



A.M.A.d.A.

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Comisión Directiva

2016 - 2017

Presidente:

Dra. Silvia Ciarmatori

Vicepresidente:

Dra. Gabriela Kosoy

Secretaria:

Dra. Silvina Pradier

Tesorera

Dra. Lía Arribas

Vocales Titulares:

Dr. Branca, Damián

Dra. Daldevich, Dora

Dra. Escobar de Fernández, Ma.
Eugenia

Dra. Labovsky, Marisa

Dra. Martínez, María Alejandra

Dra. Moltoni, María Elisa

Dra. Moggia Susana

Dra. Ricover, Laura

Dra. Riopedre, Patricia

Dra. Tablado, Analía

Dra. Belén Provenzano

Vocales Suplentes:

Dra. Lorena Bozza

Dra. Elina Coccio

Comisión Revisora de Cuentas:

Titular:

Dra. Claudia Diez Beltrán

Suplente:

Dra. María Laura Lovisolo

Comisión Científica:

Coordinadora:

Dra. Lucía Katabian

Dra. Carlota López Kaufman

Dra. Eugenia Trumper

Dra. Inés de la Parra

Dra. Silvia Oizerovich

Dra. Gabriela Perrotta

Lic. Hilda Santos

Dr. Julio Seoane

Dra. Sandra Vázquez

Dra. Graciela Ortiz

Lic. Ana Tropp

Comité Editorial:

Directora de Publicaciones:

Dra. María Elisa Moltoni

Comité Editorial Nacional:

Dra. Lorena Bozza

Dra. Mariela Orti

Dra. María Laura Lovisolo

Dra. Lía Arribas

Comité Editorial Internacional:

Dr. Luis Bahamondes (Br)

Dra. Selva Lima (Ur)

Dr. Agnaldo Silva hj (Br)

Dra. Josefina Lira (Ven)

Dr. Juan Acuña (USA)

Dr. Johannes Bitzer (Switz)

Dr. Joaquín Calaf Alsina (España)

Dra. Mark Yvone Arsenault (Can)

Dra. Isabel Ramírez Polo (Esp)

Página Web

Dra. Agustina Starvaggi

Dra. Natalia Jacod

Dra. Jimena de Cos

Dra. Lorena Bozza

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 Ciarmatori

Presidente

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

Volumen 1. Número 14. Año 2016

Editorial

Dra. Silvia Ciarmatori **PÁG.04**

Trabajos originales

• Anticoncepción: ¿se modifica durante el puerperio?
*Dra. María Laura Lovisolo,
Dra María Clara di Nunzio* **PÁG.07**

• Elección de métodos anticonceptivos y frecuencia de uso de implante subdérmico en adolescentes que concurren al consultorio de adolescencia del Hospital Felipe Luccini, provincia de Córdoba, entre Enero y Julio de 2015
Dra. Ana Carolina Castillo, Dra. Marcela Moriena, Lic. Graciela Gorosito, Dra. Patricia Jiménez. **PÁG. 14**

Actualizaciones

• La interrupción legal del embarazo en el derecho argentino.
Dr. Vadim Mischanchuk **PÁG. 25**

• Sexualidad y anticoncepción hormonal: impacto de la anticoncepción sobre la sexualidad.
Dra. Patricia Granja **PÁG. 31**

Comentarios bibliográficos

• Tamizaje para Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae basado en factores de riesgo, previo a la colocación de dispositivo intrauterino.
Dra. María Elisa Moltoni **PÁG.39**

• Relación entre el nivel de etonorgestrel y el IMC en mujeres utilizando el implante contraceptivo por más de un año
Dra. Mariela Orti **PÁG.45**

EDITORIAL

Estimados amigos:

Iniciamos un nuevo período de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción; una sociedad relativamente joven, que fue fundada a fines de los años '90, por un grupo de ginecólogos notables, con el propósito de construir un espacio de estudio, reflexión y acción sobre temas vinculados al proceso normal de la concepción humana y su control. En aquel entonces, se definieron 3 objetivos:

- Generar creciente interés en el tema anticoncepción.
- Difundir y promover conocimientos científicos en ámbitos médicos y otros.
- Asistir a los medios de difusión proveyendo información científica en el tema anticoncepción cuando correspondiese

El primer presidente fue el Dr. Carlos Gurucharri; yo ingresé a la sociedad algunos años más tarde invitada por la Dra. de la Parra, a quien agradezco enormemente por haber estimulado en mí el interés por la anticoncepción. Debo confesar que en aquel momento entendía que trabajar en anticoncepción se limitaba a ayudar a elegir un método a las pacientes que por ello consultaran; informarles sobre las características del método, cómo usarlo y evaluar que no existieran contraindicaciones para su uso... y como mucho, contarles los efectos adversos.

Sin embargo, al ingresar a la sociedad, el involucrarme en las diferentes actividades que se proponían (escribir el Tratado de Anticoncepción; ocuparnos de la organización de los cursos presenciales, los talleres y las normatizaciones, las jornadas conjuntas con otras sociedades, etc, etc...) me obligó a profundizar en el tema y a reconocer que la visión inicial, simplis-

ta, que tenía de la anticoncepción estaba errada. Para hacer bien anticoncepción había que estudiar mucho, leer mucho, investigar... Por aquella época, los criterios de elegibilidad elaborados por la OMS habían sido publicados hacía poco tiempo y la versión original era mucho más escueta que la actual; con lo cual, decidir y asesorar a una paciente sobre el uso de determinado método anticonceptivo en una situación especial, en determinadas patologías crónicas implicaba en ocasiones leer y hacer una vasta revisión del tema... y eso realmente me atrapó.

Acorde a los objetivos propuestos en su fundación, la sociedad en aquellos años tuvo una intensa actividad docente. La aparición de nuevos métodos, nuevas vías de administración, nuevas moléculas dentro de la anticoncepción hormonal, nos obligaba a estar en permanente actualización, para poder ofrecer las nuevas y viejas alternativas a nuestras pacientes. De alguna manera la mayoría de nosotros teníamos puesto el foco en aprender a usar, a asesorar, a ver los pros y los contras en las novedades anticonceptivas. Obviamente lo nuevo siempre ejerce una especie de fascinación y claramente nos entusiasmaba contar con más opciones para los usuarios.

Otro tema en el que se trabajó arduamente en esa época fue en derribar mitos. Si bien los mitos abundan en casi todas las ramas de la medicina, probablemente la anticoncepción debe ser una de las que se lleva los laureles. Estos mitos, que se transmiten generalmente en forma oral

de generación en generación y que no tienen ningún sustento científico, pero que son considerados verdades absolutas por muchos profesionales, no hacen más que dificultar el acceso a la anticoncepción, levantando barreras con falsos conocimientos, estigmatizando negativamente a los métodos anticonceptivos. Y aunque obviamente era importante derribar los mitos en la comunidad, en nuestras pacientes, los que más nos preocupaban eran aquellos establecidos dentro de la propia comunidad médica. Y por eso, era un claro objetivo de la Sociedad ayudar a los médicos, mediante la formación médica continua y las actualizaciones, a desterrar los mitos. Como decía el segundo objetivo, debíamos trabajar "difundiendo y promoviendo conocimientos científicos en ámbitos médicos y no médicos". De la mano de esta actividad, también nos ocupamos de otra tarea: cambiar el paradigma de muchos médicos sobre la forma de administrar la anticoncepción a los usuarios. Efectivamente, debíamos enseñar a pasar del modelo de medicina paternalista, en donde el médico decidía que método anticonceptivo debía utilizar el paciente, a un modelo en el que médico debe analizar la situación clínica de la paciente, brindar el mayor nivel de información en términos comprensibles sobre las diferentes alternativas, para que la paciente y su pareja puedan hacer una elección informada del método. Y esto que parece una verdad de Perogrullo, no resultaba ni resulta tan así, porque cuando se habla de anticoncepción, es frecuente que prevalezcan los prejuicios y los preconceptos, y se antepongan las valoraciones personales al co-

nocimiento científico.

El desarrollo de esta actividad, fundamentalmente docente, se daba en paralelo con la aprobación del programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) (2002 la Ley, 2003 el Programa). Este hecho, que podríamos considerar un hito en la historia de la anticoncepción en la Argentina, fue fruto de muchos años de luchas de distintos sectores de la sociedad, que a partir de diferentes acciones políticas pudieron establecer los marcos sociales, para que desde el Estado se generaran programas y políticas públicas en la materia.

En esta lucha participaron algunos miembros de nuestra Sociedad que empezaron a entender que ocuparse de anticoncepción no podía limitarse a la formación científica de los médicos. Debíamos ampliar nuestros objetivos: ocuparnos de generar acciones que promovieran la salud sexual y reproductiva. Obviamente que debíamos difundir y enseñar los temas específicos de la anticoncepción, pero también debíamos ocuparnos de promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social, para poder así mejorar la estructura de oportunidades, en el campo de la salud sexual. Y la realidad es que los médicos no sienten o no nos sentimos demasiados cómodos cuando nos sacan de los temas de diagnóstico y tratamiento, de las drogas, de las dosis y los miligramos. Afortunadamente, algunos miembros de nuestra Sociedad sí se comprometieron con estos objetivos más amplios y "se pusieron la camiseta"

para luchar por los derechos. La labor de todos estos colegas fue ardua, intensa y no exenta de obstáculos. A todos ellos, mis felicitaciones. Y dentro de este grupo quiero destacar especialmente a la Dra. Silvia Oizerovich, que por su trayectoria acaba de ser nombrada Directora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, junto a la Dra. Gabriela Perrota.

Por eso, cuando uno mira la historia de nuestra Asociación, observa que la visión y la misión de nuestra sociedad ha cambiado. Y este cambio se fue dando en paralelo al de otras sociedades de anticoncepción en el mundo. El objetivo debe ser lograr para nuestra población el nivel más alto de salud reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos; estos derechos que desde el año 1994 son considerados parte integral de los Derechos Humanos. En este contexto, la anticoncepción pasa a ser la estrategia, el instrumento, para que las parejas puedan decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y cada cuánto tenerlos, y disminuir así el número de embarazos no planificados. La prevalencia de los embarazos no planificados en distintas partes del mundo continúa siendo dramáticamente alta y no disminuye, independiente del nivel socio económico o del nivel educativo que se analice.

El embarazo no planificado constituye un enorme problema dentro del campo de la Salud Pública en general y para la mujer en particular. No solo porque se asocia a una mayor morbilidad y a mayor riesgo de complicaciones, tanto para la madre como para el feto, sino porque alrededor del 10% de estos embarazos terminan en abortos. Y en los países donde el aborto no está legalizado, las mujeres, especialmente aquellas de bajos recursos, se someten a procedimientos en condiciones inseguras con riesgo de vida. La interrupción del embarazo es un procedimiento sumamente seguro si es practicado con los instrumentos y en las condiciones adecuadas. Está demostrado que la penalización del aborto que rige en numerosos países, lejos de disminuir la incidencia de la práctica, impide el acceso a procedimientos seguros, con riesgo de muerte. Las muertes que se producen contribuyen

a las altas tasas de mortalidad materna que se registran en nuestra región, especialmente entre las mujeres jóvenes y de bajos recursos.

