, fortaleciendo el trabajo intersectorial y dentro del sector salud, así como con la comunidad, y extendiendo las temáticas de trabajo entendiendo los derechos sexuales y reproductivos de manera ampliada, identificando barreras específicas y áreas hasta ahora no priorizadas. Así es que se fortaleció el trabajo en las siguientes temáticas:

- Promoción comunitaria,
- Promoción comunitaria
- Fertilización asistida
- Diversidad Sexual
- Derechos durante el parto y anticoncepción post evento obstétrico
- Transversalización del enfoque de derechos y la perspectiva de género en políticas públicas en salud

Hacia el acceso Universal: Sistema de Aseguramiento de Insumos

Una de las principales tareas desarrolladas por el Programa a lo largo de los años fue garantizar insumos anticonceptivos entendiendo que la provisión de los mismos constituye un eje central del modelo de gestión, y el piso sobre el cual trabajar los aspectos de acceso a los mismos como así también la calidad de las prestaciones. En el año 2007 se organiza el **Sistema de Aseguramiento de Insumos** Anticonceptivos (SAIA) con provisión de métodos anticonceptivos incluyendo preservativos masculinos. Se establece la población objetivo del SAIA para el sistema público de salud, siendo para los otros subsectores incluidos también de manera gratuita en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

En un primer momento la canasta de métodos ofrecía anticonceptivos hormonales orales, inyectables y de lactancia (minipíldora), DIU y preservativos y a partir del 2006 se incorpora la anticoncepción quirúrgica. Al año siguiente, por Resolución Ministerial 232/07, se incorporó la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE). Otra medida importante tomada durante este periodo fue la realización de un acuerdo con el Programa REMEDIAR+REDES³

para la distribución descentralizada de anticonceptivos a los centros de Atención Primaria de la Salud y a los depósitos provinciales. De esta manera el Estado Nacional logró garantizar la distribución de insumos anticonceptivos en todo el territorio y durante el primer año de implementación de esta estrategia de distribución se enviaron a las jurisdicciones provinciales un promedio de 12.988 bo-tiquines bimestrales, alcanzando a un total de 4.474 establecimientos sanitarios⁴.

A partir del año 2011 se incorporó en el reparto gratuito de insumos el test rápido de embarazo para garantizar el diagnóstico temprano que permite a las mujeres acceder a servicios de atención de manera inmediata, ya sea para iniciar el control prenatal o, en aquellos casos en que la mujer no desea continuar un embarazo, recibir asesoramiento y acompañamiento oportuno tanto en casos que se encuadran en ILE como en la estrategia de reducción de riesgos y daños. En los años siguientes

se agregaron a la canasta de Insumos el Anticonceptivo Hormonal inyectable trimestral, anticonceptivos orales con desogestrel, el implante subdérmico y el DIU-LNG. Además de anticonceptivos, como el siguiente cuadro muestra, a partir del año 2015 el PNSSyPR inició la compra y distribución de insumos para tratamiento de fertilización y para hormonización Trans.

Para eliminar barreras de acceso, ligadas tanto a prácticas profesionales como a aquellas burocrático-administrativas que puedan restringir el acceso, desde el PNSSyPR se han elaborado recomendaciones en forma de materia de divulgación así como actividades de sensibilización, capacitación y asistencia técnica en todo el territorio.

Con el propósito de asegurar el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos entre los años 2003 y 2015 el Estado Nacional, a través del PNSSyPR, distribuyó un total de 252.028.991 tratamientos anticonceptivos y otros insumos, representando una inversión de \$298.536.778.

CUADRO 1: Insumos Garantizados por el PNSSyPR

Año	Insumo incorporado
2003	Levonorgestrel, Anticonceptivos Hormonales Inyectables - Mensual, Preservativos Masculinos, Diu, Kit de colocación de DIU
2004	Anticoncepción para lactancia (minipíldora)
2006	Sanción de la Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica (26.130)
2007	Anticoncepción Hormonal de Emergencia
2011	Test de Embarazo
2012	Anticonceptivo Hormonal Inyectable Trimestral
2014	Implante subdérmico, Gestodeno y Desogestrel
2015	DIU – LNG Hormonas para tratamientos de fertilidad: Citrato de Clomifeno; Gonadotropía Coriónica Humana HCG; Gonadotropía Menopáusica Humana HMG; Progesterona Micronizada Hormonización trans

En materia de insumos anticonceptivos, la distribución descentralizada sumada a una fuerte inversión permitió que en el año 2014 el 96,8% del total de 8.698 efectores del subsistema público de salud (1146 Hospitales y 7280 Centros de Atención Primaria de la Salud) cuenten con métodos anticonceptivos garantizando así un componente esencial de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Conocer para transformar:

capacitación integrado por un equipo interdisciplinario que elaboró un marco teórico y metodológico de sensibilización y capacitación que se apoya en 3 pilares fundamentales:

- 1) el marco de los Derechos Humanos,
- 2) el Enfoque de Género, y
- 3) el reconocimiento de la diversidad sexual, étnica y cultural.

Desde el punto de vista metodológico, se adoptó una modalidad de trabajo en talleres destinados a sensibilizar incorporando el paradigma de los derechos humanos

EL CONJUNTO DE ACCIONES DE CAPACITACIÓN, COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN COMUNITARIA HAN PERMITIDO (...) CONSOLIDAR UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Comunicación y formación profesional

Además de consolidar el aseguramiento de Insumos, y para mejorar el acceso y la calidad de la atención, a partir del año 2009 el PNSyPR desarrolló una estrategia de formación y comunicación. Esta se asentó en un modelo participativo que apuntaba problematizar el paradigma histórico de la "Planificación Familiar" incorporando la perspectiva de género y el marco de derechos y promoviendo la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su fecundidad, tal como lo establece la ley 25.673. A su vez, se desarrollaron acciones orientadas a acompañar los procesos de construcción de programas de salud sexual en aquellas provincias que recién comenzaban y a fortalecerlos en aquellas que contaban con programas o leyes locales previas a la sanción de la ley 25.673. En el año 2009 se conformó un área de

como también a fortalecer las capacidades de los equipos que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva. En ambos casos se adoptó un abordaje participativo que permite tomar como punto de partida las experiencias y saberes previos de los equipos de salud y, a partir de la reflexión colectiva, transformar las prácticas de cuidado institucionalizadas y construyendo modelos de atención anclados en los derechos humanos.

En marco del Plan Operativo para Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y del Adolescente, el PNSyPR implementó en las provincias signatarias del plan actividades de capacitación en servicio. La participación del Programa en este plan fue central para la introducción del enfoque de derechos y la estrategia de acceso universal a la salud sexual y reproductiva como pilar fundamental para la reducción de la mortalidad materna. La modalidad de capacitación en servicio permitió situar el aprendizaje en la particularidad de los contextos locales promo-

viendo la reflexión en la acción, el trabajo colaborativo y la capacidad de gestión sobre los propios procesos locales. Para desarrollar esta línea de trabajo se conformó un equipo de capacitadores reconocidos por su trayectoria en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva que trabajó de manera horizontal con los equipos locales en visitas sucesivas a lo largo del tiempo. Esta estrategia fue acompañada con la realización de pasantías que permitieron que aquellos equipos de salud interesados, capaces y con un rol central en temas de salud sexual viajarán a establecimientos con diferentes modos de organización y funcionamiento con el propósito de facilitar la revisión crítica de las propias prácticas y saberes y potenciando su rol en la transformación de los servicios en los que se desempeñan.

En los últimos años las actividades de capacitación y formación profesional, en sus distintas modalidades priorizaron la conformación de redes integradas para colocación de DIU, implementación de dispositivos de acceso a consejería de reducción de riesgos, organización y fortalecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva, y actualización en métodos anticonceptivos y criterios de elegibilidad.

Entre el 2010 y el 2015 se realizaron más de 280 actividades de capacitación a equipos de salud en todo el territorio nacional de las que participaron cerca de 8.000 profesionales y trabajadores de la salud.

Se suman a estas estrategias el dictado de cursos y jornadas tanto presenciales como virtuales.

Simultáneamente a la creación de un área de capacitación se formó un equipo de comunicación con el fin de elaborar una nueva imagen institucional que permitiera pasar de la sexualidad asociada a la reproducción a un discurso orientado al placer. Para esto junto a la creación de una nueva estética institucional, se definieron tres conceptos claves a comunicar:

- Afectividad, placer y disfrute como emociones ligadas a la sexualidad.
- Autonomía y autodeterminación de cada persona en las decisiones sobre su propio cuerpo y la manera de vivir la sexualidad.
- Derecho a la atención de la salud

sexual y de la salud reproductiva, con calidad, buen trato y confidencialidad en la atención. La producción de materiales del PNSSyPR se organizó en distintas líneas editoriales: Institucional, Actualización Profesional, Promoción de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y Experiencias e incluye folletos, guías de atención, videos, manuales de actualización profesional y otros.

El conjunto de acciones de capacitación, comunicación y promoción comunitaria han permitido, en un periodo de 12 años, consolidar una política nacional de salud sexual y reproductiva mejorando el acceso a información y servicios de atención.

Fomentando la promoción y participación comunitaria

Con el objetivo de ofrecer a los equipos herramientas de trabajo para la realización de acciones de promoción comunitaria en el año 2013 el programa desarrolló un novedoso kit con materiales didácticos para trabajar en talleres sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva y los derechos vinculados. Los materiales que forman parte del kit fueron elaborados en un proceso federal de construcción colectiva y cuentan con información actual en diversos formatos y contenidos que proponen diversas formas de uso que pueden adaptarse a distintos contextos y regiones de nuestro país. Fue elaborado a partir de la experiencia en el campo de más de 100



integrantes de equipos de hospitales y centros de salud de todas las provincias y contiene láminas, imágenes, maquetas y juegos didácticos. Colaboraron también en distintas instancias del proceso el Programa SUMAR, la Dirección Nacional de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.

El kit se utiliza para la formación de promotoras y promotores de salud, como así para el trabajo con la comunidad, especialmente con adolescentes. (Ver <https://www.youtube.com/watch?v=uLID7Vv-89CA>)

Cual es tu pregunta? Línea 0800 Salud Sexual

Con el objetivo de favorecer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, difundir los derechos sexuales y reproductivos y brindar asesoramiento sobre temas de sexualidad a toda la población, en mayo del 2010 se creó una línea de atención telefónica nacional, gratuita y confidencial: 0800 Salud Sexual. Desde su lanzamiento los/as consultores/as capacitados por el PNSSyPR, recibieron y contestaron 26.475

llamadas. En ellas se brindó información y asesoramiento sobre derechos de las personas y obligaciones del sistema de salud en sus tres subsectores, sobre métodos anticonceptivos, violencia sexual y abuso sexual infantil, asistencia de mujeres en situación de aborto y acceso a interrupción legal según causales, derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, cáncer de cuello de útero y de mama, otras relacionadas con diversidad sexual y prestaciones de fertilización asistida. Además de las llamadas de consulta, en el periodo indicado se recibieron también 1.117 llamadas que, al reportar una vulneración de derecho, fueron derivadas al PNSSyPR para su resolución de manera conjunta con las autoridades jurisdiccionales. De esta manera, además de ofrecer asesoramiento a la población, la Línea 0800 permitió identificar los déficits de los servicios de salud sexual y reproductiva y elaborar estrategias de intervención para garantizar el acceso a información o servicios de atención.

Ampliando derechos

A partir de la sanción de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Médica-



mente Asistida el PNSSYPR desarrolló una serie de acciones múltiples orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos conquistados con la nueva legislación.

Entendiendo que la salud reproductiva implica que las personas puedan tener la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con quien⁵ se inició la conformación de una red integrada para dar acceso a las personas que así lo requieran.

En relación a la implementación de la ley 26.862, se implementaron distintas acciones, coordinadas desde el área de Fertilidad del PNSSYPR:

- **Difusión** de la política integral en la comunidad y el sector salud.

- **Capacitación** de equipos de salud en prevención y detección temprana de infertilidad o de problemas de salud que pueden derivar en la misma, así como de especialistas en diagnóstico y tratamientos de alta y baja complejidad.

- **Registro de efectores** de los tres subsectores en condiciones de realizar tratamientos específicos y actualización de normativa y recomendaciones.

- **Armado de red** de efectores públicos que brinden atención en todo el territorio, de manera regionalizada.

- **Fortalecimiento de efectores**

públicos que formarán parte de la red de atención cubriendo las necesidades de diagnóstico y tratamiento tanto de alta como de baja complejidad en todo el país.

- **Compra y distribución de insumos** necesarios para tratamientos de fertilización asistida en el subsector público.

En cuanto a la Ley 26.743 que reconoce a las personas como sujetos activos de derecho, especialmente en relación con decisiones personales, como son la autopercepción de género y la construcción corporal, y el decreto reglamentario del art. 11 (10), el PNSSYPR orientó sus primeras acciones a promover un modelo de atención integral de la salud que apunte a la despatologización de ciertas identidades y/o expresiones de género reconociendo el derecho a la salud de todas las personas, con independencia de sus expresiones e identidades de género, de sus corporalidades, de sus prácticas y sus orientaciones sexuales. Con este objetivo se elaboró entre otros materiales el documento "Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud" (11), que ofrece herramientas concretas para que los equipos de salud puedan brindar a las personas trans un trato digno y una atención integral y de calidad. Esta guía que propone una revisión y actualización de los protocolos y las prácticas en el sistema de salud, en línea con la garantía del cumplimiento de la Ley de Identidad de Género fue elaborada en colaboración con equipos de salud de distintas jurisdicciones que vienen trabajando en la temática y con Organizaciones de la Diversidad Sexual.