En nuestro país, afortunadamente, se han logrado avances en las políticas y en las legislaciones en los últimos años, en lo que hace a la interrupción del embarazo en particular y en otros aspectos de derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, siguen existiendo

inequidades en el acceso a Servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención sanitaria para las mujeres que viven en las jurisdicciones más pobres del país. Por ello, nuestra Sociedad debe seguir trabajando en esta tarea de promoción de los Derechos y convertirse en referente de consulta de organismos gubernamentales, sin dejar de lado, obviamente, toda actividad académico-científica.

Finalmente, quiero agradecer al grupo de profesionales que ha aceptado trabajar en esta nueva comisión. Tenemos mucho para hacer, pero conozco su voluntad y capacidad de trabajo. En esta tarea también necesitamos de la industria farmacéutica para que continúe brindándonos su apoyo, como lo ha hecho durante todos estos años. Así mismo, invito a todos los miembros de la Sociedad a participar activamente de nuestras actividades y a enviarnos sus opiniones o material para publicar en la revista. Y a aquellos que aún no son miembros, sepan que las puertas de AMAdA están abiertas a todos, y los convocamos a que se acerquen a participar.

Sean todos bienvenidos a esta nueva etapa. Toda opinión, aporte y colaboración hará que la Sociedad siga creciendo como la ha hecho hasta ahora.



Dra. Silvia Inés Ciarmatori
Presidente AMAdA

ANTICONCEPCIÓN: ¿SE MODIFICA DURANTE EL PUERPERIO?

Lovisolo María Laura, Di Nunzio María Clara*.*

* Especialistas en Ginecología y Obstetricia, certificadas en Ginecología Infanto Juvenil, pertenecientes a la Sección de Ginecología Infanto Juvenil de CEMIC. Bs. As., Argentina.
marialaura_lovisolo@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo

Comparar el método anticonceptivo (MAC) utilizado pre y post parto y sus modificaciones a lo largo del primer año de puerperio evaluando el impacto que tiene el número de gestas en la elección del método.

Materiales y métodos

Se realizaron 46 encuestas telefónicas a pacientes seleccionadas al azar y asistidas en la Maternidad del Departamento de Ginecología y Obstetricia de CEMIC durante el período Junio 2014 a Junio 2015. Los datos evaluados fueron: edad materna, antecedentes personales, tipo de parto, estado de salud del recién nacido, MAC a los 45 días de puerperio (alta puerperal), a los 6 meses de puerperio y al año.

Resultados

El 89% de las encuestadas utilizaban algún MAC antes del primer embarazo (anticonceptivos orales combinados

56,09% y preservativo 48,78%). Luego del alta puerperal del primer embarazo, el MAC más utilizado fue el preservativo (76,08%) mientras que a los seis meses del nacimiento el uso de ACO se equiparó con el condón (43,47%) manteniendo esta elección al año (preservativo 41,3% y ACO 45,65%). El uso de DIU fue del 8,7% al año de seguimiento. 20 pacientes (43,4%) cambiaron el MAC durante el primer año post parto. Con respecto a las pacientes multíparas, el 61,9% usaron preservativo al alta puerperal pero su uso disminuyó al 33,33% a los 6 meses, manteniéndose estable el uso de ACO (23,5% y 28,5%, respectivamente) y aumentando el de DIU (14,28%) y la falta de MAC (19,04%)

las pacientes utilizaron MAC tanto antes como después de embarazarse. Los MAC más utilizados durante el puerperio de ambos embarazos fueron los ACO y el preservativo. El DIU fue elegido en mucha menor proporción pero observándose un aumento significativo a los seis meses también para ambos casos, aunque en mayor medida en el segundo embarazo. Cabe destacar la falta de uso de MAC a los seis meses de puerperio del segundo embarazo en el 19% de las pacientes y el pobre asesoramiento anticonceptivo por parte de los médicos respecto de los MAC reversibles de larga duración, los parches y anillos vaginales.

Palabras clave:
método anticonceptivo – puerperio

Conclusiones

En la población estudiada la mayoría de

CABE DESTACAR LA FALTA DE USO DE MAC A LOS SEIS MESES DE PUERPERIO DEL SEGUNDO EMBARAZO EN EL 19% DE LAS PACIENTES



ABSTRACT

Objective

To compare the contraceptive method used pre and post delivery and modifications throughout the first year postpartum evaluating the impact of the number of pregnancies in the choice of method.

Materials and Methods

Telephone surveys were performed to 46 patients randomly selected and assisted in the Maternity Department of Gynecology and Obstetrics CEMIC during the period June 2014 to June 2015. The evaluated data were: maternal age, personal history, type of delivery, health of the newborn, contraceptive method from birth to six months, after 6 months and a year.

Results

89% of the patients used a contraceptive method before the first pregnancy (combined oral contraceptives and condoms 56.09% 48.78%). After first pregnancy, the condom was the contraceptive method most used (76.08%) while using oral contraceptives was equated with condom (43.47%) by the six months after birth holding this election throughout the year (ACO condom 41.3% and 45.65%). 8.7% of patient use IUD at one year. 20 patients (43.4%) changed the contraceptive method during the first year postpartum. Regarding multiparous patients, 61.9% used condom in the immediate puerperium but it decreased to 33.33% at 6 months, remaining stable the oral contraceptive pills (23.5% and 28.5%, respectively) and increasing the IUD (14.28%) and the lack of contraceptive method (19.04%).

Conclusions

In the studied population most patients used contraceptive methods both before and after they become pregnant. The most commonly contraceptive method used during both pregnancies in the puerperium were the oral contraceptive pills and the condom. The IUD was elected in much less proportion but observed a significant increase in six months also for

both cases, but more in the second pregnancy. Note the lack of use of contraceptive method at six months postpartum second pregnancy in 19% of patients and poor contraceptive advice from physicians regarding the long-term reversible contraception, patches and vaginal rings.

INTRODUCCIÓN

El uso adecuado de métodos anticonceptivos luego del parto contribuye al establecimiento de un período intergenésico apropiado. Diversos estudios de investigación^{1,2,3} demostraron que la planificación familiar posparto disminuye tanto la morbimortalidad materna como el riesgo de resultados perinatales adversos en el embarazo subsiguiente. A nivel mundial, más del 90 por ciento de las mujeres que tuvieron hijos a término desean retrasar o evitar futuros embarazos durante el período que abarca el primer año de posparto mientras que muchas de las que tuvieron nacimientos prematuros o el antecedente de una muerte perinatal prefieren acortar este período.^{4,5} El objetivo primario de este estudio fue comparar el MAC utilizado pre y post parto y sus modificaciones a lo largo del primer año de puerperio evaluando el impacto que tiene el número de gestas en la elección del método. Como objetivo secundario se planteó la identificación de los métodos anticonceptivos más frecuentemente ofrecidos por los médicos a sus pacientes en el postparto de su primer y segundo embarazo.

Materiales y métodos

Se realizaron 46 encuestas telefónicas a pacientes seleccionadas al azar entre 22 y 46 años de edad que fueron asistidas en la Maternidad del Departamento de Ginecología y Obstetricia de CEMIC (Centro de Estudios Médicos e Investigaciones Clínicas) durante el período Junio de 2014 a Junio de 2015. Los datos evaluados fueron: edad materna, antecedentes personales, tipo de parto, estado de salud del recién nacido, MAC al alta puerperal, a los 6 meses y al año. De las mismas encuestas se obtuvieron los diferentes MAC ofrecidos por los profesionales.

Resultados

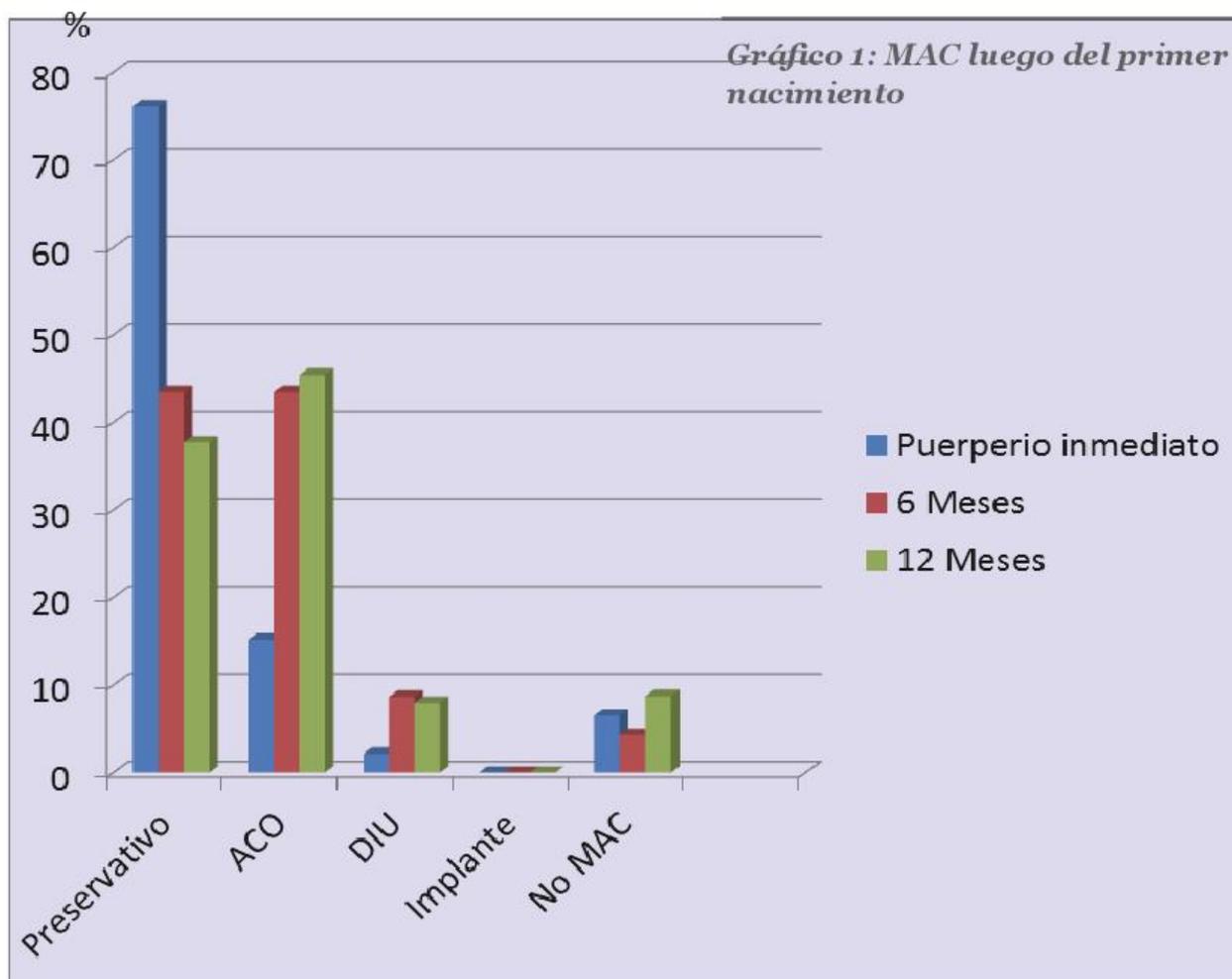
De un total de 46 pacientes encuestadas con una mediana de edad de 34 años (25 primíparas y 21 multíparas), 6 presentaron antecedentes personales (3 tabaquistas, 2 pacientes con diagnóstico de migraña y 1 de hipertensión arterial). De las 46 pacientes encuestadas durante el primer embarazo, la totalidad contestaron acerca de los MAC utilizados al alta puerperal y a los 6 meses, mientras que 37 contestaron a los 12 meses de puerperio debido a que al momento de finalizar el estudio, aún no habían llegado a dicha etapa. Con respecto a las pacientes multíparas, en su totalidad pudieron ser evaluadas al alta puerperal y a los 6 meses pero solo 5 pudieron contestar la encuesta a los 12 meses de puerperio.

Al analizar las respuestas observamos que 41 pacientes (89%) utilizaban algún MAC antes del primer embarazo siendo los anticonceptivos orales combinados (ACO) y el preservativo los métodos más comúnmente utilizados (56,09% y 48,78% res-

pectivamente). Al evaluar el puerperio del primer nacimiento (25 partos eutócicos y 21 cesáreas) se observó una tasa de nacimientos a término del 95,6% y un 100% de recién nacidos vivos sanos.

La distribución de los diferentes MAC puede observarse en el *Gráfico 1*. El MAC más utilizado al alta puerperal fue el preservativo (76,08%), probablemente debido a la baja frecuencia de relaciones sexuales y a la elección de un método comúnmente conocido.

A los seis meses del nacimiento observamos una disminución en el uso de preservativo con un aumento de la toma de ACO equiparándose ambos usos en 43,47%. El descenso del primero podría deberse, como describiremos más adelante, a la búsqueda de un método de mayor comodidad; y el aumento del segundo, por el comienzo de la ingesta de semisólidos por parte de los lactantes permitiendo el uso de anticoncepción hormonal combinada en la madre. Con respecto al DIU, su uso aumentó de 2,17%



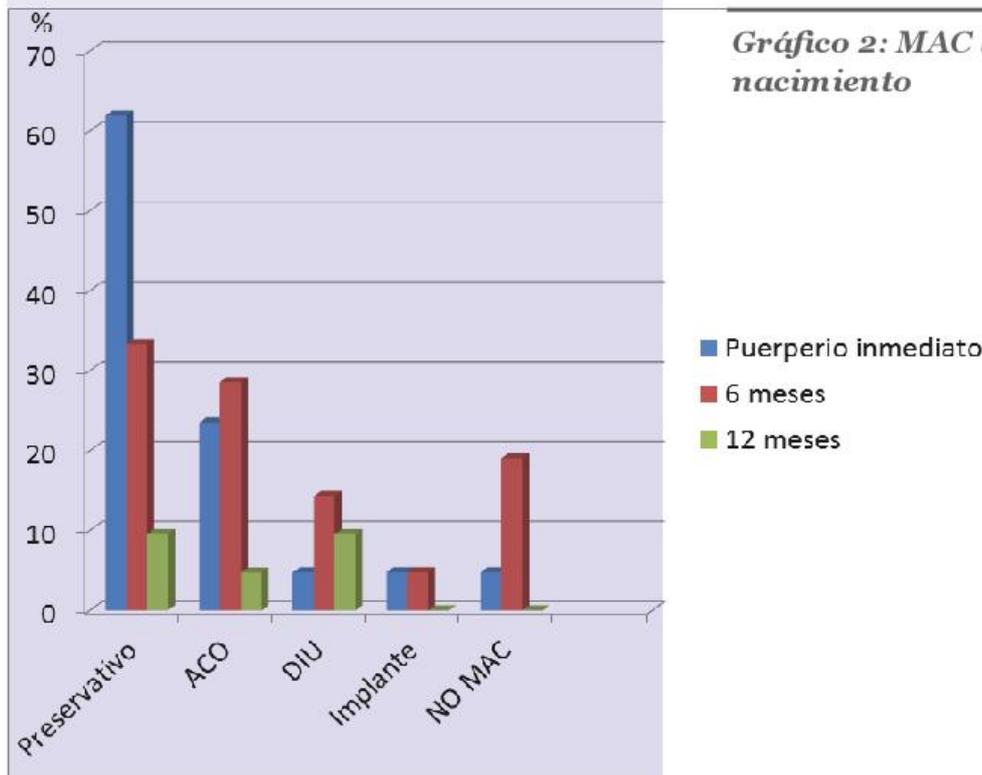


Gráfico 2: MAC luego del segundo nacimiento

en el puerperio inmediato a 8,69% a los seis meses. Este aumento se debió en parte al asesoramiento recibido por sus médicos tratantes y probablemente también, debido a la elección por parte de las pacientes de un MAC de larga duración, alta eficacia y mayor comodidad. A los 12 meses no se produjeron cambios significativos en el uso de MAC.

Globalmente, 20 pacientes (41%) de las pacientes modificaron el MAC a lo largo del año de nacimiento luego del primer embarazo. En un 50% debido al comienzo de la ingesta de semisólidos del bebé, el 40% por mayor comodidad y un 10% por no querer continuar con la toma de ACO.

Al analizar las 21 pacientes multíparas ninguna presentó complicaciones durante el embarazo que condicionen la elección del MAC. La distribución de los diferentes MAC puede observarse en el *Gráfico 2*. Nuevamente el MAC más utilizado al alta puerperal fue el preservativo, 13 pacientes (61,9%).

A partir de los 6 meses post parto, disminuyó un 46,7% el uso de preservativo (33,33%), se mantuvo estable el uso de ACO (28,5%) y triplicó el de DIU (14,28%). Esto nuevamente podría ser explicado por la búsqueda de las pacientes de un MAC de larga duración y por ser uno de los MAC más ofrecidos durante el

puerperio como veremos más adelante. Cabe destacar a esta altura, el alto porcentaje de pacientes que a los seis meses no utilizaron MAC (19,4%) observándose un aumento del 75,5% respecto del puerperio inmediato (4,76%). A los 12 meses de puerperio los datos no son analizables ni comparables para las pacientes multíparas debido al escaso número de pacientes que llegaron a dicha instancia.

El porcentaje de cambio de MAC luego del segundo embarazo fue del 38% principalmente debido al comienzo en la ingesta de semisólidos por parte del bebé y a mayor comodidad (37,5% en ambos casos), al igual que durante el primer embarazo.

Del total de las pacientes solo el 28,2% (primíparas) y el 23,8% (multíparas) utilizaron doble método de las cuales ninguna argumentó que el uso del preservativo fuera para prevenir ETS.

Con respecto a los MAC ofrecidos por los médicos luego del primer embarazo, predominaron principalmente los ACO (32,2%) y el uso de DIU (37,2%) En un 3,4% se asesoró a cerca del uso de preservativo y en un 1,7% sobre el uso de anillo vaginal y de parche transdérmico. Cabe destacar que un 23,7% de las pacientes no fueron asesoradas a cerca del uso de MAC.

En el puerperio del segundo embarazo, hubo un aumento en el asesoramiento del uso de DIU (44%) y una disminución en los ACO (14,8%). El 3,7% fueron asesoradas acerca del uso de SIU; 3,7% del preservativo y 3,7% de la ligadura tubaria. También en esta oportunidad una importante proporción de pacientes no recibió asesoramiento anticonceptivo (26%).

Discusión

Los resultados obtenidos coinciden parcialmente con los trabajos publicados en la bibliografía sobre el tema. Teniendo en cuenta el trabajo de White K. y col.⁴ llevado a cabo en 3005 pacientes con un seguimiento a 18 meses, observamos que en ambos trabajos la distribución del uso del método elegido fue similar a lo largo de los primeros doce meses que siguieron al nacimiento y los métodos hormonales fueron los más frecuentemente utilizados. Sin embargo, son notables dos diferencias. Por un lado en nuestra población no hubo diferencia significativa entre la tasa de uso de MAC pre y post embarazo mientras que en el estudio citado al igual que en el publicado por Sok C. y col.⁶, aumentó significativamente el uso de MAC entre el nacimiento y los primeros tres meses de puerperio comparado con las pacientes cuando era nuligestas. Por otro lado, si bien en nuestra muestra el uso de anticoncepción hormonal fue junto al preservativo, y en especial en las mujeres primíparas, el método más frecuentemente utilizado al igual que en el estudio de White K. y col.⁴, la mayoría de las pacientes no optaron por métodos hormonales de larga duración y a los seis meses de puerperio cuando eligieron un LARC, el mismo fue de tipo no hormonal (DIU). Este último hallazgo coincide con el reciente estudio publicado por Heller R y col.⁷ quienes encontraron que a pesar de la mayoría de las pacientes encuestadas en el puerperio (96,7%) no planeaban tener otro embarazo al menos durante un año, solo una minoría (12,8%) utilizaron un LARC.

En relación a nuestro objetivo secundario, observamos que luego del primer parto, los MAC más ofrecidos fueron los

ACO y el DIU mientras que luego del segundo parto, predominó el ofrecimiento del DIU. Quizá esta diferencia pueda ser explicada por el intento de los obstetras de ofrecer un método anticonceptivo de larga duración ante la posibilidad de estar frente a pacientes con paridad cumplida. Sin embargo, llama poderosamente la atención la falta de asesoramiento anticonceptivo en ambas etapas (23.7% y 26%, respectivamente). Este último aspecto quizá pueda relacionarse con el hecho de que en el puerperio de 6 meses del segundo parto haya un aumento significativo del no uso de MAC. Por último cabe destacar la pobre selección de MAC ofrecidos en ambos puerperios, quedando prácticamente relegados los métodos anticonceptivos de larga duración (a excepción del DIU), los parches anticonceptivos y el anillo vaginal.

La clara debilidad de nuestro estudio reside en el escaso número de pacientes incluidas sobre todo si tenemos en cuenta que a los 12 meses del puerperio del segundo embarazo, sólo los datos de 5 mujeres pudieron ser analizados debido a que las restantes o no tuvieron otro hijo o no llegaron a dicha instancia al momento de la toma de la encuesta.

Conclusión

En la población estudiada la mayoría de las pacientes utilizaron MAC tanto antes como después de embarazarse. Los MAC más utilizados durante el puerperio de ambos embarazos fueron los ACO y el preservativo. El DIU fue elegido en mucha menor proporción pero observándose un aumento significativo a los seis meses tanto en primíparas como en, aunque en mayor medida luego del segundo embarazo probablemente debido a la búsqueda de un MAC de larga duración o a la paridad cumplida.

Cabe destacar la falta de uso de MAC a los seis meses de puerperio del segundo embarazo en el 19% de las pacientes y el pobre asesoramiento anticonceptivo por parte de los médicos respecto de los MAC reversibles de larga duración, los parches y anillos vaginales. Esto remarca la necesidad de realizar un mejor asesoramiento en anticoncepción por parte de los pro-

fesionales de la salud hacia las pacientes durante el puerperio y la importancia de la continua educación de los médicos en temas de planificación familiar para no ofrecer únicamente los MAC comúnmente conocidos sino considerar también los más nuevos como los hormonales no orales o los reversibles de larga duración.