Con el fin de coordinar las acciones con que se venían llevando a cabo con otras áreas del sector salud, con los servicios de salud, y en colaboración con otros sectores así como con organizaciones el programa creó un área específica de Diversidad Sexual.

Además de la difusión y la capacitación a equipos de salud, el PNSSYPR está actualmente trabajando en el relevamiento de equipos y efectores que trabajan con perspectiva de diversidad, salud integral y que cuentan con conocimiento específico en hormonización y cirugías de modificación corporal para ir conformando una red de derivación y atención de personas



trans, capacitaciones a equipos de salud, rotaciones de profesionales en servicios, compra de insumos y organización de la mesa de diversidad con participación activa de todos los sectores y las personas destinatarias.

Avances y desafíos a futuro: Primera Encuesta Nacional de SSyR

En el año 2013 se realizó la primera encuesta sobre salud sexual y salud reproductiva a nivel nacional, en el marco de un convenio suscripto entre el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), el Ministerio de Salud de la Nación y las Direcciones Provinciales de Estadística (12). El objetivo general de esta encuesta consistió en generar información acerca de la salud sexual y reproductiva de los varones de 14 a 59 años y las mujeres de 14 a 49 años en centros urbanos de 2.000 o más habitantes, incluyendo personas que se atienden en los tres subsectores de salud. Entre los principales resultados obtenidos se destaca que tanto hombres como mujeres tienen un alto conocimiento sobre los métodos anticonceptivos aunque difieren en el método mencionado. El 94% de las mujeres entrevistadas mencionó a las pastillas anticonceptivas en primer término, seguido por el preservativo o condón con un 87% y un 62% al DIU. Mientras que entre los varones, el método más nombrado es el preservativo, con un 95%; luego las pastillas anticonceptivas en un 82%, y un 37% mencionaron al DIU.

Otro dato significativo que revela la encuesta es que casi siete de cada diez de las mujeres y los varones entrevistados usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, siendo el preservativo el método más utilizado en esta instancia. Por grupo de edad se ven diferencias muy significativas: mientras que el 90% de las mujeres de 14 a 19 años utilizó algún anticonceptivo en su primera relación sexual, el porcentaje se reduce al 49% en el caso de las de 40 a 49 años. Con respecto a la utilización de anticonceptivos en la actualidad, ocho de cada diez de las mujeres y los varones encues-

tados manifestaron usarlos⁶.

Sin embargo con respecto al modo de obtención de los métodos anticonceptivos, entre las personas sin cobertura privada, el 44,8% de las mujeres y el 33,6% de los varones declararon haber obtenido en el sector público, de forma gratuita, el método anticonceptivo que utiliza lo que demuestra aún existen barreras al acceso universal a la salud sexual y reproductiva que deben ser eliminadas.

Ha transcurrido poco más de una década desde que los derechos sexuales y reproductivos fueran incorporados a la legislación nacional y a integrar las políticas sanitarias de nuestro país. A lo largo de estos años, el estado nacional y las provincias han logrado trabajar conjuntamente para transformar de manera irreversible las prácticas de cuidado y los modelos de atención, reconociendo a los derechos humanos como principios orientadores de las acciones. Y entendiendo también que el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas y de todos es una condición fundamental para la construcción de una democracia inclusiva y necesaria para la autonomía de las personas, y una medida del camino que falta recorrer.



REFERENCIAS

1. La Ley garantiza que cada persona pueda decidir, desarrollar y expresar libremente su identidad de género de acuerdo con su propia autopercepción, sin obligación de someterse a protocolos y/o diagnósticos médicos, psicológicos y/o psiquiátricos, ni pasar por ninguna instancia judicial, ni someterse a procedimientos de modificación corporal. El artículo 11 de la Ley garantiza el “derecho al libre desarrollo personal”. La ley establece que “todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán (...) a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa”. En el 2015 se reglamenta el art. 11 mediante Decreto N° 903, donde se establece que será el PNSSYPR el encargado de realizar campañas de información a fin de promover la salud integral, intervenciones y/o tratamientos disponibles.

2. La ley se reglamentó a través del Decreto 956/2013. Esta nueva legislación se inscribe en el marco de la ampliación de derechos que caracteriza los avances dispuestos por el Gobierno Nacional, contemplando de manera igualitaria e inclusiva los derechos de toda persona a la paternidad/maternidad y a formar una familia, reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango constitucional. La Ley establece que tienen derecho a las prestaciones de reproducción médicamente asistida todas las personas, mayores de edad, sin discriminación o exclusión de acuerdo a su orientación sexual o estado civil. El sector público de la salud, las obras sociales reguladas y otras entidades de la seguridad social incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral de las técnicas de reproducción médicamente asistida. La cobertura garantizada en la reglamentación se basa en los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con un enfoque integral

e interdisciplinario del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos, las terapias de apoyo y las técnicas de reproducción médicamente asistida de baja y de alta complejidad.

3. El Programa Remediar está enmarcado en la Política Nacional de Medicamentos y define sus acciones sobre las cuatro fases del ciclo de gestión: selección, aprovisionamiento, distribución y uso de los medicamentos, con el fin de asegurar el acceso en el Sistema Público de Salud.

4. PNSSyPR. Políticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y Desafíos. Balance 2003-2011.

5. La OMS define salud reproductiva como “una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, que **tengan la capacidad de tener hijos**, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y, también, el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y tener un parto de forma segura.”

6. En el caso de las mujeres, los métodos más utilizados son los hormonales –que incluyen las pastillas, los inyectables, los parches o los implantes– con un 51%, seguidos por los denominados métodos de barrera – preservativo, diafragma o espumas, jaleas u óvulos– con un 30%. En cambio, entre los varones, el 49% utiliza anticoncepción de barrera, y un 38% anticonceptivos hormonales.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos. Ley 25673/02 del 30 de octubre. Boletín Oficial N° 30032 (22-11-2002).
- 2.** Decreto 1282/03 Reglamentación de la Ley 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
- 3.** Contracepción Quirúrgica. Ley 26130/06 del 9 de agosto. Boletín Oficial N° 30978 (29-08-2006).
- 4.** Proyección del embarazo y del recién nacido. Ley 25929/04 del 21 de septiembre. Boletín Oficial N° 30489 (21-09-2004).
- 5.** Educación Sexual Integral. Ley 26150/06 del 4 de octubre. Boletín Oficial N° 30978 (29-08-2006).
- 6.** Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Ley 26.485/09 del 11 de marzo.

- 7.** Matrimonio civil. Ley 26618/10 del 15 de julio. Boletín Oficial N° 31949 (22-072010).
- 8.** Identidad de Género. Ley 26743/12 del 23 de mayo. Boletín Oficial N° 32404 (2405-2012)
- 9.** Reproducción médicamente asistida. Ley 26862/13 del 05 de junio. Boletín Oficial N° 32667 (26-06-2013).
- 10.** Identidad de Género. Intervenciones quirúrgicas parciales y/o totales. Reglamentación de la Ley N° 26.743, art. 11. Decreto N° 903/15 del 29 de mayo. Boletín Oficial N°33139 (29-05-2015)
- 11.** Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable (2015). Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equiposatenccion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>
- 12.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR 2013) [Internet]. [Citado 02 Nov 2015] Disponible en http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_r_2013.pdf

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LITERATURA SOBRE RIESGO DE TROMBOSIS ASOCIADO AL USO DE ACO

Isabel M. Ramirez Polo

Doctora en Medicina

Especialista Postgrado en Patología Trombótica
(Universidad de Navarra)

Presidenta de la Confederación Iberoamericana
de Contracepción

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica (ETE) es una enfermedad grave, pero muy poco frecuente en mujeres en edad reproductiva. Según el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), el riesgo absoluto en mujeres no usuarias frente a usuarias sería el siguiente:

- Mujeres en edad reproductiva: 4-5/10.000 mujeres año.
- Usuarias de anticonceptivos hormonales combinados (AHC): 9-10/10.000 mujeres año.
- Embarazo: 29,4/10.000 mujeres año.
- Posparto inmediato: 300-400/10.000 mujeres año.

Este riesgo es mayor en el primer año de uso y después disminuye¹.

Efecto de los Anticonceptivos Hormonales (AH) sobre la hemostasia.

La hemostasia es un proceso fisiológico con doble finalidad:

- Mantener la integridad del árbol vascular para impedir las hemorragias.
- Mantener la sangre en estado líquido

para permitir realizar sus funciones sin que aparezcan coágulos en el aparato circulatorio.

Cuando se sobrepasan los mecanismos reguladores de la hemostasia, en el sentido de aumentar los factores procoagulantes o disminuir los anticoagulantes, se rompe el equilibrio y se produce la trombosis.

Sabemos que los AH inducen variaciones en diferentes proteínas implicadas en la hemostasia. Estas modificaciones son provocadas:

1. Por la acción directa de las hormonas sobre la síntesis de proteínas en el hepatocito:

- Incrementan la SHBG (proteína transportadora de hormonas sexuales).
- Disminuyen las glucosilceramidas (actúan como cofactor de la acción anti-coagulante de la PCactivada).

2. Por la alteración de los factores de la coagulación:

- Elevación de factores pro hemostáticos:

– Von Willebrand.

– Factores II, VII, VIII, X y fibrinógeno.

- Descenso de anticoagulantes naturales

– Proteína S (PS) libre.



- Inhibidor de factor tisular libre.

Importancia de los Factores de Riesgo (FR)

La ETE es una enfermedad compleja en la que influyen múltiples factores de riesgo (FR), es por tanto una enfermedad multifactorial y poligénica, en la que interactúan factores genéticos y ambientales². Hay FR asociados a la ETE que tienen un peso importante en la producción de eventos trombóticos y que tenemos que tener en cuenta cuando recomendamos el uso de un anticonceptivo hormonal ya que incrementan de forma sinérgica el riesgo de que esa mujer sufra una trombosis. Estos son:

- Trombofilia congénita.
- Trombofilia adquirida.
- Antecedentes personales de ETV.
- Antecedentes familiares de ETV.
- Obesidad.

- Inmovilización.
- La edad.
- Tabaquismo.
- Otros factores de riesgo: las enfermedades cardiacas (insuficiencia cardiaca y enfermedades valvulares) y las mujeres con múltiples FR (tabaquismo, HTA, diabetes, obesidad, inmovilización)

TROMBOGENICIDAD DE LOS AH

TROMBOEMBOLISMO ARTERIAL (TEA)

No hay asociación significativa entre el uso de AHC (anticonceptivos hormonales combinados) y riesgo de TEA sin otros riesgos cardiovasculares asociados y sin relación con el tipo de gestágeno. Los FR cardio-vascular demostrados, (Estudio FRAMINGHAM)³ son:

- Tabaco
- HTA

- Obesidad
- Diabetes
- Dislipemias
- Procesos hereditarios o adquiridos que puedan prolongar la coagulación.
-

Los cambios metabólicos inducidos por los AH sobre el metabolismo lipídico no tienen repercusión sobre una mujer sana ⁴. El efecto global dependerá de la dosis de Estrógeno y del tipo de gestágenos utilizado. En general los preparados que hoy tenemos en el mercado no alteran el metabolismo lipídico de una mujer sana.

TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV):

La asociación AH-ETE ha sido atribuida a la dosis de estrógeno. Por este motivo se ha ido reduciendo a lo largo de los años y esto ha ido asociado a una reducción de riesgo de eventos trombóticos.

Pero recientemente la discusión científica del riesgo de TEV asociado al uso de Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC) se ha focalizado en el tipo de gestágeno. Esto ocurrió cuando en 1995 el Comité para la Seguridad de los Medicamentos en UK envía una carta a 190.000 médicos, farmacéuticos y directores públicos de salud, alertando de un mayor riesgo de TEV con el uso de AOC de tercera generación (Gestodeno y Desogestrel), frente a los de segunda Levonorgestrel (LNG).

Por otra parte, sabemos por todos los estudios publicados que los AHC tienen un mayor perfil de riesgo trombótico que los Anticonceptivos de sólo gestágenos (MSG) ⁵

En la actualidad existe una polémica con debate tanto científico como social, acerca del riesgo de TEV de las diferentes combinaciones de Estrógenos con distin-

tos tipos de Gestágenos, así como de la vía de aplicación de estos preparados.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LITERATURA.

Si analizamos la bibliografía comprobamos que los mal llamados gestágenos de 2ª generación, (esto tiene más que ver con su aparición en el tiempo que con el grupo químico al que pertenecen), concretamente el LNG, Noretisterona y Norgestimato, contrarrestan mejor que el resto de los gestágenos el estado procoagulante inducido por el estrógeno. ^{6,7}

Hasta 2011, la mayor parte de la literatura científica^{8,9,10,11,12,13,14} sobre este tema han sido estudios de casos –controles o de cohortes casi todos retrospectivos, solo algunos prospectivos, de calidad baja a moderada.