Agradecimientos: Cecilia Lopez Olaciregui



BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Ekin A y col. Impact of interpregnancy interval on the subsequent risk of adverse perinatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015.
- 2.** Bigelow CA, Bryant AS. Short Interpregnancy Intervals: An Evidence-Based Guide for Clinicians. *Obstet Gynecol Surv.* 2015 Jul;70(7):458-64.
- 3.** Sahin Ersoy G y col. Interpregnancy interval as a risk factor for postmenopausal osteoporosis. *Maturitas.* 2015.
- 4.** White K y col. Contraception after delivery and short interpregnancy intervals among women in the United States. *Obstet Gynecol.* 2015 Jun;125(6):1471-7.
- 5.** Robbins CL y col. Postpartum contraceptive use among women with a recent preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2015
- 6.** Sok C y col. Sexual Behavior, Satisfaction and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *J Midwifery Womens Health.* 2016.
- 7.** Heller R. y col. Postpartum contraception: a missed opportunity to prevent unintended pregnancy and short inter-pregnancy intervals. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2015.

ELECCION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y FRECUENCIA DE USO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO EN ADOLESCENTES

QUE CONCURRIERON AL CONSULTORIO DE ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL FELIPE LUCCINI, PROVINCIA DE CÓRDOBA, ENTRE ENERO Y JULIO DE 2015

Dra. Ana Carolina Castillo (1), Dra. Marcela Moriena (2), Lic. Graciela Gorosito (3), Dra. Patricia Jiménez (4).

(1)Tocoginecóloga, Fellow en Ginecología Infanto-Juvenil. (2)Tocoginecóloga, Fellow en Ginecología Infanto-Juvenil. (3)Licenciada en Enfermería (4)Tocoginecóloga. Integrantes del equipo de Adolescencia del Hospital Materno Provincial Dr. Felipe Luccini. castillocarolina@outlook.com

RESUMEN

Objetivos

- Determinar los diferentes métodos anticonceptivos que eligieron las adolescentes que concurrieron al consultorio de adolescencia del Hospital Materno Provincial, en el periodo entre 1 de Enero de 2015 al 31 de Julio de 2015.
- Describir la frecuencia de elección del implante sub-dérmico como método anticonceptivo.

Métodos

Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico en el cual se incluyeron todas las pacientes adolescentes entre 14 y 18 años inclusive que concurrieron en búsqueda de un método anticonceptivo.

Ambiente

Consultorio de adolescencia del Hospital Materno Provincial Felipe Lucini. Córdoba.

Resultados

La elección de las adolescentes según los distintos métodos fue la siguiente: DIU 3,2%; Métodos hormonales de solo progesterona 6%; Métodos hormonales combinados monofásicos 36%; Preservativos 38.5%; Métodos hormonales combinado 1%; Implante subdérmico un 16%.

Conclusión

La primera elección que realizaron las adolescentes fueron los anticonceptivos orales combinados asociados al preservativo. El profesional de la salud juega un papel determinante en la elección del método anticonceptivo más adecuado, siempre aportando la información y respetando las opiniones y deseos de cada mujer o pareja.

Palabras clave:

Anticoncepción, Adolescencia, Implante Subdérmico.

SUMMARY

Objectives

- Determine different contraceptive methods chosen by female adolescents who attended the Adolescence office at Hospital Materno Provincial, between January 1, 2015 and July 31, 2015.
- Demonstrate the frequency of choice of sub-dermal implant for contraception.

Methods

A retrospective, descriptive and analytical study in which all female adolescents patients between 14 and 18 years old



who attended asking for a contraceptive method.

Environment

Female Adolescents who attended the Adolescence office at Hospital Materno Provincial Felipe Lucini. Cordoba.

Results

the choices made by teenage women were the following: IUD 3.2%; MHO dev. 6%; MHOC single-phase. 36%; CONDOMS 38.5%; MHOPIM 1%; MHOP 16%.

Conclusion

the first choice was AHOC single-phase combined with condom. The health professional plays a decisive role in choosing the most appropriate contraceptive method, always providing information and respecting the opinions and wishes of each woman or couple.

Keywords: Contraception, Adolescence, teen-age women, subdermal implant.

INTRODUCCIÓN

El método anticonceptivo es la protección necesaria contra los embarazos no deseados y en el caso del preservativo, de las infecciones de transmisión sexual.

La elección más adecuada de un método anticonceptivo estará condicionada invariablemente por la situación, etapa evolutiva y/o personalidad de la pareja o persona que decide protegerse. Si bien es una decisión personal, se recomienda que un médico ayude a decidir cuál es mejor para

la persona.

En el caso de los adolescentes se torna una situación especial ya que estos tienen determinantes psicológicos propios de esta edad.

- Atención centrada en el presente, por lo que no tienden a planificar por adelantado o prevenir las consecuencias de sus acciones a largo plazo.

- Desarrollo emocional incompleto y escasa percepción del riesgo de embarazo, tema que nos ocupa específicamente, y de los problemas que pueden presentarse cuando sucede a esta edad.

- Escasas habilidades de comunicación interpersonal, lo que impide, en gran medida, llegar a acuerdos con su pareja, en cuanto a la planificación de embarazos y uso de anticoncepción.

- Fuerte necesidad de buscar y afirmar la propia identidad, diferenciándose de los padres y otras figuras de autoridad. La relación formal de pareja que incluye las relaciones sexuales –“yo me debo a mi pareja y no a mi familia”– y el embarazo, pueden ser maneras de alcanzar la independencia deseada.

- Pertenencia a un grupo, con expectativas y creencias religiosas y culturales propias y comunes a sus integrantes, que ejerce influencia y presión sobre el adolescente. La opinión de este grupo es la más importante y mejor valorada, y puede, en ocasiones, no ser la más adecuada en relación con las cuestiones de salud reproductiva.

- Creencia particular de que “el físico”, el cuerpo, es lo más importante en la valoración integral de una persona. La búsqueda de identidad los lleva a experimentar con su cuerpo, que es lo que, con frecuencia, pueden ofrecer con más

LA PRIMERA ELECCIÓN QUE REALIZARON LAS ADOLESCENTES FUERON LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS ASOCIADOS AL PRESERVATIVO

facilidad, para conocer los límites de sus capacidades.¹

Los métodos anticonceptivos en la adolescencia deben tener idealmente: eficacia, seguridad, posibles efectos beneficiosos no contraceptivos, facilidad de uso, costo accesible, reversibilidad, teniendo en cuenta la relación con el coito y frecuencia.²

El uso de un método anticonceptivo refuerza el desarrollo de las personas al permitir decidir el número de hijos que desean tener, el intervalo de los embarazos. Evitan los embarazos no deseados reduciendo la necesidad de recurrir al aborto, en especial al aborto peligroso, y con ello previenen la mortalidad materno-fetal. Se calcula que en los países en vías de desarrollo unos 225.000.000 de mujeres desean posponer la procreación pero no utilizan métodos anticonceptivos.³

Frente a todo esto, decidimos analizar cuál fue la elección de métodos anticonceptivos en las adolescentes atendidas en nuestra institución.

Objetivos

- Determinar los diferentes métodos anticonceptivos que eligieron las adolescentes que concurren al consultorio de adolescencia del Hospital Materno Provincial, en el periodo entre 1 de Enero de 2015 al 31 de Julio de 2015.

- Demostrar la frecuencia de elección del implante subdérmico como método anticonceptivo.

Material y Métodos

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, en el cual se incluyeron todas las pacientes adoles-

centes entre 14 y 18 años inclusive que concurren en búsqueda de un método anticonceptivo al consultorio de adolescencia del Hospital Materno Provincial Felipe Luccini, en el periodo entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2015.

Se confeccionó una planilla de registro de la elección del método, datos que fueron obtenidos de los partes diarios del consultorio de adolescencia de esta institución (Tabla 1).

Se dividió la edad de las adolescentes en dos grupos según el riesgo: grupo de 14 años o menos y grupo de 15 a 18 años. Los datos obtenidos se registraron en una planilla Excel, creada ad-hoc.

Las variables utilizadas fueron los siguientes métodos anticonceptivos:

- Dispositivo intrauterino no hormonal (DIU)
- Métodos hormonales orales, combinado monofásico (MHOC)
- Métodos hormonales orales solo de progestinas (MHOP)
- Métodos hormonales parenterales intramusculares combinados (MHPIM)
- Métodos hormonales parenterales subdérmicos (MHPSD)
- Métodos de barrera: preservativo masculino

Resultados

De un total de 473 adolescentes que asistieron al consultorio de adolescencia del Hospital Materno Provincial Felipe Luccini, en búsqueda de un método anticonceptivo y a quienes se les realizó la consejería en Salud Sexual y Reproductiva, el 96% corresponde (n: 253) a pacientes de 15 a 18 años y el 4% (n: 20) a pacientes de 14 años o menos. (Tabla 1; Figura 1).

GRUPO ETARIO	N	Porcentaje
14 años o menos	20	4%
15 a 18 años	453	96%

Tabla 1

Método analizado	≤ 14 años	≥ 15 a 18 años	Total
DIU no hormonal	0%	3.2%	3,2%
MHO solo progestinas	0.5%	5,2%	5,7%
MHOC monofásico	2%	34%	36%
Preservativos	1.5%	37%	38.5%
MHCIM	0%	0.85%	0,85%
MHPSD (implante)	0.2%	15,6%	16%

Tabla 1.1

SERÍA IMPORTANTE REEVALUAR LA CONCIEN-
TIZACIÓN EN EL USO DEL PRESERVATIVO, PARA
EVITAR UN POSIBLE INCREMENTO EN LA
APARICIÓN DE INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL.

El porcentaje de elección según método (tabla 1.1).

El método más usado en el grupo de 14 años o menos fueron los MHOC monofásicos, siguiéndoles en frecuencia el preservativo, luego el MHO de sólo progestina y por último se encontró el MHPSD (implante). No hubo elección de anticonceptivos inyectables ni DIU en ese subgrupo de pacientes.

En el grupo de 15 a 18 años el preservativo y los MHOC monofásicos también fueron los métodos más solicitados, y generalmente se los entregó en forma simultánea. El MHPSD (implante) fue elegido en tercer lugar, los MHO de sólo progestina en cuarto lugar. En este grupo etario sí se utilizó el DIU y el MHCIM.

Como se puede observar (figura 2), la elección global de las adolescentes según los distintos métodos fue la siguiente: DIU 3,2%; MHO prog. 6%; MHOC monof. 36%; PRESERVATIVOS 38.5%; MHOPIM 1%; MHOPSD 16%.

Debido a que el grupo de pacientes de 14 años o menos fue muy reducido (n= 20) y por lo tanto con poco impacto a nivel estadístico se realizó un gráfico con el total de esas adolescentes según la elección del método.

En cuanto a los métodos hormonales la principal elección que realizaron las adolescentes menores de 14 años (figura 3) fueron los MHOC monofásicos con un 77%, el MHO de sólo progestágenos con un 15% y por último el MHPSD (implante)

con un 8%.

En el caso de las pacientes de 15 a 18 años (figura 4) el método hormonal más elegido fue el MHOC monofásico con un 61% y luego los MHPSD (implante) 28%, con muy baja aceptación de los MHO de sólo progestinas con el 9% y MHPIM (inyectable combinado mensual) con un 2%. En la figura 5, que evalúa la demanda de los diferentes métodos en función del tiempo, se pudo observar una demanda creciente en la colocación de implantes subdérmicos (MHPSD) desde Marzo, fecha en la que ingresó dicho método al Programa de Maternidad y Paternidad Responsable de la Provincia de Córdoba, dependiente del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Simul-

táneamente se percibió una disminución importante en la colocación de DIU en el mismo período, presentándose asimismo una disminución leve en la entrega de anticonceptivos orales (MHOC monofásico y MHO solo progestinas) y preservativos. Esto último se pudo correlacionar con el aumento en la demanda del MHPSD (implante), el cual al no requerir control mensual ocasionó posiblemente que las adolescentes no concurrieran en búsqueda de preservativos.