Los sesgos que encontramos en muchos de ellos:

- **Sesgo de la nueva usuaria:** Las nuevas usuarias usan más los nuevos productos, y el mayor riesgo se da en primeros 3 meses-1año, por lo que se puede ver sobreestimado el riesgo de éstos.
 - **Sesgo de Prescripción:** los nuevos productos se perciben como de menor riesgo, y se recomiendan a mujeres con mayor riesgo.
 - **No considerar antecedentes de trombofilia y/o tromboembolismo**
 - **No considerar el IMC** (Índice de Masa Corporal): el riesgo de ETV aumenta con IMC elevados
 - **La edad:** aumenta la tasa de TEV con la edad
 - **Fuente de financiación** del estudio
- Estos trabajos han encontrado críticas editoriales de autores tan prestigiosos como Dinger, Shapiro; Ann Zsarewski, Diana Mansur, Solymoss. Sus principales

EN GENERAL LOS PREPARADOS QUE HOY TENEMOS EN EL MERCADO NO ALTERAN EL METABOLISMO LIPÍDICO DE UNA MUJER SANA.

críticas son que en ellos encontramos:

- **Sesgos metodológicos:** En la base de datos Danesa, por ejemplo, no figuran datos tan importantes como el IMC, antecedentes de trombofilia, antecedentes familiares de TEV, Inmovilizaciones, tabaquismo y se comparan nuevas usuarias de las vías no orales con antiguas usuarias de la vía oral.
- **Inestabilidad estadística:** pocos casos que hay de TEV confirmados de algunos de los productos estudiados.
- **Falta de plausibilidad biológica**

Hay otros artículos mejor diseñados^{15,16,17,18}; pero curiosamente en estos las diferencias de riesgo entre combinaciones de gestágenos de 3ª y 4ª generación (aquí incluimos a drospirenona, y los gestágenos comercializados después del '95), frente a LNG son menores. La crítica principal que hacen muchos autores es que están financiados por la industria, que sería un importante sesgo a considerar.

Desde 2012 son varios los meta-análisis que se han publicado sobre el tema. Las revisiones sistemáticas / meta-análisis más relevantes 6,7,19,20,21,22, comparan el riesgo de TEV y TEA de las mujeres que usan AHC con las que no los usan y de entre las que usan AHC el riesgo relativo de las distintas combinaciones. La conclusión es que el riesgo estimado frente a no usuarias es del doble y entre ellos los preparados con LNG y Norgestimato son los de menor Riesgo relativo. La crítica es que los trabajos que se han

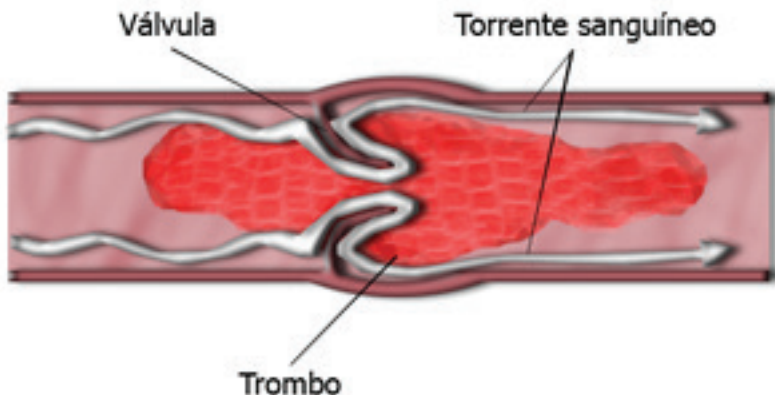
empleado para los meta-análisis, son los que teníamos y hemos analizado anteriormente, con sus sesgos. Si bien, se han usado factores de corrección para tratar de minimizarlos.

¿Cómo interpretamos estas diferencias?

En primer lugar los estudios en los que estamos basando nuestras conclusiones, en los que la mayoría se establece un mayor RR de tromboembolismo para las combinaciones que no contienen LNG, están muy limitados por los sesgos que presentan, tales como no tener en cuenta el IMC o los antecedentes de TEV personal y familiar y las posibles trombofilias, factores que como ha quedado claro aumentan el riesgo por sí mismos y lo multiplican si los unimos a otros factores de riesgo como son los AHC.

Por otra parte, el **riesgo absoluto**, que es lo que realmente nos importa, en mujeres en edad reproductiva es tan pequeño, que continua siendo bajo cuando se usan AHC y mucho menor que el de un embarazo, que es lo que tratamos de prevenir.

La SEC (Sociedad Española De Contracepción)²³, en su Conferencia De Consenso, realizada a finales de 2011 y publicada en 2012, tras un análisis exhaustivo de la bibliografía llega a la siguiente conclusión:



- La reducción de las dosis de estrógeno en los AH disminuye el riesgo relativo de TEV. Para minimizar este riesgo se deben utilizar preparados con baja dosis (Etinil-Estradiol 35 microgramos o menos).
- Las diferentes combinaciones de anticonceptivos orales tienen un Riesgo Relativo (RR) diferente de TEV, este riesgo es menor para combinaciones con levonorgestrel, noretisterona y norgestimato frente al de dienogest, gestodeno, drospirenona o desogestrel. La relevancia clínica de estas diferencias tiene que valorarse en la baja incidencia de eventos tromboembólicos en mujeres sanas en edad fértil.

- El acetato de ciproterona tiene un aumento de riesgo relativo comparado con los anteriores y no tiene indicación como anticonceptivo.

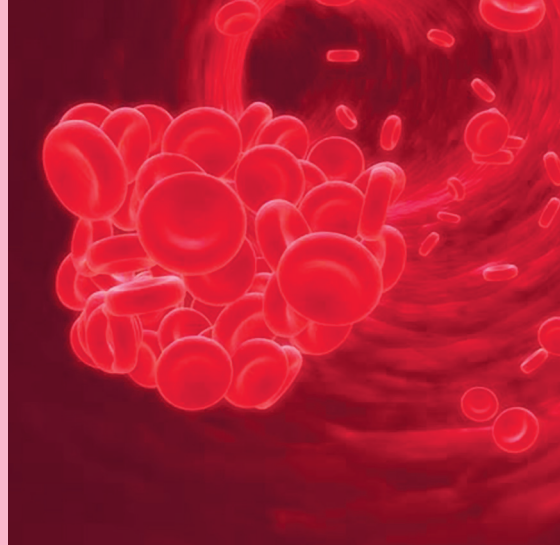
- Respecto a la vía de administración, los datos son inconsistentes lo que no permite emitir ninguna recomendación sobre si una es mejor que otra.

La Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología se pronuncia diciendo que la AHC es uno de los más efectivos métodos para prevenir el embarazo no deseado y en la actualidad reduce la tasa general de TEV si comparamos esta población con la población que no tiene acceso a métodos efectivos.

Otras sociedades como **la IPPF** (Federación Internacional de Planificación Familiar) y **la ESC** (Sociedad Europea de Contracepción), nos advierten de la seguridad alta de estos fármacos y la necesidad de dar una buena información a la mujer usuaria.

Además, tras la polémica suscitada en Europa por la petición de revisión de riesgos, hecha por las autoridades Francesas a la Agencia Europea del medicamento y a pesar de no haber nuevas evidencias de otros riesgos no conocidos, la EMA se ha pronunciado.

El **Comité de Evaluación del Riesgo en Farmacovigilancia (PRAC)**²⁴, responsable de la evaluación de todos los aspectos de la gestión del riesgo de los medicamentos de uso humano, para la **EMA** (Agencia Europea del Medicamento),



concluyó tras su revisión en 2013, que los beneficios de los AHC siguen siendo superiores a los riesgos.

CONCLUSIONES

- Los trabajos que presentan sesgos, deben ser cuestionados
- Antes de prescribir un ACO valorar la existencia de otros Factores de Riesgos (Criterios de elegibilidad de la SEC/OMS, Tabla 1 y 2 25,26)
- La AHC es un método eficaz cuyos beneficios superan a los riesgos
- El Riesgo de TEV es bajo, existiendo pequeñas diferencias entre las distintas combinaciones
- El Riesgo es mayor durante el primer año, o cuando se reinicia tras una interrupción mayor de 4 semanas
- No existen motivos de seguridad que hagan necesario interrumpir el AHC que una mujer usa sin problemas
- Debemos evaluar periódicamente los riesgos que puede tener una mujer usuaria de AHC

EN NINGUNO DE ESTOS CASOS SE HAN EVALUADO OTROS BENEFICIOS NO ANTICONCEPTIVOS DE LOS AHC

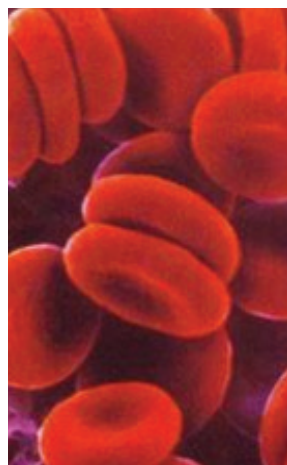


Tabla 1. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA. RIESGO CARDIOVASCULAR CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD 3 Y 4 SEC.

CONDICIÓN	CATEGORÍA
Edad > 35 años y > 15 cig/día	4
Edad > 35 años y < 15 cig/día	3
Edad > 35 años y sin fumar < 1 año	3
Edad > 35 años y sin fumar > 1 año	2
Obesidad IMC 35-39 kg/m ²	3
Obesidad IMC > 40 kg/m ²	4
Múltiples FRC (edad, HTA, perímetro cintura > 88)	3/4
HTA controlada	3
HTA no controlada < 159/99 mmHg	3
HTA no controlada > 160/100 mmHg	4
Historia personal TEV/EP	4
TEV/EP actual	4
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4
Inmovilidad relacionada con la cirugía	3
Trombofilia conocida	4
Sospecha de trombofilia	3
Cardiopatía isquémica/valvulopatía complicada	4
Ictus (hemorrágico/isquémico)	3/4
Hiperlipemia	2/3
Valvulopatía complicada	4
Migraña con aura	4
Migraña sin aura < 35 años	2 (inicio) 3 (continuación)
Migraña sin aura > 35 años	3 (inicio) 4 (continuación)
Diabetes con neuropatía, retinopatía y nefropatía	3/4
Diabetes con otras enfermedades vasculares o duración > 20 años	3/4

Tabla 2. ANTICONCEPCIÓN SOLO GESTÁGENOS. RIESGO CARDIO VASCULAR. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD 3 Y 4 SEC

CONDICIÓN	CATEGORIA			
	I = Inicio		C = Continuación	
	minipildora	AMPD	Implante subcutáneo	DIU - LNG
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e hipertensión)	3	3	3	2
Hipertensión arterial \geq 160/100	2	3	2	2
Hipertensión arterial con enfermedad vascular	2	3	2	2
TVP – EP actual	3	3	3	3
TVE-EP actual anticoagulada	2	2	2	2
Cardiopatía isquémica	2 (I) 3 (C)	3	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)
Accidente cerebrovascular	2 (I) 3 (C)	3	2 (I) 3 (C)	2
Migraña con aura a cualquier edad	2 (I) 3 (C)	2(I)3(C)	2 (I) 3 (C)	2 (I) 3 (C)
Diabetes con enfermedad vascular o de mas de 20 años de duración	2	3	2	2



BIBLIOGRAFÍA

1. RCOG 40 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception (Green-Top 40). July 2010.
2. Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Tanis BC, Helmerhorst FM. Estrogens, progestogens and thrombosis. *J Thromb Haemost* 2003; 1: 1371-80.
3. Wilson P W, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H and Kannel WB. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories American Heart Association *Circulation* 1998;97;1837-1847.
4. Espinós JJ. Anticoncepción Hormonal Oral. En: Manual básico de anticoncepción. Calaf Alsina. Ed Masson SA, Barcelona 2005; 91-114.
5. Martínez F, Avecilla A. Combined hormonal contraception and venous thromboembolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007; 12:97-106
6. Martínez F, Ramírez I, Pérez-Campos E, Latorre K, and Lete I. Venous and pulmonary thromboembolism and combined hormonal contraceptives. Systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, February 2012; 17: 7-29.
7. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ* 2015;350:h2135 doi: 10.1136/bmj.h2135
8. FDA Office of Surveillance and Epidemiology. Combined Hormonal Contraceptives (CHCs) and the Risk of Cardiovascular Disease Endpoints. CHC-CVD final report 111022v2. FDA 2011. Accedido online (5 noviembre de 2011) en : <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM277384.pdf>
9. Gronich N, Lavi I, Rennert G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-based cohort study. *CMAJ*. 2011 Nov 7. doi: 10.1503/cmaj.110463
10. Jick S, Kaye JA, Li L, Jick H. Further results on the risk of nonfatal venous thromboembolism in users of the contraceptive transdermal patch compared to users of oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2007;76(1):4-7.
11. Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen A, Agger C. Hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a national follow up study. *BMJ* 2009;339:b2890.
12. Lidegaard O, Nilsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ* 2011;343:d6423
13. Parkin L, Sharples K, Hernandez RK, Jick SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ*. 2011;342:d2139.
14. van Hylckama V, Helmerhorst F, Vandembroucke J, Doggen C, Rosendaal F. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009;339:b2921.
15. Dinger JC, Heinemann LA, Kühl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007;75(5):344-54.
16. Dinger J, Assmann A, Möhner S, Minh TD. Risk of venous thromboembolism and the use of dienogest- and drospirenone-containing oral contraceptives: results from a German case-control study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010;36(3):123-9.
17. Heinemann LA, Dinger JC, Assmann A, Minh TD. Use of oral contraceptives containing gestodene and risk of venous thromboembolism: outlook 10 years after the third-generation "pill scare". *Contraception*. 2010;81(5):401-7.
18. Dinger J, Möhner S, and Heinemann K, MD. Cardiovascular Risk Associa-

ted With the Use of an Etonogestrel-Containing Vaginal Ring. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013 VOL. 122, NO. 4,