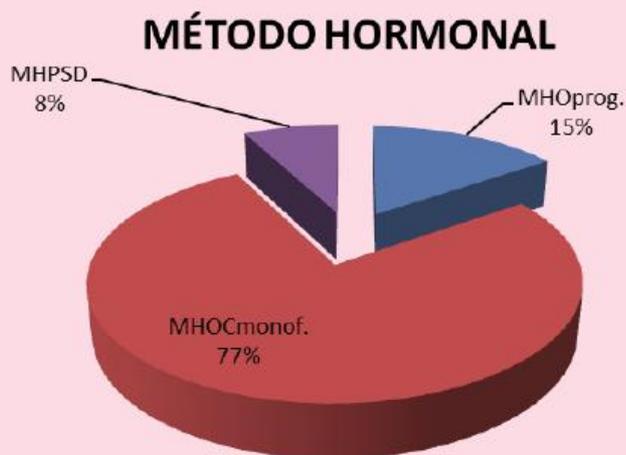
Sería importante reevaluar la concientización en el uso del preservativo, para evitar un posible incremento en la aparición de infecciones de transmisión sexual, fortaleciendo la consejería.

Figura 2



MHO prog. Método hormonal oral solo progestinas. - MHOC monofásico. Método hormonal oral combinado monofásico - MHPIM: Método hormonal parenteral intramuscular combinado - MHPIM: Método hormonal parenteral sub-dérmico.(implante)

Figura 3: Porcentaje de elección del método hormonal en pacientes de 14 años o menos.



MHO prog. Método hormonal oral solo progestinas - MHOc monofásico. Método hormonal oral combinado monofásico - MHPSD: Método hormonal parenteral sub-dérmico.(implante)

Figura 4: Porcentaje de elección de método hormonal en pacientes de 15 a 18.



MHO prog. Método hormonal oral solo progestinas - MHOc monofásico. Método hormonal oral combinado monofásico - MHPIM: Método hormonal parenteral intramuscular combinado - MHPSD: Método hormonal parenteral sub-dérmico.(implante)

Discusión

La elección de los distintos métodos anticonceptivos debe basarse en dos pilares fundamentales: la evidencia científica disponible y la adecuación al contexto de la paciente o la pareja. La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene realizando el esfuerzo desde hace más de quince años en actualizar los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos tras la revisión de la evidencia disponible.²

En general, las adolescentes pueden usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes.

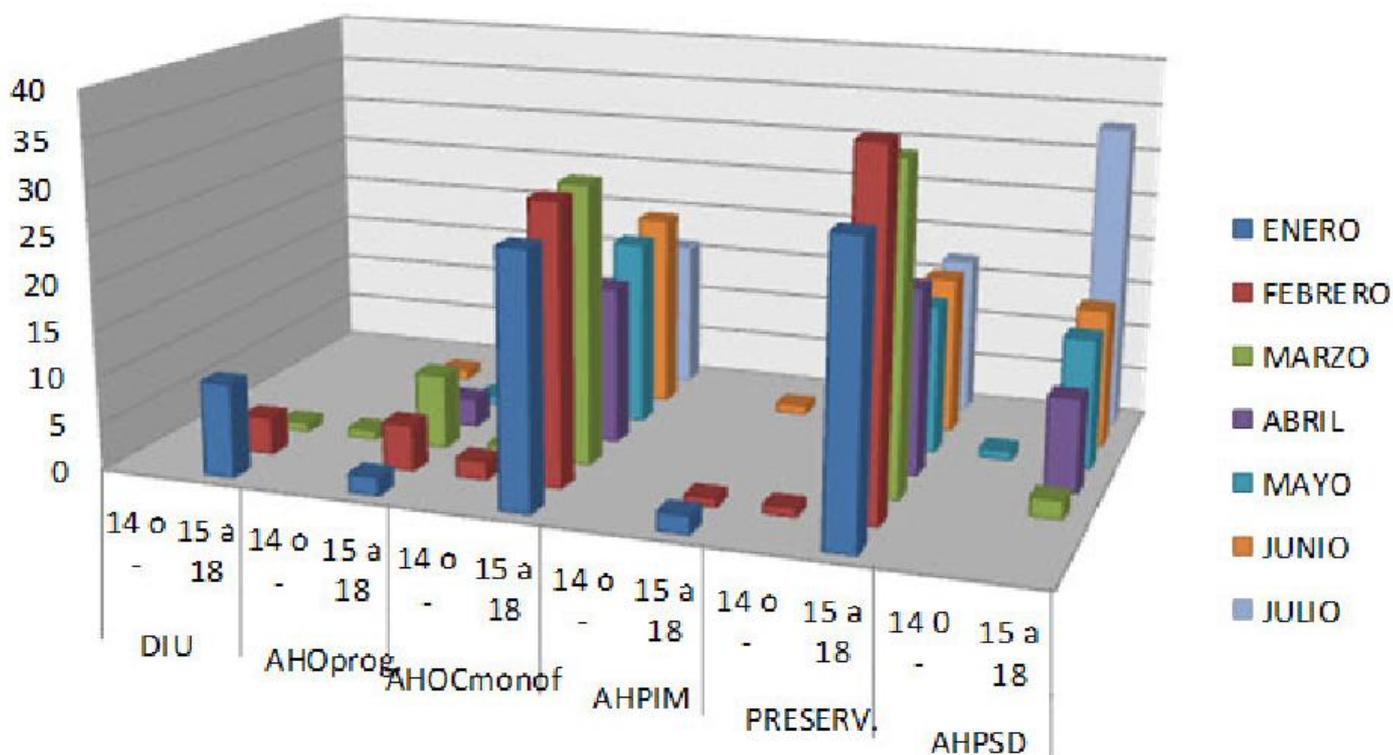
Está claro que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a usuarios mayores también se aplican a personas jóvenes. No obstante, algunos trastornos (por ejemplo, alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores no afectan generalmente a las personas jóvenes, debido a su baja frecuencia en este grupo etario. Los aspectos sociales y de conducta deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia. Por ejemplo, en algunos ámbitos, las y los adolescentes también están expuestos a un riesgo mayor de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Aunque las adolescentes pueden elegir cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, en algunos casos puede ser más apropiado el uso de métodos que no requieren un régimen diario.

Entre las características propias de la población evaluada encontramos que las usuarias que accedieron a nuestro consultorio y cuyo motivo de consulta fue la planificación familiar tuvieron una franca preferencia por los anticonceptivos hormonales acompañados de los preservativos, encontrándose en segundo lugar como método de elección el DIU. Entre los anticonceptivos hormonales en primer lugar están los MHOc monofásicos, siguiendo en orden de preferencia los MHPSD (implantes) y observándose también un aumento progresivo en la elección

Figura 5. Elección del método anticonceptivo según la edad en función del tiempo

MÉTODO ANTICONCEPTIVO



DIU: Dispositivo intrauterino no hormonal - MHO prog Método hormonal oral solo progestinas - MHOC monofásico. Método hormonal oral combinado monofásico - MHPIM Método hormonal parenteral intramuscular combinado - PRESERV: PRESERVATIVO - MHPSD Método hormonal parenteral sub-dérmico.(implante)

de este método desde su incorporación al Programa de Maternidad y Paternidad Responsable de la Provincia de Córdoba, que superó a la elección del DIU; siguieron en orden de frecuencia los MHO solo progestinas (pacientes puérperas en periodo de lactancia) y en última instancia los MHPIM.

Estos resultados obtenidos tienen similitud con los resultados de la sexta encuesta del grupo DAPHNE (grupo de expertos en anticoncepción), que lleva realizando encuestas, con carácter bienal para conocer los hábitos anticonceptivos de la población femenina en edad fértil desde el año 1997. En España, a diferencia del resto de los países europeos, en primer lugar, el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado en todas las edades y, la anticoncepción hormonal ocupa el segundo lugar, principalmente en su presentación oral, aunque va aumentando el número de mujeres que utilizan otras vías de administración ⁴, tales como los parches transdérmicos y, con mayor aceptación si cabe, el anillo vaginal ⁵.

No coincidimos en la elección del anillo vaginal como método anticonceptivo, ya que no es un método utilizado en nuestro medio y menos aún en nuestro grupo etario.

La elección del método también puede es-

tar influenciada por factores como patrones esporádicos de relaciones sexuales, y la necesidad de ocultar la actividad sexual. La ampliación del número de opciones ofrecidas puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a abordar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias.

ANEXO / Tabla1. Elección de los métodos anticonceptivos.

METODO ANTICONCEPTIVO													
	DIU		AHOprog.		AHOcmonof		AHPIM		PRESERV.		AHPSD		
	14 o menos	15 a 18											
ENERO		10		2		27		2		31			72
FEBRERO		4		5	2	30		1	1	38			81
MARZO		1	1	8	1	30				35		2	78
ABRIL				3		17				20		10	50
MAYO				1	1	20				16	1	14	53
JUNIO			1	3	3	21		1	3	17		15	64
JULIO				3	3	16			3	17		33	75
		15	2	25	10	161		4	7	174	1	74	473

DIU: Dispositivo intrauterino no hormonal - MHO prog Método hormonal oral solo progestinas - MHOC monofásico. Método hormonal oral combinado monofásico. - MHPIM Método hormonal parenteral intramuscular combinado. - PRESERVATIVO. - MHPSD Método hormonal parenteral sub-dérmico.(implante)

Conclusión

La anticoncepción en la adolescencia debe estar inserta en la atención amigable de los/las adolescentes principalmente en el nivel primario de atención, con centros o unidades de atención en salud exclusivos para adolescentes, debidamente estructurados, que entreguen atención de calidad, con consejería y prescripción de anticonceptivos en forma fácil y expedita, manteniendo el principio de la confidencialidad como un derecho. La anticoncepción en adolescentes constituye uno de los pilares fundamentales para prevenir las consecuencias de la actividad sexual sin protección, como el embarazo y las ITS, incluyendo la infección por VIH/ SIDA, sin embargo, es menester tener presente en forma conjunta una adecuada educación en sexualidad, que debiera incluir no sólo a los/las adolescentes del sector salud/ educación, sino que debe contribuir a empoderar a la sociedad en general. En la elección de un anticonceptivo debemos considerar no sólo la aceptabilidad y seguridad del método, sino también, como ya se mencionó, en el desarrollo del trabajo las características propias de los/las adolescentes para lograr mejores tasas de continuidad.

De aquí surge la necesidad de contar con profesionales realmente motivados y capacitados en salud adolescente, que incluya no sólo aspectos técnicos relacionados con SSyR, sino que estén inmersos en la problemática global de la adolescencia, incluyendo aspectos tan importantes como salud mental, calidad de vida y conocimientos de los derechos de los/las adolescentes, quienes en definitiva son y deben ser reconocidos como parte importante de esta sociedad plural. ⁶



BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Hernández J., Yanes Quesada M, Isla Valdés A, Dra. Hernández García P, Velasco Boza A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev. Cubana Endocrinol. v.18 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2007. Revista Cubana de Endocrinología versión On-line ISSN 1561-2953.
2. Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D. Revisión de guías clínicas. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones Revista Clínica de Medicina de Familia. Rev Clin Med Fam v.3 n.3 Albacete oct. 2010. Versión impresa ISSN 1699-695X.
3. OMS; Mayo 2015; Planificación Familiar Nota descriptiva N°351; Recuperado el 10 de Julio de 2015; de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
4. VI ENCUESTA Grupo DAPHNE 2009. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/html/documents/archivos/encuestas/presentacionj.pdf> (acceso 1 de julio de 2010).
5. Ayuso Raya MC, Romero Cebrián MA, Armero Simarro JM, Arias Alaminos M, Pérez López N, Escobar Rabadán F. "Si llevas el anillo conéctate a la Web". Análisis de las opiniones encontradas en foros de Internet sobre el uso del Anillo Anticonceptivo Vaginal. Rev Clin Med Fam. 2009; 2 (6):258-62.
6. Montero V. A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22(1) 59 - 67

Otra bibliografía consultada

- * World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf
- * Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. UK Medical eligibility criteria for contraceptive use. UKMEC. 2009. Disponible en: www.fsrh.org
- * Family Health International, USAID. Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS. 2009. Disponible en: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ecmfxyelt5pt7pmupysjre-6hv3qrvnkp443ilunaiedwtiamod-7wujmhsodyzavnqi2hrffyd6r2k/CuadroReferenciaPF1.pdf>
- * OMS. Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547718_spa.pdf (Acceso 7 de Julio de 2010)
- * Reunión del Grupo de Trabajo para actualizar las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Sala C, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 13 al 16 de abril de 2004.



LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL DERECHO ARGENTINO

Vadim Mischanchuk*

Abogado UBA
Especializado en Temas de Salud

Conforme nuestro Ordenamiento Jurídico, podemos afirmar sin lugar a duda que en el Derecho Argentino existen casos en los que la Interrupción de un embarazo es legal.

Así es, según el Código Penal en su artículo 86 segundo párrafo incisos 1º y 2º, en algunas circunstancias está permitido terminar el embarazo. A continuación transcribo la norma.

"Artículo 86 del CP: Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”

Pese a la claridad del artículo, ha tenido diversas interpretaciones hasta que la Corte Suprema de Justicia (CSJN) dictó el fallo F.A.L. en el mes de marzo del año 2012.

Las distintas interpretaciones y la confusión que generaba el debate en torno a este tema trajo perjuicios para las mujeres que vieron en muchos casos truncados sus derechos, así como también para los profesionales de la salud que en di-



versas ocasiones fueron víctimas de procesos judiciales injustos y en ocasiones arbitrarios.

Por lo expuesto, me parece importante que, despojados de todo tinte ideológico, cultural o religioso, abordemos el tema

EN LA ACTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD LA FALTA DE INFORMACIÓN ACTUALIZADA SUELE TRAER SEVERAS CONSECUENCIAS PARA SUS ACTORES

desde una perspectiva jurídica, según la cual, en sentido coloquial, “nada está bien o mal”, sino que las conductas se ajustan o no a derecho, y de allí sus consecuencias para el sujeto activo.

En la actividad de los profesionales de la salud la falta de información actualizada suele traer severas consecuencias para sus actores, por eso este artículo pretende exponer las normas que regulan la interrupción legal del embarazo en el derecho vigente de la República Argentina.

En el caso FAL, la CSJN, por unanimidad, confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Chubut que, en Marzo de 2010, autorizara la realización de la práctica de aborto respecto de la joven

A.G., de 15 años de edad, quien quedara embarazada como consecuencia de haber sido violada por su padrastro.

El fallo sentó las siguientes reglas:

Primera

Que la Constitución y los tratados de derechos humanos no sólo no prohíben la realización de esta clase de abortos sino que, por el contrario, impiden castigarlos respecto de toda víctima de una violación en atención a los principios de igualdad, dignidad de las personas y de legalidad. De este modo, se puso fin a la incertidumbre relacionada con el alcance del artículo 86, inciso 2º, del Código Penal, en tanto algunas instancias judiciales han entendido que éste sólo se aplica respecto de la víctima de una violación que poseyera alguna discapacidad mental, criterio que llevaba a que la cuestión se judicializara a lo largo del país con resultados adversos y, en algunos casos, con riesgo a la realización del aborto o para la salud de la madre.

Segunda

Que los médicos en ningún caso deben requerir autorización judicial para realizar esta clase de abortos, debiendo practicarlos requiriendo exclusivamente la declaración jurada de la víctima o de su representante legal, en la que manifieste que el embarazo es la consecuencia de una violación.

Tercera

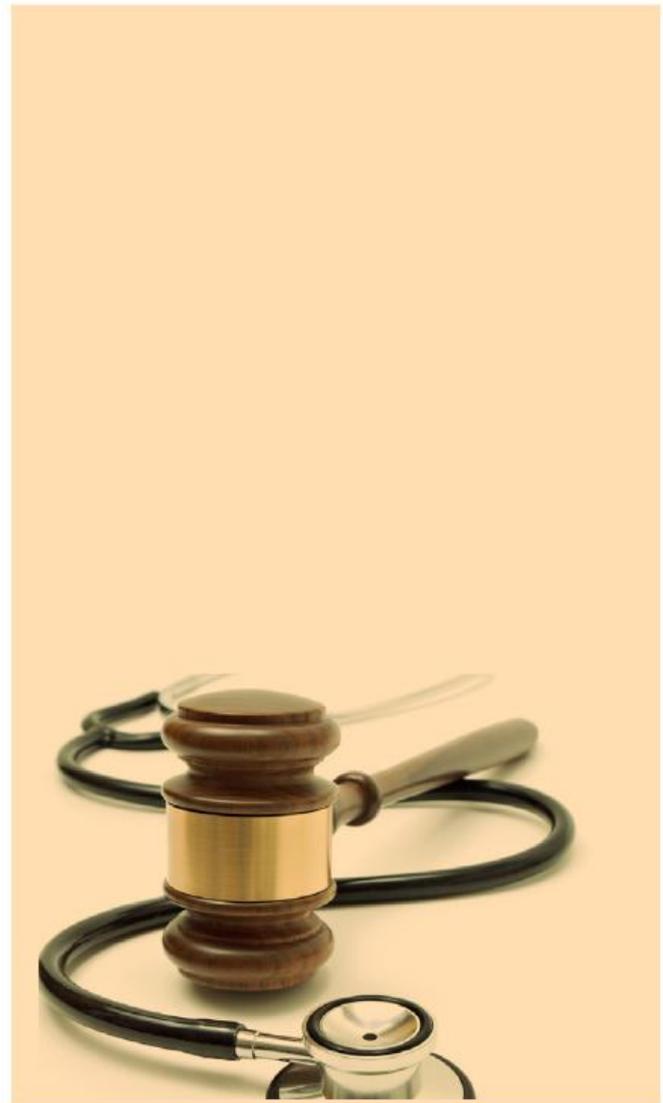
Que los jueces tienen la obligación de garantizar derechos y su intervención no puede convertirse en un obstáculo para ejercerlos, por lo que deben abstenerse de judicializar el acceso a estas intervenciones, las que quedan exclusivamente reservadas a lo que decidan la paciente y su médico.

Cuarta

Con el objeto de hacer efectivo lo decidido y asegurar los derechos de las víctimas de

violencia sexual, los jueces exhortaron a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos y a disponer de un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio.

Para resolver de esta manera, la CSJN tuvo en cuenta la posición de la Organización Mundial de la Salud en la materia y distintos pronunciamientos del Comité de Derechos Humanos y del Comité de los Derechos del Niño (ambos de Naciones





Unidas) que marcaron la necesidad de garantizar el acceso seguro a los abortos no punibles en nuestro país y la eliminación de las barreras institucionales y judiciales que han impedido a las víctimas de una violación acceder a un derecho reconocido por la ley.

En síntesis, la Corte Suprema reafirma, con este pronunciamiento, el imperio del principio de legalidad que prescribe que las leyes están para ser cumplidas, por lo que no puede impedirse a estas víctimas ejercer su derecho a interrumpir el embarazo conforme lo autoriza el Código Penal en estos casos.

Luego de este fallo, en el país entraron en vigencia los protocolos de actuación que se mencionan en la sentencia.

En la Ciudad de Bs. As., en el mes de Septiembre de 2012, el Ministerio de Salud dictó la Resolución MS1252/12 que luego de ser modificada por dos fallos judiciales quedó resumida a las siguientes pautas:

Los profesionales médicos, ante la solici-

tud concreta de una práctica de aborto no punible, deberán adecuar su conducta en los establecimientos hospitalarios conforme las pautas que se establecen a continuación:

a) No se recabará la intervención previa del equipo interdisciplinario dispuesta en el artículo 2 del anexo I de la resolución mencionada, ni la confirmación del diagnóstico por parte del Director del Hospital en los casos del artículo 86 inc. 1 del Código Penal como lo establece el artículo 9 del anexo I.

b) Se le requerirá al menor adulto a partir de los 14 años que exprese su propio consentimiento informado y, en tales casos, no será necesario el consentimiento de su representante legal.

c) La limitación temporal, contemplada en el artículo 17 del anexo I, en los casos previstos en el artículo 86 inciso 2 del Código Penal, será la que establezca el médico tratante con fundamento en su experticia médica quirúrgica, según su saber y entender.

d) Los profesionales de la Salud deberán ejercer su derecho objeción de conciencia dentro de los treinta (30) días de notificado el fallo que modificó la resolución 1252 al GCBA, o al momento de comenzar a prestar servicios en un efector de salud, lo que ocurra primero.

e) No se deberá exigir que se demuestre que el riesgo para la salud o la vida de la mujer que solicita la interrupción del embarazo sea grave o inminente, y tampoco se exigirá la acreditación de insania o discapacidad mental.

Por su parte, la Provincia de Bs. As., a través de la Resolución Ministerial N° 3146/12 también puso en práctica un protocolo para la atención de abortos no punibles (ANP) que se resume a continuación:

La práctica del ANP se realizará previa constatación de alguna de las siguientes causales:

1. Cuando exista peligro para la vida o para la salud de la mujer, previa constatación del médico tratante de acuerdo a los conocimientos científicos de la medicina y sobre los estándares vigentes. Los estándares en esta materia establecen que la salud debe ser entendida como el "completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones" (OMS).

2. Cuando el embarazo sea producto de violación el médico tratante deberá solicitar la declaración jurada de la mujer o de su representante legal, la cual se incluirá en la historia clínica, no siendo necesario ningún otro requisito para realizar la práctica.

3. Cuando el embarazo sea producto de un atentado al pudor de una mujer con discapacidad mental se deberá solicitar:

a) declaración jurada de su representante.

b) declaración de insania, con firma debidamente certificada ó dictamen médico de equipo interdisciplinario de salud mental.

4. El Director del Hospital deberá constatar las condiciones para la realización del ANP y disponer de los recursos necesarios para la realización del procedimiento.

5. Deberá solicitarse el consentimiento informado de la mujer para proceder a la interrupción del embarazo (Ley Nacional 26.529 y Código Civil).

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación ya en el año 2007 elaboró una Guía de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) que tuvo sus reediciones en los años 2010 y 2015.

En la misma se respetan las pautas establecidas en el Código Penal y en la Fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, y según ella, la realización de ILE debe guiarse fundamentalmente por el principio de autonomía.