19. Peragallo Urrutia R, Coeytaux R R, McBroom A J, Gierisch, J M, Havrilesky L J, Moorman PG., Lowery WJ, Dinan M, Hasselblad V, Sanders GD and Myers E. Risk of Acute Thromboembolic Events With Oral Contraceptive Use. A Systematic Review and Meta-analysis. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; VOL. 122, NO. 2, PART 1,

20. Stegeman BH, Rosendaal FR, van Hylckama Vlieg, Helmerhorst M F, Stijnen T, Olaf M. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2013;347:f5298 doi: 10.1136/bmj.f5298 (Published 12 September 2013)

21. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen,T, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: venous thrombosis (Review) 2014 The Cochrane Collaboration

22. Manzoli L, De Vito C, Marzuillo C, Boccia A and Villari P. Oral Contraceptives and Venous Thromboembolism. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drug Saf* 2012; 35 (3): 191-205

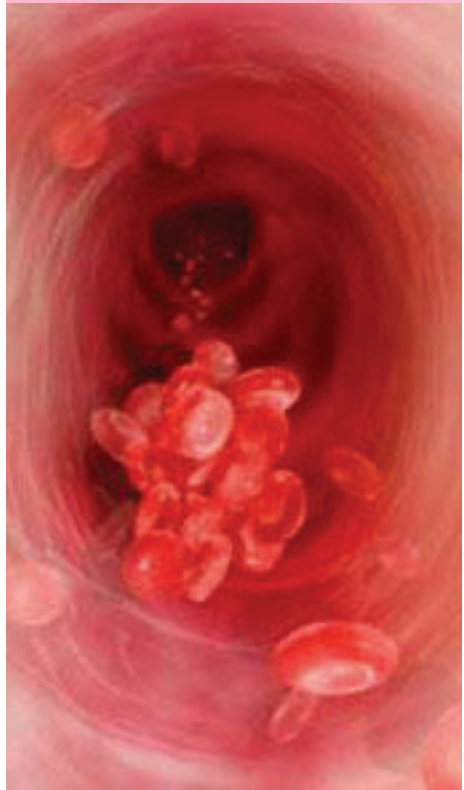
23. Conferencia de Consenso de la SEC 2011. Actualización en el manejo clínico de la AH, Intrauterina y de Urgencia. Grupo editorial Entheos, Madrid 2012.

24. EMA. Benefits of combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks – CHMP endorses PRAC recommendation .

Product information to be updated to help women make informed decisions about their choice of contraception. EMA/709120/2013

25. Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de Consenso en Actualización del Manejo Clínico de los ACH. Aranjuez, ED. SEC,2005.

26. WHO 2015 World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th ed. 2015.



INSERCIÓN DE DIU EN EL PUERPERIO: ¿MAYOR RIESGO DE PERFORACIÓN UTERINA A MENOR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO?

El presente trabajo fue ganador del premio al mejor trabajo científico entre los presentados en el Congreso Internacional de AMAdA, Septiembre de 2015

Velazco Andrea°, Starvaggi Agustina*, Bozza Lorena*, Orti Mariela*, Gogorza Sebastián°.

Agustina.starvaggi@hospitalitaliano.org.ar

° Médicos de planta del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires

* Médicos asociados al Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido analizar si el riesgo de perforación uterina es mayor cuanto más cercana al nacimiento sea la inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU).

Diseño y Recolección de Datos:

Se realizó un estudio de cohorte descriptivo y retrospectivo que incluyó un total de 9 pacientes tratadas quirúrgicamente por perforación uterina como consecuencia de la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU) en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Criterios de Inclusión: Pacientes que hubieran sido intervenidas con diagnóstico de DIU en cavidad abdominal y que dicha complicación hubiera ocurrido dentro de los 45 días posteriores a la inserción del dispositivo, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre 2014

inclusive.

Pacientes incluidas: Durante el período analizado, 12 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Se excluyeron 3 pacientes: 2 por no contar con la información necesaria, y 1 por constatar la existencia de dos ecografías posteriores a la colocación con DIU normoinserto, por lo que se interpretó como un caso de migración de DIU no asociada a la colocación.

Resultados: De la muestra analizada, 8/9 pacientes presentaron relación con un evento obstétrico previo. De éstas, el 63% (n=5) fue dentro de los primeros 6 meses post parto. En todos los casos se trató de DIU de cobre (DIU-Cu) y fueron resueltos por vía laparoscópica. Durante el periodo analizado, el promedio de DIU colocados fue 200 por año.

Conclusión: En la muestra estudiada, la inserción del DIU durante el puerperio parecería ser un fuerte factor de riesgo



de perforación uterina. Debido a que se trata de un evento muy infrecuente, sería necesario realizar estudios de cohorte prospectivos, con mayor tamaño muestral, para confirmar esta observación.

(...)SUGERIMOS EVALUAR A CADA PACIENTE EN PARTICULAR, TENIENDO EN CUENTA LOS FACTORES DE RIESGO Y EXTREMAR LAS PRECAUCIONES CUANDO SE TRATA DE UNA PACIENTE PUÉRPERA

Introducción: El Dispositivo Intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos más utilizado en el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo. Presenta múltiples ventajas, entre ellas su bajo costo y excelente eficacia anticonceptiva, su uso independiente de la usuaria y escasos efectos adversos. Específicamente en la etapa del puerperio, podría ser considerado casi un método ideal, sobre todo para las mujeres en período de lactancia, debido a que no altera la composición de la leche. Aunque poco frecuente, una de las complicaciones más temidas es la perforación uterina con translocación del dispositivo a la cavidad abdominal. La misma se produce durante el momento de la coloca-

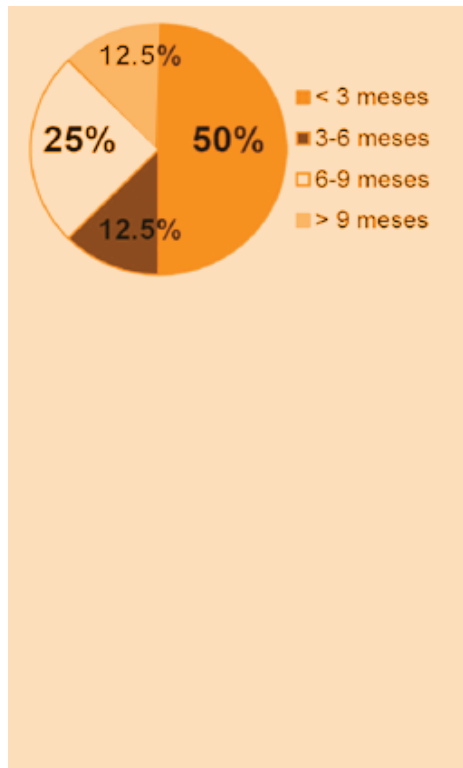
ción. La prevalencia de este evento oscila entre 0.3 y 2.6 para el DIU de cobre (DIU-Cu)¹, y entre 0.3 a 2.2 para el Sistema IntraUterino liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG)², sobre 1000 colocaciones. Esta complicación tiene como consecuencia la translocación del DIU hacia la cavidad abdominal, con el riesgo de otras complicaciones posteriores, como ser perforación vesical o del tracto gastrointestinal, obstrucción intestinal, formación de fístulas, abscesos, adherencias pelvianas, embarazo no deseado, esterilidad y dolor pelviano crónico. Entre los factores de riesgo se citan la inserción durante el período postparto reciente y la lactancia³. Tanto la involución uterina como la contractilidad uterina aumentada favorecerían la ocurrencia de esta complicación en el período postparto. La experiencia del profesional y la técnica de la inserción son también reconocidos factores de riesgo.

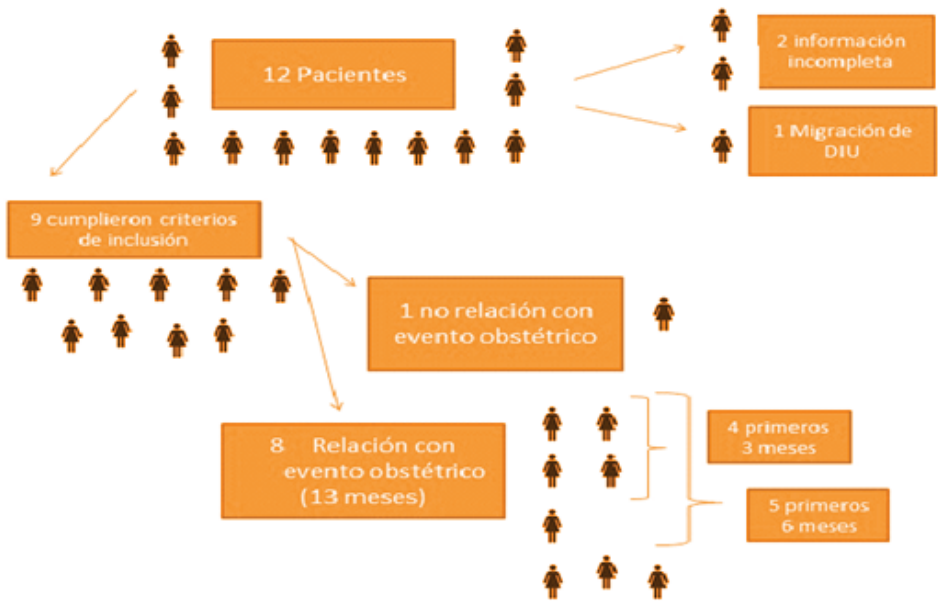
Material y Método: Se realizó un estudio de cohorte descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos de pacientes ingresadas a quirófano, del servicio de Ginecología, durante un periodo de 12 años, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre 2014 inclusive. Se seleccionaron todas aquellas pacientes que hubieran sido intervenidas con diagnóstico de DIU en cavidad abdominal y que dicha complicación hubiera ocurrido dentro de los 45 días posteriores a la inserción, de manera que la misma estuviera asociada al momento de la colocación. A su vez el DIU debía haber sido colocado por alguno de los tres profesionales de la sección de Planificación Familiar del Hospital. De estas pacientes se recolectó información (edad, colocación post-nacimiento y, en esos casos, momento de la complicación en relación al parto/cesárea y tipo de intervención) de la historia clínica o a través de comunicación telefónica en los casos que no contamos con la información completa.

Resultados:

En el período considerado se identificaron 12 pacientes que habían sido intervenidas con el diagnóstico citado. Se exclu-

yeron 3 pacientes: 2 por no contar con la información necesaria, y 1 por constatar la existencia de dos ecografías posteriores a la colocación con DIU normoinserito, por lo que se interpretó como un caso de migración de DIU no asociada a la colocación. De las 9 pacientes restantes, solo 1 no estaba relacionada con el antecedente obstétrico. Finalmente se analizaron las 8 pacientes restantes, con una media de edad de 37,8 años (33-44). Todos los casos se produjeron dentro de los 13 meses posteriores al nacimiento. El 50% (n=4) ocurrió dentro de los primeros 3 meses; un 12.5% (n=1) entre los 3 y 6 meses; un 25% (n=2) entre los 6 y los 9 meses; y un 12.5% (n=1) luego de los 9 meses. El 62.5% de las perforaciones (n: 5/8) fue posterior a una cesárea. En todos los casos se trató de DIU de cobre y fueron resueltos por vía laparoscópica. Durante el periodo analizado, el promedio de DIU colocados fue 200 por año.





Discusión:

La tasa de perforación calculada fue de 3.7 eventos cada 1000 colocaciones y en nuestro caso todos correspondieron a DIU-Cu. En la revisión de la literatura disponible, la tasa de perforación varía según los diferentes estudios. Por ejemplo el estudio EURAS (European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices), quizás el estudio más grande alguna vez realizado en relación a Dispositivos Intrauterinos, el cual incluyó un total de 61448 pacientes usuarias de DIU, pertenecientes a 6 países europeos diferentes y durante un período de seguimiento de 7 años (2006-2013), reportó una tasa de perforación de 1.1 para DIU-Cu y 1.4 para SIU-LNG cada 1000 colocaciones³. Otro estudio retrospectivo realizado en los hospitales de Limburg, Holanda, durante un período de 3 años analizados (1999-2002), observó una tasa de 2.6 perforaciones cada 1000 colocaciones⁴. Otros estudios arrojaron las tasas del evento en función del número total de DIU vendidos, en lugar de compararlo con las colocaciones, como es el caso de la publicación de Kaislasuo y col., quienes reportaron una tasa de perforación de 0.4 cada 1000 ven-

tas de ambos tipos de DIU⁵.