Según la guía del Ministerio de Salud de la Nación, la causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. Según la OMS, la salud implica el "completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausen-



cia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006). Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud.

Queda claro entonces que en Argentina, en los casos en que la continuidad de un embarazo genere un peligro para la vida o la salud de la madre que no pueda ser evitado por otros medios, y en los casos en que una mujer producto de haber sido víctima de una violación quede embarazada, tiene derecho a interrumpir esa gestación. Asimismo, no deben judicializarse estos casos como requisito previo a la práctica.

El desconocimiento acerca de las normas que atañen a la Interrupción Legal del Embarazo, sumado a la confusión que generan las diferentes interpretaciones de las leyes, impactan directamente en el Sistema de Salud. Es por ello que resulta imprescindible un oportuno asesoramiento legal ante situaciones complejas o que despierten dudas, de modo de continuar la labor médica en un marco de legalidad y defensa de los principios de beneficencia y autonomía.



SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN HORMONAL:

IMPACTO DE LA ANTICONCEPCIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD

Dra. Patricia Granja

*Médica ginecóloga y sexóloga clínica avalada por SASH
(Sociedad Argentina de Sexualidad Humana)
granjap@fibertel.com.ar

Resumen

Este es un artículo de revisión de la influencia de la anticoncepción hormonal sobre la sexualidad femenina y de la pareja. Está basado en una presentación realizada en Jornadas de Actualización realizadas por SOGIBA en Noviembre de 2015. En el mismo se desarrollarán los siguientes puntos a modo de objetivos:

- Breve introducción al ciclo de respuesta sexual femenina
- Relación entre las hormonas y la sexualidad
- Los efectos de los diferentes anticonceptivos hormonales
- Conclusiones y reflexiones

Introducción : *ciclo sexual femenino*

La OMS define la salud sexual como la integración de aspectos somáticos, emocio-

nales, intelectuales y sociales, de forma enriquecedora y que potencian la personalidad, la emoción y el afecto.

Pero somos absolutamente diferentes, hombres y mujeres, en nuestra respuesta sexual.

Diferentes estudios han investigado los motivos por los cuales las mujeres desean mantener un encuentro sexual (estudio Swan, cuestionario multiétnico, que incluyó a 2400 mujeres):

1. Para sentirse emocionalmente cerca
2. Para manifestar amor
3. Para sentirse atractivas y o deseables

LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA ES COMPLEJA. ESTÁN INCLUIDOS FACTORES PSICOLÓGICOS, NEUROLÓGICOS, VASCULARES Y HORMONALES.

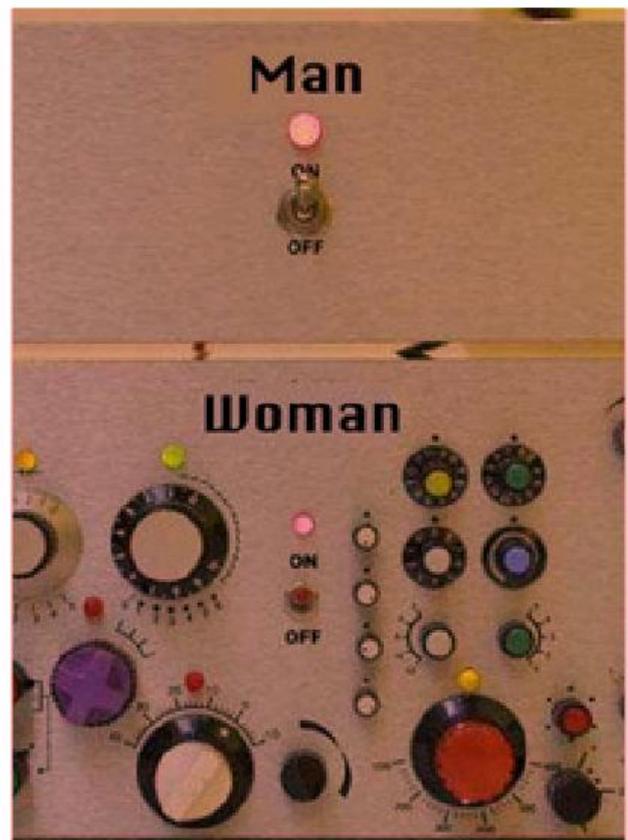
4. Por placer
5. Por deseo de la pareja

La respuesta sexual femenina es compleja. Están incluidos factores psicológicos, neurológicos, vasculares y hormonales. Sobre todo esto podemos decir además que existe una manifiesta interacción de estímulos sexuales, del Sistema Nervioso Central (SNC), vasculares y hormonales.

Según el modelo de respuesta sexual de Master y Johnson (Ver figura 1), existen 4 etapas en la respuesta, descriptas en forma secuencial.

- **Deseo:** Introducido por Dra. Kaplan. Se define como la capacidad de generar pensamientos, fantasías o conciencia de necesidad sexual.
- **Excitación:** etapa donde se producen cambios genitales y extragenitales producto de la vasocongestión.
- **Orgasmo:** contracciones reflejas e involuntarias, rítmicas, de los músculos del piso pelviano.
- **Resolución:** donde todo vuelve al estado previo al estímulo sexual.

Actualmente se sabe que estas fases de



respuesta sexual no tienen por qué ser secuenciales y que el deseo se superpone muchas veces con la excitación. Es en esto que se fundamenta el nuevo modelo de respuesta sexual propuesto por el Dr. Basson.¹

En este modelo de respuesta sexual femenina, no se describe una cascada de respuesta secuencial, basada en la respuesta masculina. Es un esquema circular de interacción entre intimidad emocional, estímulo sexual, excitación, excitación y deseo, y satisfacción sexual. Todo interconectado y retroalimentado (ver figura 2).

La respuesta sexual femenina es compleja multifactorial, como se dijo. He aquí un breve resumen de los factores que influyen en el deseo sexual y la excitación en las mujeres:

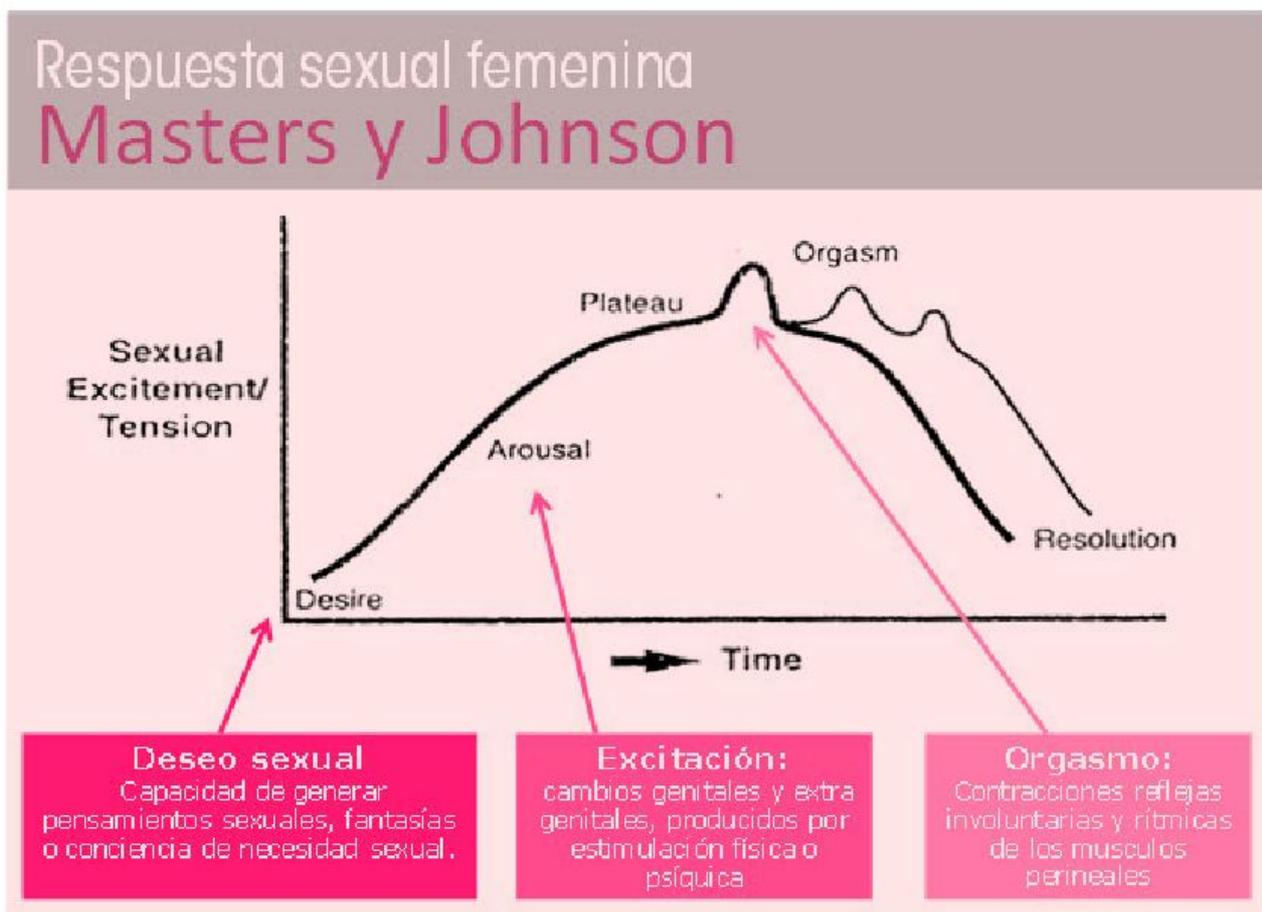
Factores Psicológicos

- o Salud mental actual y pasada
- o Imagen corporal
- o Bienestar general
- o Sentimientos hacia la pareja
- o Influencia de situaciones y experiencias previas, ansiedad, expectativa de una mala experiencia, ansiedad sexual, depresión, cansancio
- o Expectativas por el encuentro sexual

Factores Fisiológicos :

- o La respuesta vasocongestiva sexual en las mujeres ocurre en forma casi inmediata a la estimulación erótica.
- o Está mediada por el óxido nítrico y VIP (péptido intestinal vasosactivo)
- o En concordancia con la influencia de

Figura 1. Modelo de respuesta sexual femenina según Master y Johnson



estrógenos y andrógenos

- o Relacionado con la producción de dopamina
- o Relacionado con la edad
- o Relacionado con la ingesta de psicofármacos y antidepresivos
- o Relacionado con la ingesta de ACO hormonales

Factores Sociales :

- o Debemos considerar los factores habitacionales
- o Mitos sociales

Relación entre las hormonas y la sexualidad

Es muy importante preguntar en la consulta ginecológica sobre la sexualidad de nuestras pacientes. Como especialistas debemos saber que la salud sexual implica un bienestar general. Por tal motivo, es necesario incorporar un breve cuestionario que nos puede aproximar a la situación en la cual se encuentra nuestra paciente.

- ¿Ha experimentado algún cambio en su interés sexual?
- ¿Tiene o siente algún problema con su excitación o en su lubricación?
- ¿Tiene o siente algún problema en lograr el orgasmo?
- ¿Ha experimentado algún dolor o discomfort en sus encuentros sexuales?