Con respecto a la relación entre la colocación y el tiempo transcurrido desde el nacimiento, los datos hallados en la bibliografía son algo más homogéneos: el estudio EURAS por ejemplos, reportó la ocurrencia de 81 perforaciones. Los principales factores de riesgo hallados fueron lactancia positiva y nacimiento dentro de las 36 semanas previas al momento de la colocación³. Si bien en nuestro estudio no contamos con los datos de lactancia, el período transcurrido desde el nacimiento coincide con nuestros hallazgos. A su vez en este estudio la mayoría de las perforaciones fueron completas y se resolvieron por vía laparoscópica, de la misma manera que en nuestro caso. El estudio de Kaislasuo y col. constituyó también un análisis retrospectivo durante un período de 13 años (1996-2009), que incluyó mujeres que se sometieron a un tratamiento quirúrgico por perforación uterina posterior a la colocación de DIU-Cu o SIU-LNG. En este estudio, se observó que el dispositivo había sido colocado dentro de los 6 primeros meses post-parto en el 55% de los casos⁵. Soydisc y col., quienes realizaron un trabajo que incluyó 21 pacientes

con diagnóstico de DIU en cavidad abdominal durante un total de 4 años analizados (2007-2011), también observaron que en el 81% (n=17) de los casos la colocación se había realizado dentro de los 6 meses del nacimiento⁶. Todos estos resultados coinciden con nuestros hallazgos. Este último estudio tiene la particularidad de que tomó en cuenta el profesional de la salud que realizó la colocación, observando que de todas las perforaciones halladas, el mayor porcentaje había sido llevada a cabo por enfermeras entrenadas y el menor porcentaje por médicos tocoginecólogos, lo que demuestra que el entrenamiento del profesional que lleva a cabo el procedimiento influye en la ocurrencia de esta complicación.

Las fortalezas del presente estudio incluyen la cantidad de años analizados y el hecho de que los DIU fueron colocados por los mismos tres profesionales, con amplia experiencia, lo que excluye uno de los factores de riesgo descriptos. Sin embargo, cabe la posibilidad de que exista algún caso de perforación que haya consultado en otro establecimiento al momento de la complicación, lo que representa una de las debilidades de este estudio.

Conclusiones:

En la muestra estudiada, la inserción del DIU durante el puerperio parecería ser un factor de riesgo de perforación uterina. Dado que la gran mayoría de los casos de perforación uterina hallados durante el periodo analizado fueron dentro de los 13 meses post-parto, y siendo de éstos el 63% de los casos dentro de los primeros 6 meses, parecería existir un mayor riesgo para esta complicación si la colocación se realiza durante este período. Si bien el período post parto no constituye de ninguna manera una contraindicación para la colocación del dispositivo, siendo éste

último un método tan ampliamente utilizado, es importante conocer cuáles pueden ser las posibles complicaciones y qué podemos hacer como profesionales de la salud para evitarlas. Es por esta razón que sugerimos evaluar a cada paciente en particular, teniendo en cuenta los factores de riesgo y extremar las precauciones cuando se trata de una paciente puerpera. Este estudio muestra solamente una tendencia y, debido a que se trata de un evento muy infrecuente, sería necesario realizar estudios de cohorte prospectivos, con mayor tamaño muestral, para confirmar esta observación.





BIBLIOGRAFÍA

1. Caliskan E, Oztürk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8(3):150-5.
2. Zhou L, Harrison-Woolrych M, Coulter DM. Use of the New Zealand Intensive Medicines Monitoring Programme to study the levonorgestrel-releasing intrauterine device (Mirena). *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12(5):371-7
3. Heinemann K, Reed S, Moehner S y col. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91: 274-279
4. van Haudenhoven K, van Kaam KJAF, van Grootheest AC y col. Uterine perforation in women using a levonorgestrel releasing intrauterine system. *Contraception* 2006; 73:257-260
5. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M y col. Intrauterine contraception: incidence and factors associated with uterine perforation—a population-based study. *Human Reproduction* 2012; 27 (9): 2658-2663
6. Soydinc H, Evsen M, Caca F y col. Translocated Intrauterine Contraceptive Device. Experiences of Two Medical Centers with Risk Factors and the Need for Surgical Treatment. *J Reprod Med* 2013; 58 (5-6): 234-40

SALPINGECTOMÍA DE LA OPORTUNIDAD

Salpingectomía de la oportunidad, nuevo enfoque en anticoncepción definitiva

Silvina Moreno

Servicio de Ginecología del Hospital Británico de Buenos Aires.
Silvina-moreno@hotmail.com

El cáncer de ovario es la mayor causa de muerte por cáncer ginecológico en países desarrollados ya que debido a su presentación en estadios avanzados tiene un pobre pronóstico¹.

Los estudios para el manejo de masa anexial tienen una muy baja especificidad. Como sabemos esta patología no tiene un screening útil y su uso está asociado a falsos positivos que llevan a cirugías innecesarias y sus eventuales complicaciones. En los últimos años ha habido muy pocos progresos en el aumento en la sobrevida a pesar de los avances tanto en los tratamientos quimioterápicos como en las técnicas quirúrgicas.

Históricamente se consideró al ovario como el sitio primario de esta patología. La disminución de la incidencia de cáncer de ovario en las pacientes con ligadura tubaria llevó a involucrar por primera vez a las trompas en su patogénesis.

El tipo histológico más común es el seroso de alto grado en el 70% de los casos, seguido de endometrioides (10%), células claras (10%), serosos de bajo grado (4%) y mucinosos (4%)².

El cáncer de ovario no se comporta como una entidad única ya que los distintos tipos histológicos tienen distintos compor-

tamientos biológicos y requieren diferentes estrategias clínicas y quirúrgicas.

En pacientes de alto riesgo ha sido de utilidad la búsqueda de la mutación BRCA1 y 2 ya que el riesgo de cáncer de ovario en las mujeres portadoras es del 40-60% para la mutación de 1 y del 20 al 30% para la del 2.

Hoy en estas mutaciones y en el **Síndrome de Lynch** está recomendada la **salpingooforectomía bilateral** en mujeres con fertilidad cumplida o mayores de 40 años, **lo que da una disminución del riesgo individual de cáncer del 80%.**

En el estudio histológico de las piezas qui-

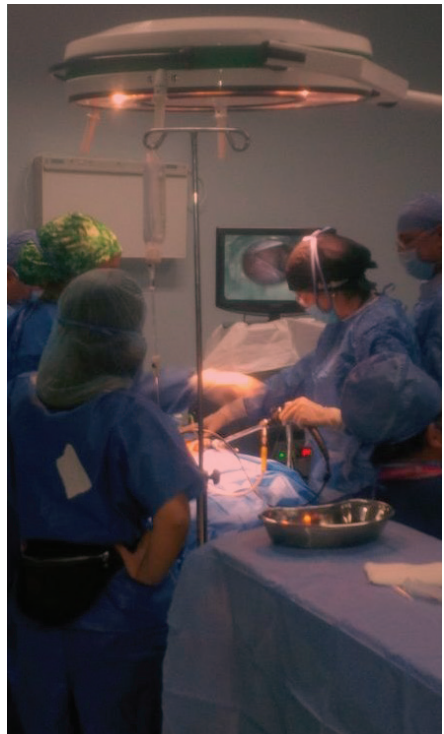
CON ESTAS RECOMENDACIONES PROYECTAN DISMINUIR UN 40% EL RIESGO DE CÁNCER DE CÁNCER DE OVARIO EN 20 AÑOS

rúrgicas de las pacientes de alto riesgo sometidas a esta intervención, en lugar de encontrar las lesiones premalignas esperadas en el ovario se encontraron un 5 a un 15% de lesiones premalignas tubarias, llamadas STIC o STIN (Serous tubal intraepithelial cancer o serous tubal intraepithelial neoplasia) ^{3, 4}.

Luego se demostró la presencia de STICs en el 40 a 60% de las mujeres con carcinomas serosos de alto grado de supuesto origen ovárico o peritoneal⁵.

El protocolo SEE_FIM (Sectioning and Extensively Examining the FIMbria) demostró compromiso tubario en el 75% se los tumores serosos de alto grado⁶. En un 15 a un 30% de los casos no se encontró lesión de la mucosa tubaria y es posible que estos tumores se originen en una metaplasia de la superficie epitelial del ovario o del peritoneo. Dentro de los quistes de inclusión corticales hay tanto epitelio superficial como epitelio cilíndrico tubario y éste podría ser el origen ovárico de los carcinomas serosos de alto grado⁷.

Para pensar a favor del origen tubario de algunos cánceres de ovario tenemos además las siguientes observaciones: en los STICs encontrados en los tumores avan-



zados de ovario se demostró una mutación idéntica de la P53 y que la expresión genética de los tumores serosos de alto grado también se relaciona más con la morfología de la trompa que con la del epitelio superficial del ovario⁸. Los carcinomas serosos de alto grado expresan un marcador mulleriano PAX8 pero no el marcador mesotelial calrenina.

La teoría de la patogénesis del cáncer de ovario involucra a la lesión y reparación incesante del epitelio superficial del ovario originado por la ovulación. Los anticonceptivos orales y el embarazo son considerados factores protectores debido a la disminución del número de ovulaciones y por consiguiente la menor lesión y reparación de las mismas.

El Nurses Health Study aportó el dato de la disminución del riesgo de cáncer de ovario en pacientes con ligadura tubaria cuando ésta se realiza antes de los 35 años; disminución que es mayor para los subtipos endometroide y de células claras, lo que apoya la teoría de que estos tumores pueden relacionarse con el flujo retrógrado de células endometriales. Con esto comenzó la investigación de la teoría de un mecanismo protector diferente para el cáncer ovárico.

Ahora bien, las teorías de la protección dada por el embarazo y los anticonceptivos, entonces parecerían ser una y la de la ligadura otra. Sin embargo se ha elaborado una nueva que explicaría perfectamente que dichos factores actuarían de la

misma forma.

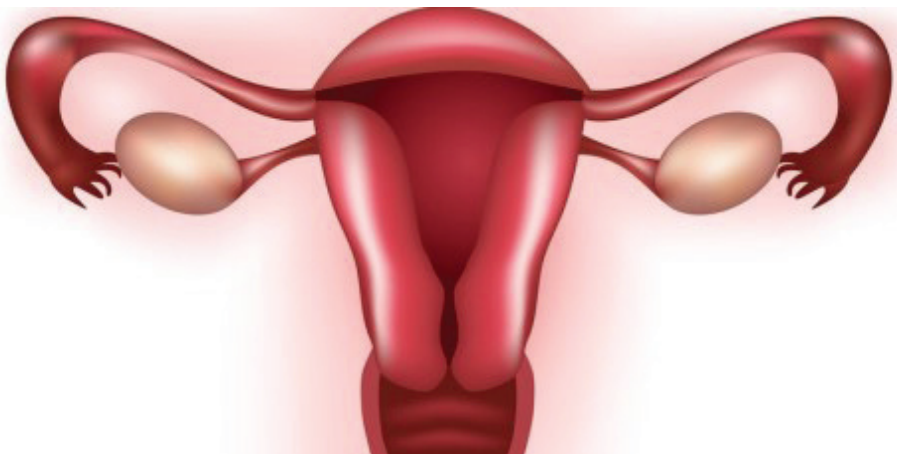
El flujo menstrual retrógrado es rico en factores inflamatorios y citoquinas relacionados con carcinogénesis en otros sitios. La ligadura disminuiría este flujo disminuyendo en mayor proporción los subtipos en que el flujo retrógrado sería la principal causa (endometroide y de células claras). Por otro lado dejaría el epitelio tubario fimbrial sometido durante años a la acción carcinogénica de dichos mediadores.

El efecto protector de los anticonceptivos se debe a la disminución del flujo menstrual retrógrado por la disminución del flujo menstrual en sí mismo y a disminuir los movimientos ciliares tubarios. El embarazo por obstruir el ascenso de factores inflamatorios y disminuir el número de menstruaciones.

El epitelio tubario es seroso, la superficie de la ampolla y las fimbrias es mucho mayor que la del epitelio superficial del ovario lo que aumenta la probabilidad de mutaciones.

Esto constituye uno de los descubrimientos más importantes de la última década de la ginecología oncológica, la teoría de que los tumores serosos del ovario derivan del epitelio tubárico, mientras que los de células claras y endometrioides derivan del tejido endometrial y que migran al ovario por menstruación retrógrada⁹.

Gracias a estos nuevos conocimientos surge entonces la recomendación



de la salpingectomía de la oportunidad, que es una estrategia de prevención primaria del cáncer de ovario en mujeres de bajo riesgo y que consiste en la extracción de ambas trompas en mujeres con otra indicación quirúrgica con fertilidad cumplida o sin plan de uso de sus trompas para ese fin.

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes en las que se aplicaría serían la histerectomía, las ligaduras tubarias y otras cirugías abdominales¹⁰.

Lamentablemente para confirmar los efectos en la disminución real de la incidencia del cáncer de ovario con esta intervención habrá que esperar 10 años para las salpingectomías en ocasión de histerectomías y 20 años para las realizadas a las pacientes con deseo de anticoncepción definitiva, debido a las edades promedio de éstas cirugías y la edad de aparición de cáncer de ovario.

Es un procedimiento que no se asocia a aumento de la morbilidad quirúrgica ni postquirúrgica inmediata. Se ha determinado un aumento del tiempo quirúrgico de 16 minutos en las histerectomías más salpingectomías y de 10 minutos en las salpingectomías en ocasión de ligaduras¹¹. Aunque estudios preliminares no han sido concluyentes existía la preocupación sobre la disminución de la función ovárica debida al daño de la vascularización del meso tuboovárico durante la salpingectomía.

Morelli et al. estudiaron la función ovárica en pacientes histerectomizadas vs histerectomizadas con Salpingectomía bilateral en mujeres premenopáusicas y no encontraron diferencias en valor de FSH, hormona antimulleriana, conteo de folículos antrales, diámetro ovárico promedio y velocidad de pico sistólico en con doppler¹².

Otras ventajas que tiene esta práctica son: menor riesgo de hidrosalpinx posterior, menor riesgo de fallas en la ligadura y de embarazo ectópico posterior.

Para concluir, importantes sociedades científicas se han expedido sobre tema, siendo los siguientes las principales recomendaciones

El American College of Obstetrics and Gynecologists, publica en enero de 2015 el

comité de opinión en práctica ginecológica número 620 donde recomienda que¹³:

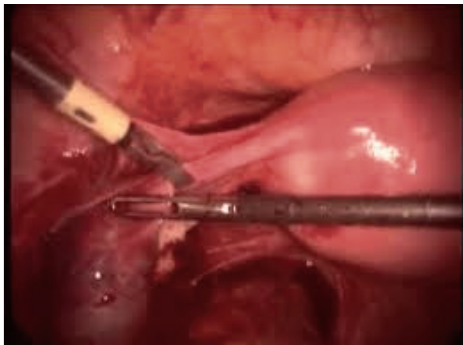
- Los cirujanos y pacientes deben discutir la extracción de las trompas ante la indicación de una histerectomía con preservación de ovarios.
- Cuando se aconseja sobre los métodos laparoscópicos de esterilización se puede comunicar que la Salpingectomía puede considerarse como un método efectivo de anticoncepción.
- Se necesitan estudios randomizados controlados para validar la eficacia de esta práctica en reducir la incidencia del cáncer de ovario.
- Es preferible realizar la Salpingectomía completa y de no ser posible extraer tanto tejido tubario como sea posible desde la fimbria de Richards o en su defecto cauterizarla.
- La vía quirúrgica de esterilización no debería estar influenciada por el beneficio teórico de la Salpingectomía sobre el cáncer de ovario.

La Sociedad de Ginecólogos Oncólogos (SGO) recomienda¹⁴:

En pacientes con mutación de BRCA 1 y 2:

- Salpingooforectomía luego de fertilidad cumplida.
- En caso de querer posponer la menopausia quirúrgica temprana y sus riesgos se puede realizar un procedimiento en dos tiempos, salpingectomía bilateral inicial seguida de ooforectomía, aunque faltan estudios que avalen esta conducta.

En mujeres de bajo riesgo:



- **Considerar la Salpiguetomía en las pacientes con indicación de histerectomía, ligadura tubaria y de cirugía pelviana, en caso de fertilidad cumplida.**
- Solicitar BRCA 1 y 2 a las mujeres con cáncer de ovario.

Con estas recomendaciones proyectan disminuir un 40% el riesgo de cáncer de ovario en 20 años.

El grupo canadiense OVCARE de British Columbia que ha sido pionero en este campo propone el British Columbia Ovarian Prevention Project que consiste en:

- Practicar Salpiguetomía bilateral a las mujeres con indicación quirúrgica de histerectomía o ligadura tubaria que valoren más la prevención del cáncer de ovario que el potencial aumento de la morbilidad.

En nuestro hospital hoy brindamos información actualizada a aquellas pacientes en plan quirúrgico sobre la posibilidad de la Salpiguetomía de la oportunidad y sus beneficios, dándoles la posibilidad de elección, ya que creemos que la inclusión de esta práctica tiene el potencial de reducir la incidencia de carcinoma seroso ¹⁵.



CREEMOS QUE LA INCLUSIÓN DE ESTA PRÁCTICA TIENE EL POTENCIAL DE REDUCIR LA INCIDENCIA DE CARCINOMA SEROSO



REFERENCIAS

1. Quirk JT, Natarajan N. Ovarian cancer incidence in the United States, 1992-1999 *Gynecol Oncol* 2005;97:519-23
2. McCluggage WG. Morphological subtypes of ovarian carcinoma: a review with emphasis on new developments and pathogenesis. *Pathology* 2011;43:420-32.
3. Colgan Tj, Murphy J, Cole DE, Narod S, Rosen B. Occult carcinoma in prophylactic salpingectomy specimens: prevalence and association with BRCA germline mutation status. *Am J Surg Pathol* 2001;25(10):1283-9.
4. Piek JM, van Diest Pj, Zweemer RP, Jansen JW, Poort-Keesom RJ, Menko RH, et al. Dysplastic changes in prophylactically removed fallopian tubes of women predisposed to developing ovarian cancer. *J Pathol* 2001;195(4):451-6.
5. Crum CP, Drapkin R, Miron S. et al. The distal fallopian tube: a new model for pelvic serous carcinogenesis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;109:168-73
6. Medeiros F, Muto MG, Lee Y, Elvin JA, Callahan MJ, Feltmate C, et al. The tubal fimbria is a preferred site for early adenocarcinoma in women with familial ovarian cancer syndrome. *Am J Surg Pathol* 2006;30(2):230-6.
7. Pothuri B, Leitao MM, Levine DA, Viale A, Olshen AB, Arroyo C, et al. Genetic analysis of the early natural history of epithelial ovarian carcinoma. *PLoS One* 2010;5(4):e10358.
8. Carlson JW, Miron A, Jarboe EA, Parast MM, Hirsch MS, Lee Y, et al. Serous tubal intraepithelial carcinoma: its potential role in primary peritoneal serous carcinoma and serous cancer prevention. *J Clin Oncol* 2008;26(25):4160-5.
9. Kurman RJ, Shih Ie M. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. *Am J Surg Pathol* 2010;34;:433-43.
10. Kwon JS, McAlpine JN, Hanley GE, Finlayson SJ, Cohen T, Miller D, Gilks BC, Huntsman DG. Cost and benefits of opportunistic salpingectomy as an ovarian cancer prevention strategy. *Obstet Gynecol* 2015;125:338-45.
11. McAlpine JN, Hanley GE, Woo MM, Tone AA, Rozenberg N, Swenerton KD, et al. Opportunistic salpingectomy: uptake, risks, and complications of a regional initiative for ovarian cancer prevention. *Ovarian Cancer Research Program of British Columbia, Am J Obstet Gynecol* 2014;210:471
12. Morelli M, Venturella R, Mocchiari R, Di Cello A, Rania E, Lico D, D'Alessandro P, Zullo F. Prophylactic salpingectomy in premenopausal low-risk women for ovarian cancer: Primum non nocere. *Gynecol Oncol* 129(2013) 448-451
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion Number 620 Jan 2015.
14. SGO Clinical Practice Statement: Salpingectomy for Ovarian Cancer Prevention. November 2013
15. Kamran M.W, Vaughan D, Crosby D, Wahab N.A, Saadeh F.A, Gleeson N. Opportunistic and interventional salpingectomy in women at risk: a strategy for preventing pelvic serous cancer *Eu J Of Obst & Gynecol and Reprod Biol* 170 (2013) 251-254.

HAZ LO QUE DECIMOS, NO LO QUE HACEMOS:

EXPERIENCIAS DE RELACIONES SEXUALES SIN
PROTECCIÓN REPORTADAS POR MIEMBROS DE
LA SOCIEDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Do as we say, not as we do: experiences of unprotected intercourse reported by members of the Society of Family Planning.

Abigail R.A. Aiken, James Trussell. Office of Population Research, Princeton University, Princeton, NJ 08544-1005, USA .

Contraception 92, Abril 2015

Traducción y comentarios: Dra Elina Coccio

No hay estudios publicados que documenten las experiencias de la conducta sexual de los profesionales de salud reproductiva. A pesar del papel que desempeñan "en la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual" (ITS) las Investigaciones de medicina familiar y psiquiatría se centran en los estilos de vida determinantes de factores de riesgo de enfermedad. Las estrategias preventivas que implican el cambio de comportamiento de la salud han demostrado frecuentes discrepancias entre las recomendaciones de los profesionales de la salud y sus propios comportamientos personales¹⁻³. A la luz de estas brechas documentadas entre las acciones y consejos, los investigadores tratan de examinar las relaciones sexuales sin protección entre los proveedores y los investigadores de salud reproductiva.

En los Estados Unidos, la mitad (51%) de todos los embarazos que se producen cada año son no deseados ⁴ y además, cada año, son diagnosticadas alrededor de 20 millones de nuevas infecciones de transmisión sexual ⁵. Los estudios que intentan medir directamente la prevalencia de relaciones sexuales sin protección varían mucho en tamaño de la muestra, plazos y características de la muestra ⁶. Un estudio de 1.392 mujeres reclutadas de 13 clínicas de planificación familiar en los EE.UU. encontró que el 46% había participado en relaciones sexuales sin protección en los últimos 3 meses ⁷. Por otra parte, los datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar 2006-2010 en EE.UU. muestran que el 11% de las mujeres con riesgo de embarazo no deseado no estaban utilizando ningún método anticonceptivo ⁸.

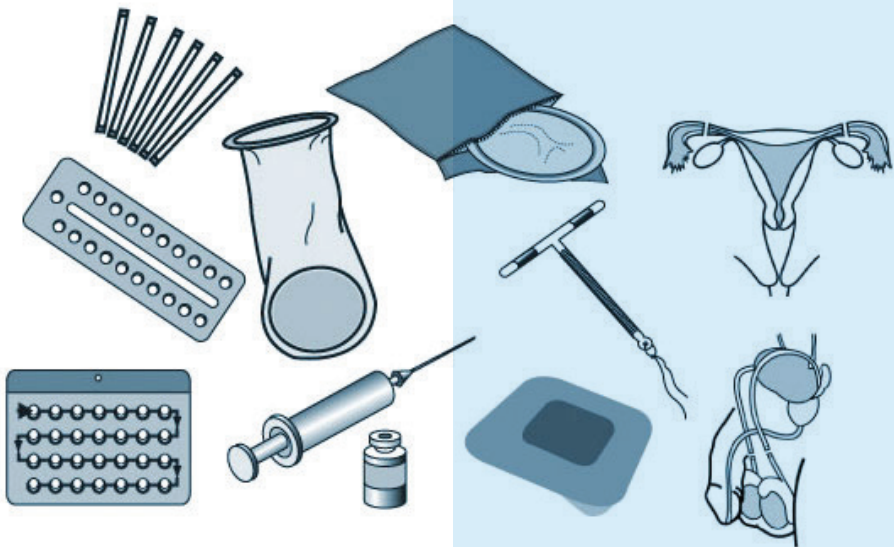
Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han reconocido muchos enfoques para reducir al mínimo los riesgos de la conducta sexual, incluidas las estrategias de reducción de daños ⁹. Este trabajo se centra en la

orientación para reducir al mínimo los riesgos de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (que se describen en las Guías de Recomendaciones para el uso de Anticonceptivos en EE.UU). ¹⁰⁻¹²

Para prevenir las ITS, se recomienda el uso correcto y consistente de condones (u otras barreras como barreras dentales) con todos los contactos sexuales, para todos los episodios de sexo vaginal, anal u oral fuera de una relación mutuamente monógama con una pareja no infectada ^{10,11}.

Para evitar el embarazo no deseado, se recomienda el uso correcto y consistente de un método anticonceptivo apropiado en cada acto sexual. ¹²

El objetivo específico de este estudio es explorar las experiencias recientes y pasadas de relaciones sexuales sin protección en una muestra de profesionales de la salud reproductiva con experiencia en planificación familiar. Examinamos las relaciones sexuales sin protección que conllevan un riesgo de embarazos no deseados y relaciones sexuales sin protección





con riesgo conocido o potencial de ITS para la pareja. Evaluamos la prevalencia de cada tipo de relaciones sexuales sin protección en el pasado año (es decir, la prevalencia de vida y el período de prevalencia en los últimos 12 meses), la frecuencia con que se produjo cada episodio, la edad a la primera ocurrencia, y la razón de por qué se toman tales riesgos. Durante los meses de mayo y junio de 2014, se invitó a los 477 miembros de la Sociedad de Planificación Familiar (SFP), la Sociedad Estadounidense de los Profesionales de la Salud Reproductiva, para participar en una encuesta on line y anónima examinando sus experiencias de vida y las experiencias sexuales sin protección durante el último año. Los miembros de la SFP son profesionales de la salud clínicos o académicos cuyas carreras están dedicadas al estudio científico de la planificación familiar. Participaron tanto aquellos que completaron su formación como los que están en los programas de formación en curso.

EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS QUE IMPLICAN LA REDUCCIÓN DE DAÑOS, COMO LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL, Y OTRAS PRÁCTICAS DESTINADAS A FOMENTAR EL SEXO SEGURO AYUDARAN A LOGRAR DICHA META

Se administró la encuesta utilizando soft-ware de encuestas Qualtrics y se enviaron invitaciones por correo electrónico, con un documento de consentimiento informado y se incluyó un enlace de la encuesta en línea. Después de revisar la información del estudio, los participantes dieron su consentimiento por vía electrónica. Se obtuvieron respuestas de 70% de los miembros (340/477). Debido a que la SFP no recopila información demográfica detallada sobre sus miembros, la comparación de las características demográficas de la población de estudio de no fue posible.

A los participantes se les preguntó si habían experimentado alguna vez o en el transcurso del último año, cuatro tipos

diferentes de relaciones sexuales sin protección:

- (1) relaciones sexuales que impliquen un riesgo de embarazo no deseado.
- (2) relaciones sexuales que impliquen un riesgo potencial de infecciones de transmisión sexual para sí.
- (3) relaciones sexuales que impliquen un riesgo conocido de ITS para sí.
- (4) relaciones sexuales con un riesgo conocido o potencial de transmisión de las ITS a la pareja.

La primera categoría está motivada por la "Healthy People 2020", meta nacional de la prevención del embarazo no deseado ¹³ y en nuestro estudio se refiere a las relaciones sexuales vaginales, donde la pareja femenina es postmenárquica y premenopáusica sin utilizar ningún método anticonceptivo cuando no se pretende embarazo.

Para tener bien documentadas las prácticas sexuales se contempló el iniciar las relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo con posterior detenimiento para empezar a utilizar un método ^{14,15} y el potencial contenido de espermatozoides del líquido preeyaculatorio con respecto al riesgo de embarazo no deseado ¹⁶, se interrogó acerca del riesgo de ambas prácticas: "completas" y "parciales" para cada categoría de relaciones sexuales sin protección.

Se definió riesgo "Completo" al riesgo de embarazo no deseado post coito vaginal con eyaculación sin utilizar ningún método anticonceptivo, cuando no se pretende

un embarazo.

Y riesgo "Parcial" se refiere a la situación en la que se inicia el coito vaginal sin utilizar ningún método de protección, y posteriormente se detiene para usar un método, cuando no se pretende el embarazo (por ejemplo, a partir de relaciones sexuales sin condón y luego colocarse uno previo a la eyaculación). Debido a que la retirada o coito interrumpido se considera un método anticonceptivo pero también se ajusta a la definición de comenzar las relaciones sexuales vaginales sin usar protección, se realizó una pregunta adicional acerca de haber tenido relaciones sexuales vaginales mediante el coito interrumpido como único método de protección cuando no se pretende embarazo. Las tres últimas categorías se basan en la categorización epidemiológica estándar de parejas como discordante, desconocido, o concordante con respecto al estado



ITS.

Se definió como Riesgo potencial de infecciones de transmisión sexual a haber tenido sexo vaginal, anal u oral sin usar ningún método de protección cuando el encuestado estaba libre de ITS, pero el estado de ITS de la pareja era desconocido (es decir, pareja desconocida).

Se definió como Riesgo conocido de las ITS a haber tenido sexo vaginal, anal u oral sin usar ningún método de protección cuando el encuestado era libre de ITS, pero la pareja se sabía portador de una ITS (es decir, pareja discordante infectada).

relación sexual.

Entre los participantes que habían experimentado algún tipo de contacto sexual sin protección, preguntamos cuántas veces había ocurrido esto en el último año, la edad de los participantes en la primera vez, y las razones por las cuales no se utilizó ninguna protección, con categorías de respuestas basadas en investigaciones anteriores que examinaron las razones de relaciones sexuales sin protección, en CDC, Evaluación de Riesgos de Embarazo, Sistema de Monitoreo y otras encuestas más pequeñas^{18,19}.

Los encuestados podían elegir tantas



Riesgo Conocido o posible, al riesgo de infecciones de transmisión sexual al haber tenido sexo vaginal, anal u oral sin utilizar ningún método de protección cuando el encuestado se sabía portador de una ITS o desconocía su estado frente a ITS, mientras que la pareja era-ITS libre (es decir, auto-discordantes infectada o desconocido). También, se distinguió entre el coito "total" sin protección, en donde no se utilizó ningún método de protección (en absoluto), durante toda la actividad sexual y "total o parcial" a las relaciones sexuales sin protección, donde no se haya utilizado ningún método en absoluto o que se introdujo un método en una etapa posterior, después de haber iniciado la

razones como las listadas y también incluir otras razones que no fueron listadas como opciones de respuesta. La información demográfica básica (edad, sexo, etnia, orientación sexual, y escolaridad) también fue recogida.

Se calcularon las frecuencias en que los encuestados experimentaron cada tipo de relaciones sexuales sin protección (ambas, nunca y en el último año), el porcentaje según el tipo, la media para la edad en la primera vez, y el porcentaje de informes para cada razón por la cual no utilizaron ningún tipo protección.

La muestra fue predominantemente femenina (90%), heterosexual (89%) y de etnia blanca (80%). Poco más de la mitad

(54%) tienen entre 35 y 49 años, un 29% con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años. El setenta por ciento posee un título de médico; 48%, un "master of public health" (MPH); y el 19%, un doctorado.

El 46% de los encuestados tuvieron relaciones sexuales vaginales sin protección aún no buscando un embarazo, 7% en el último año. El 60% había tenido relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección con una pareja cuyo estado ITS era desconocido, 12% en el último año.

4% de los encuestados manifestaron haber mantenido relaciones sexuales desprotegidas con una pareja que presentaba una ITS. Y un 8% mantuvo relaciones sexuales con una pareja libre de ITS cuando ellos mismos se encontraban curando una ITS o desconocían su status.

del momento", la influencia de alcohol o drogas, el no disponer de un método anticonceptivo fácilmente accesible o ser demasiado "joven y carecer de suficiente información".

Estos encuestados tomaron más riesgo sexual que los adultos jóvenes, tal vez antes de que se conviertan en profesionales de la salud o mientras estaban en formación. Si bien no existen cifras exactamente comparables para la población general, los hallazgos son consistentes con la evidencia de que las tasas de embarazos no deseados y la incidencia y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual son especialmente altas entre los adultos jóvenes^{4,5,20}, y que relaciones sexuales sin protección son comunes entre los grupos de edad más jóvenes. De acuerdo con la encuesta 2014 del Día Mundial de la Anticoncepción de Bayer Healthcare, en don-

(...)AYUDAR A CERRAR LA BRECHA ENTRE LO QUE IDEALMENTE SE ESPERA, BASADO EN LAS DIRECTRICES Y LO QUE SUELE SUCEDER EN LA VIDA REAL

Entre los participantes que nunca han experimentado cada tipo de relaciones sexuales sin protección, la edad de la primera relación que lleva un riesgo de embarazo no deseado y la edad de la primera relación que lleva un riesgo potencial de infecciones de transmisión sexual son similares (media = 21, modo = 18 y 19, respectivamente).

Entre la muestra de profesionales de salud reproductiva con experiencia en planificación familiar, se observó que es común no haber prevenido los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, mientras que en el último año es raro pero no inexistente.

Los que reportaron los dos tipos más comunes de riesgos – (relaciones sexuales sin protección que conlleva un riesgo de embarazo no deseado o con un compañero cuyo estado ITS era desconocido) – lo hicieron a edades más tempranas y en circunstancias que implicaban "el calor

de participaron 13.986 adultos jóvenes de entre 10 y 30 años, realizada en 35 países, el 44% de los encuestados reportaron haber tenido relaciones sexuales con una nueva pareja sin utilizar métodos anticonceptivos²¹. Además, un estudio de 326 estudiantes universitarios en los EE.UU. encontró que el 23% de las mujeres sexualmente activas no utilizó anticoncepción en los últimos 12 meses²².

El uso del método imperfecto (medido a través del coito "parcialmente sin protección") también fue frecuente entre los encuestados que por otro lado no contemplaron el riesgo con respecto a los embarazos no deseados. También es posible que algunos de los encuestados fueran ambivalente acerca de evitar la concepción²³, y aunque no hubieran tratado activamente de quedar embarazada, es posible que no haya tratado de evitar el embarazo.²⁴

En menor proporción se reportaron con-

tactos sexuales con una pareja infectada conocida o con riesgo de una ITS a edades más avanzadas, y por razones que parecían implicar una elección deliberada, como no querer utilizar un método anticonceptivo o la percepción de que el riesgo de transmisión de ITS es muy bajo. Las explicaciones para estos patrones entre los encuestados de la muestra incluyen la posibilidad de que tales escenarios podrían más comúnmente ocurrir en las relaciones donde las parejas son conscientes de la situación de cada uno en relación a ITS y / o que la mayoría de estos eventos participan ITS, donde el riesgo de transmisión se reduce a cierto tiempo limitado (por ejemplo, virus del herpes simple). También es posible que se hayan sometido a pruebas de ITS y que ya supieran la condición propia o de la pareja en relación a las mismas. Esto es más frecuente en edades avanzadas ya que dadas sus características demo-

gráficas, los encuestados de la muestra perciben un riesgo relativamente bajo de transmisión de ITS entre sus contactos sexuales²⁵.

Este estudio se basó en una muestra de profesionales e investigadores que se desempeñan en salud reproductiva de una única sociedad profesional en los EE.UU. y por lo tanto pueden no ser generalizables a profesionales de la salud reproductiva a nivel nacional o en otros ambientes. La muestra también fue abrumadoramente de etnia blanca, género femenino, y heterossexual, sub-representando a las minorías, lo que limita aún más la extensión de los resultados a otros contextos. Este estudio se basó en auto-informes de experiencias sobre temas personales y potencialmente sensibles y por lo tanto los resultados pueden verse afectados por el sesgo de deseabilidad social, el sesgo de recuerdo, u otros sesgos de auto-informes.



A pesar de estas limitaciones, los resultados representan una nueva contribución al conocimiento de los patrones de comportamiento en relación al coito sin protección.

Tales comportamientos no han sido previamente estudiados entre los profesionales de la salud, y mientras algunos de los encuestados de la muestra han tenido comportamientos de riesgo sexual, la proporción en que asumen riesgo es sustancial. Los resultados sugieren que cuando se asesora a los pacientes sobre el sexo seguro o el diseño de programas de educación para reducir los embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, los médicos y los investigadores debieran reflexionar y aprovechar sus propias experiencias pasadas de relaciones sexuales sin protección y el uso imperfecto de la anticoncepción.



Esta reflexión que ocurre entre algunos profesionales de la salud, sería útil para documentar estas experiencias que pueden ayudar a cerrar la brecha entre lo que idealmente se espera, basado en las directrices y lo que suele suceder en la vida real. La creación de vías para una mejor medición de los comportamientos e impulsar el desarrollo de estrategias que impliquen la reducción de daños, como la entrevista motivacional, y otras prácticas destinadas a fomentar el sexo seguro ayudarán a lograr dicha meta.





BIBLIOGRAFÍA

1. Helfand BK, Mukamal KJ. Healthcare and lifestyle practices of healthcare workers: do healthcare workers practice what they preach? *JAMA Intern Med* 2013;173(3):242-4.
2. Gardner M, Ogden J. Do GPs practice what they preach?: a questionnaire study of GPs' treatments for themselves and their patients. *Patient Educ Couns* 2005;56(1):112-5.
3. Schoener GR. Do as I say, not as I do. *Prof Psychol Res Pract* 2007;38(6):610-2.
4. Finer LB, Zolna MR. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008. *Am J Public Health* 2014;104(Suppl1):S43-8.
5. Satterwhite CL, Tortone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis* 2013;40:187-93.
6. Paterno MT, Jordan ET. A review of factors associated with unprotected sex among adult women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012;41(2):258-74.
7. Biggs MA, Karasek D, Foster DG. Unprotected intercourse among women wanting to avoid pregnancy: attitudes, behaviors, and beliefs. *Womens Health Issues* 2012;22(3):e311-8.
8. Jones J, Mosher W, Daniels K. Current contraceptive use in the United States, 2006-2010, and changes in patterns of use since 1995. *Natl Health Stat Report* 2012;60:1-5.
9. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet* 2006;366(9503):2123-34.
10. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-4):1-6.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Tips for using condoms and dental dams. Available at http://www.hiv.va.gov/patient/daily_sex/condom-tips.asp [Accessed December 19, 2011].
12. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2013. *MMWR Recomm Rep* 2013;62(RR-05):1-0.
13. HealthyPeople.gov, Healthy People 2020, Family planning objectives. Available at <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/family-planning2011> [Accessed February 19, 2015].
14. Warner L, Clay-Warner J, Boles J, Williamson J. Assessing condom use practices: implications for evaluating method and user effectiveness. *Sex Transm Dis* 1998;25(6):273-7.

- 15.** Sanders SA, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby RA, Graham CA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. *Sex Health* 2012;9(1):81-95.
- 16.** Killick SR, Leary C, Trussell J, Guthrie KA. Sperm content of preejaculatory fluid. *Hum Fertil* 2011;14(1):48-52.
- 17.** Guthrie BL, Kiarie JN, Morrison S, John-Stewart GC, Kinuthia J, Whittington WL, et al. Sexually transmitted infections among HIV-1 discordant couples. *PLoS One* 2009;4(12):e8276.
- 18.** Nettleman MD, Chung H, Brewer J, Ayoola A, Reed PL. Reasons for unprotected intercourse: analysis of the PRAMS survey. *Contraception* 2007;75(5):361-6.
- 19.** Ayoola AB, Nettleman M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. *J Women's Health* 2007;16(3):302-10.
- 20.** Miller WC, Ford CA, Morris M, Handcock MS, Schmitz JL, Hobbs MM, et al. Prevalence of chlamydial and gonococcal infections among young adults in the United States. *JAMA* 2004;291(18):2229-36.
- 21.** BayerFactsonContraception. Available at, <http://www.your-life.com/en/sex-talk/facts-on-contraception/> [Accessed December 19, 2014].
- 22.** Huber LRB, Ersek JL. Contraceptive use among sexually active university students. *J Women's Health* 2009;18(7):1063-70.
- 23.** Higgins JA, Popkin RA, Santelli JS. Pregnancy ambivalence and contraceptive use among young adults in the United States. *Perspect Sex Reprod Health* 2012;44(4):236-43.
- 24.** Foster DG, Higgins JA, Biggs MA, McCain C, Holtby S, Brindis CD. Willingness to have unprotected sex. *J Sex Res* 2012;49(1):61-8.
- 25.** Hogben M, Leichter JS. Social determinants and sexually transmitted disease disparities. *Sex Transm Dis* 2008;35(12):S13-8.



EL PROYECTO CHOICE, LA REVISIÓN

Preventing Unintended Pregnancy:
The Contraceptive CHOICE Project in Review
Journal of Women's Health Volume 24, Number 5, 2015

Natalia E. Birgisson, BS, Qihong Zhao, MS, Gina M. Secura, PhD, MPH,
Tessa Madden, MD, MPH, and Jeffrey F. Peipert, MD, PhD

Traducción y comentarios:

Dra Cecilia Martinez (ceciliamartinez_09@yahoo.com.ar)

Dra Lía Arribas

A pesar de los adelantos científicos, en Estados Unidos alrededor del 51% de todos los embarazos son no planificados y esta cifra viene repitiéndose a lo largo de los años sin presentar grandes avances en la reducción de la misma. El 40% de estos embarazos terminan en una interrupción voluntaria. Una de cada 3 muertes maternas podría ser evitada a través de la utilización de los métodos anticonceptivos modernos al retardar la edad del primer embarazo, espaciar los nacimientos y evitar los embarazos no planificados y abortos.

Los métodos anticonceptivos reversibles y de larga duración (long acting reversible contraceptives- LARC) como el DIU de cobre (dispositivo intrauterino), el LNG SIU (sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel) y el implante subdér-

mico están diseñados para minimizar los errores de la usuaria como los olvidos de las píldoras anticonceptivas o la falla en el uso del condón. Por otro lado las tasas de efectividad de estos métodos son cercanas al 99%, en parte debido a que el uso típico se iguala al uso perfecto. A pesar de la disponibilidad de los LARCs, menos del 10% de las mujeres en EEUU utilizan el DIU, en parte por los mitos instalados entre la comunidad médica y en la población general relacionados con la infección e infertilidad. Las mujeres y en especial las adolescentes experimentan múltiples barreras para acceder a un método anticonceptivo como los altos costos, o información limitada o insuficiente durante la consulta.

El proyecto CHOICE sobre elección de anticonceptivos tuvo como propósito evaluar la utilización de los LARCS con el objetivo de reducir los embarazos no planificados y abortos a repetición. A tal fin se llevó a cabo un estudio prospectivo, de cohorte, observacional, que involucró a más de 9000 mujeres en la región St. Louis, Estados Unidos, entre Agosto de 2007 y Septiembre de 2011. Las mujeres elegibles a participar del estudio:

- 1) Debían tener entre 14 y 45 años de edad
- 2) Residentes de la región de St. Louis,
- 3) De habla inglesa o española,
- 4) Interesadas en un método anticonceptivo reversible y no desear embarazo en los próximos meses,



LAS MUJERES Y EN ESPECIAL LAS ADOLESCENTES EXPERIMENTAN MÚLTIPLES BARRERAS PARA ACCEDER A UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO COMO LOS ALTOS COSTOS, O INFORMACIÓN LIMITADA O INSUFICIENTE DURANTE LA CONSULTA

- 5) ser sexualmente activas o con al menos una pareja sexual en los últimos seis meses,
- 6) no tener ningún método anticonceptivo o valorar utilizar uno nuevo reversible.

Se realizó el reclutamiento en clínicas universitarias, consultorios médicos, clínicas de abortos, consultorios comunitarios proveedores de anticoncepción, obstetricia y ginecología. Se les brindó a las 9256 mujeres que participaron, consejería estandarizada por asesores capacitados con presentación de todos los métodos reversibles disponibles de mayor a menor eficacia, con sus posibles efectos secundarios, beneficios y riesgos asociados a su uso. Se evacuaron, también, dudas que pudieron presentar las participantes. Luego en el proyecto, se entregó el anticonceptivo reversible elegido por cada una de ellas sin costo por el período de 2-3 años. **De esta manera, se logró eliminar las principales barreras para una anticoncepción eficaz: costo, educación y accesibilidad.** A las participantes se les elaboró una breve historia clínica que permitiese descartar contraindicaciones para el uso del método elegido por cada una. Además, se informó sobre el uso de condones y se entregaron gratuitamente, ya que ningún otro método previene las infecciones de transmisión sexual. Las participantes podían en cualquier momento cambiar de método según



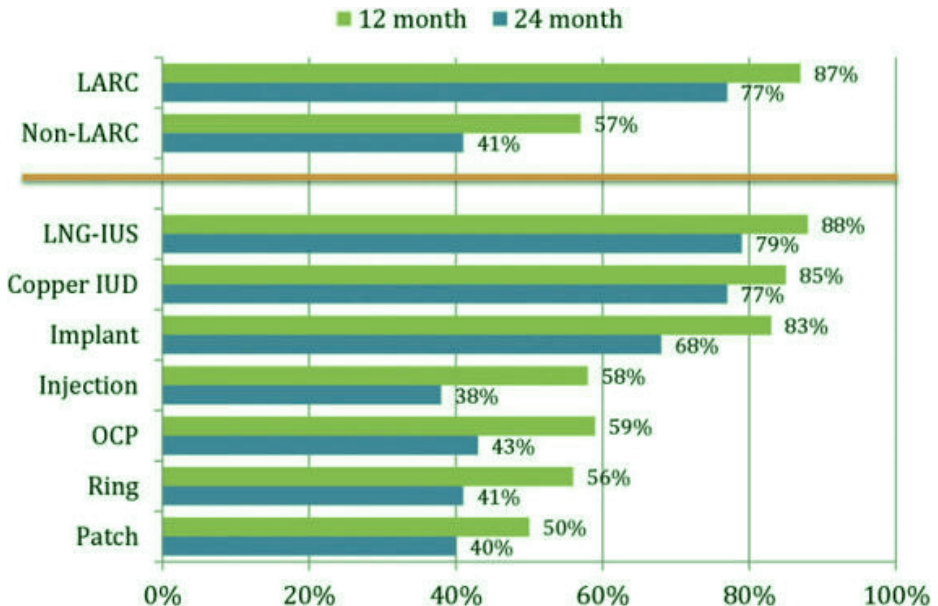
lo desearan. Se llevaron a cabo entrevistas telefónicas a los tres y seis meses de iniciado el proyecto, y luego cada seis meses, con el fin de obtener información acerca de la continuidad al método, la satisfacción, efectos secundarios presentados, como así también se interrogó sobre el comportamiento sexual (número de parejas sexuales masculinas, frecuencia del coito en los últimos 30 días)

El **75% de las participantes optó por un LARC** (DIU con levonorgestrel 46% o de cobre 12%, implante subdérmico 17%), el mayor porcentaje se registró en las mujeres mayores de 25 años (79%), mientras que en las mujeres entre 14-25 años un 69% había elegido un anticonceptivo de larga duración.

LARC fue mayor a los 12 y 24 meses con respecto a las no usuarias de LARC, esto se refleja a los 12 meses en un 87 % vs. 57 %, mientras que a los 2 años 77 vs 41 % para usuarias LARC y usuarias no LARC respectivamente. También entre las adolescentes fue mayor la continuidad tanto al año como a los 24 meses siguientes al inicio del uso de anticonceptivos de larga duración comparado con el grupo de no LARC. No se comprobó mayor riesgo en el comportamiento sexual al proporcionar LARC, no hubo un aumento en el número de parejas sexuales en las usuarias ni de infecciones de transmisión sexual. Además, **se ha logrado disminuir la tasa de abortos** entre 2006 y 2010 en la región de St. Louis en comparación con otros estados.

La continuidad en las usuarias con Los métodos anticonceptivos reversibles

GRAFICO 1



de larga duración a diferencia de las píldoras orales o las inyecciones, permiten a la mujer no tener que pensar diariamente o mensualmente, en el anticonceptivo, otorgándole, a la vez, una eficacia cercana al 99% en su uso. Los resultados se traducen, también, en una mejora en los costos sanitarios al abordar un importante problema para la salud pública como lo es el embarazo no deseado.

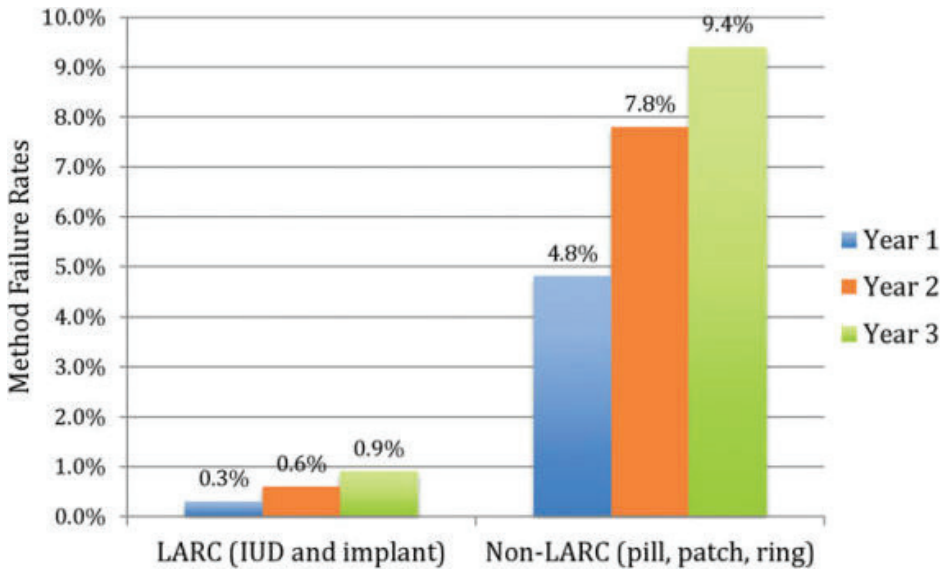
El gráfico 2 refleja la tasa de fracaso al año, a los dos años y a los tres años del método anticonceptivo empleado LARC y no LARC.

Dra Cecilia Martinez
ceciliamartinez_09@yahoo.com.ar
Dra Lia Arribas

El gráfico 1 muestra la continuidad del método anticonceptivo LARC y no LARC a los 12 y 24 meses desde su inicio

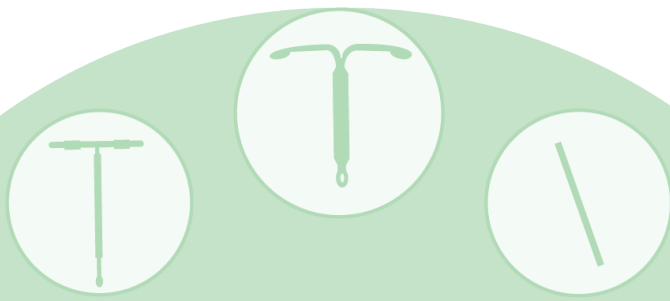


GRAFICO 2





EL PROYECTO CHOICE SE CENTRÓ EN ELIMINAR LAS TRES PRINCIPALES LIMITANTES QUE PRESENTA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS: LOS COSTOS, LA INFORMACIÓN LIMITADA O INEXISTENTE (EDUCACIÓN) Y EL ACCESO A LOS MISMOS, COMPROBANDO QUE MEDIANTE UN ASESORAMIENTO INTEGRAL DE LAS MUJERES SE PUEDE CONSTRUIR UNA ESTRATEGIA CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS RENTABLES EFICACES Y DE CALIDAD EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.





A.M.A.d.A.

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Diseñado por DoxaDesign.com.ar