Pero en este artículo de revisión, nos interesa disertar sobre la relación de la elección del método anticonceptivo y la sexualidad de nuestras pacientes.

Debemos recordar que los métodos de anticoncepción que mejor se adaptan a la vida social y sexual de las mujeres, pueden ayudar a disminuir los embarazos no deseados. Y que de esta manera mejoran el bienestar sexual de las mismas.

Recordemos que las características de una anticoncepción ideal están relacionado con:

- 1.** Su fácil utilización
- 2.** Ser indoloros
- 3.** El no requerir de intervención médica

en el momento del uso

- 4.** Ser discreto/privado
- 5.** Reversibilidad
- 6.** Mínima interferencia con el funcionamiento corporal y en la vida diaria
- 7.** Alta biodisponibilidad y baja variabilidad
- 8.** Mínima interferencia con otros medicamentos

Según la información obtenida de diferentes estudios, entre los efectos adversos de los anticonceptivos combinados orales (ACO), se incluye la disfunción sexual. Esto provoca con frecuencia la interrupción de la toma. Es conocido que la testosterona desempeña un papel importante en la respuesta sexual femenina y en el deseo. Sabemos que los ACO tienen un efecto antigonadotrópico que suprime la síntesis de andrógenos ováricos. Además el componente estrogénico favorece la producción de globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), con la disminución consiguiente de testosterona libre. Como resultado de este mecanismo de acción, se genera un déficit iatrogénico de testosterona y se observa una alteración en la función sexual femenina.²

De acuerdo con los datos disponibles, los ACO con dosis elevadas de Etinil estradiol (EE) provocan una disminución más acentuada del nivel de SHBG y testosterona libre, en comparación con otras formulaciones. En consecuencia, los ACO con dosis menores de EE o estrógenos menos potentes, como Estradiol, afectarían la función sexual en menor medida.



En cuanto a los progestágenos, su potencia androgénica es variable. Por ejemplo el Levonorgestrel, tiene una actividad androgénica acentuada y su empleo parece más apropiado para mujeres con alteración de la función sexual. De todas maneras los datos disponibles hasta ahora son limitados. También es muy importante tener en cuenta los efectos positivos de la anticoncepción hormonal en la sexualidad.³

1. Mejoría del dolor: mejoría en dismenorrea primaria y dispareunia profunda. El más exitoso es el Dienogest.

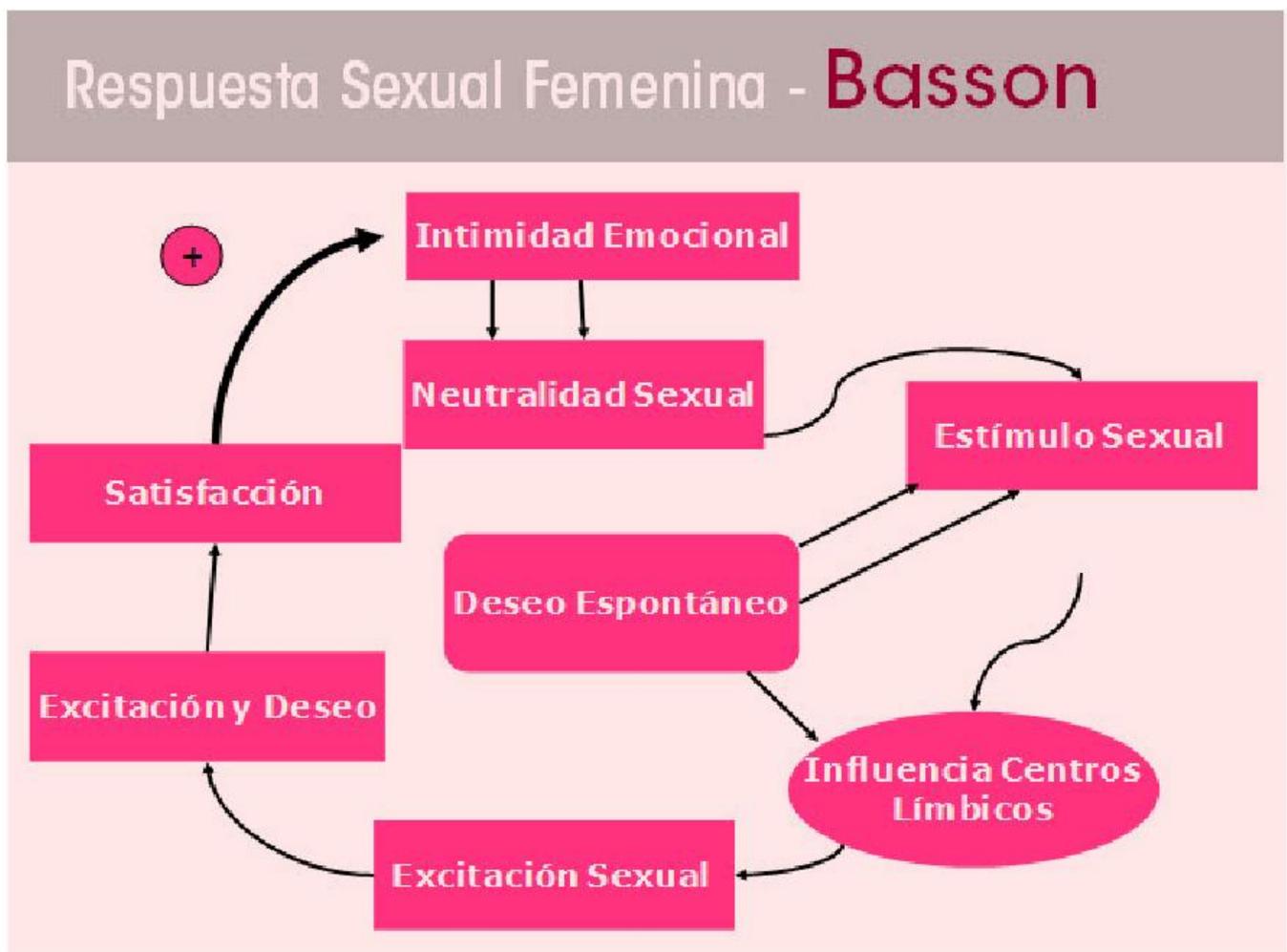
2. Menor cantidad de sangrado menstrual: todos los anticonceptivos hormonales disminuyen alrededor de un 40% el sangrado. Mejor respuesta con Estradiol más Acetato de Nomegestrol.

3. Elimina el miedo al embarazo no deseado. En EEUU el 50% de los embarazos no son buscados. En Argentina el 20% de los embarazos son en menores de 18 años.

4. Mejorar el aspecto físico, en especial acné e hirsutismo. El mejor beneficio se obtiene con progestágenos como Ciproterona, Drospirinona o Dienogest.

COMO ESPECIALISTAS DEBEMOS SABER QUE LA SALUD SEXUAL IMPLICA UN BIENESTAR GENERAL

Figura 2. Esquema de respuesta sexual femenina según Dr. Basson



Efecto de los diferentes anticonceptivos sobre la sexualidad

Los estudios avalan que las mujeres que usan la combinación de ACO de 21 días activos, tienen mayor frecuencia de encuentros sexuales coitales y mayor respuesta orgásmica que las mujeres que usan otros métodos.²

También se avala el hecho que los efectos negativos de los ACO sobre la sexualidad, disminuyen con el uso y en general desaparecen a los 12 meses.

Es posible que la combinación de Valerato de Estradiol/Dienogest tenga un efecto beneficioso sobre la sexualidad de las pacientes usuarias del mismo.

Como contraparte existen evidencias sobre efectos adversos sobre la sexualidad con el uso de anticoncepción oral combinada. Esto tendría base en:

- El efecto antigonadotrópico que suprime la síntesis de andrógenos ováricos.
- El efecto estrogénico que favorece la producción de globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG).

- Existe una disminución sérica de andrógenos.
- Hay síntomas de atrofia vaginal con disminución de la lubricación y vestibulitis.

La disminución de la lubricación en las mujeres que usan anticoncepción hormonal se produce en alrededor del 30% de los casos, pero esta disminución se produciría con mayor énfasis en la anticoncepción hormonal vía oral que en la vía vaginal. Con respecto a la vestibulitis, no está presente en todas las formulaciones.

En relación al deseo sexual femenino, nos preguntamos si la anticoncepción hormonal lo disminuye realmente. Es verdad que el deseo sexual femenino es complejo y multifactorial, pero la evidencia demuestra que:

- 1.** El EE a través del paso hepático, incrementa la SHBG, la testosterona es más afín y así disminuye en sangre.
- 2.** La Drosperinona actúa como anti androgénico.
- 3.** Los ACO disminuyen la producción de andrógenos ováricos.



Como solución a alguno de estos procesos, podemos realizar algunas acciones como rotar la vía oral por la vía transdérmica o vía vaginal o elegir cambiar a otros progestágenos más androgénicos. También podemos modificar el método anticonceptivo de las pacientes como también reemplazarlos por fórmulas con estrógenos menos potentes (ya que el etinil estradiol disminuye en forma más acentuada la SHBG y la testosterona libre). Con respecto a los progestágenos, su potencia androgénica es variable. El Levonorgestrel tendría una actividad androgénica alta.

Según los diferentes trabajos, algunas mujeres son más sensibles al descenso de testosterona que otras.⁴

La sexualidad diádica se vio más afecta-

Conclusiones y Reflexiones

La sexualidad femenina es claramente compleja y multifactorial. Con respecto a la influencia de la anticoncepción hormonal en la sexualidad, si bien muchos estudios demuestran una disminución de la testosterona libre y un aumento de la SHBG, esto muchas veces no se correlaciona directamente con el interés sexual. No se ha demostrado un efecto negativo de los anticonceptivos hormonales sobre la sexualidad de las mujeres en la mayoría de los estudios.

Es posible que algunas mujeres sean más sensibles a algunas formulaciones y a los cambios endógenos hormonales.

Hay algunas diferencias entre productos y vías de administración, útiles para la con-

NO SE HA DEMOSTRADO UN EFECTO NEGATIVO DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES

da por la relación de pareja y el humor que por otras variables como el receptor androgénico y el tipo de anticonceptivo utilizado.⁵

Existen evidencias de que la anticoncepción hormonal por vía vaginal, tendría efectos beneficiosos sobre la sexualidad de muchas mujeres. Esto incluye la educación y el reconocimiento de su propia vagina. Percibe su propio cuerpo y que se sienta más comfortable.⁶

La combinación de 17βestradiol/Nomegestrol cuya eficacia, tolerabilidad y aceptabilidad fueron evaluadas por el estudio SAMBA, no encontró diferencias significativas con su comparador, etinil estradiol más drospirenona en régimen 24+4, con pequeños cambios positivos en algunos ítems.⁷

En cuanto a los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs por su sigla en inglés) se ha observado que el implante de Etonorgestrel disminuiría el deseo sexual en el 2,5% de las pacientes. Por otro lado el SIU con Levonogestrel aumentaría el deseo sexual.

sejería anticonceptiva. La habilitación de permisos en la sexualidad en el consultorio es algo importante.

El efecto de la anticoncepción hormonal sobre la sexualidad femenina parece relacionarse con un equilibrio entre la actividad androgénica residual de los progestágenos y el efecto de los niveles de SHBG y testosterona libre, pero todavía nos queda mucho por investigar en el tema.



BIBLIOGRAFÍA

1. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N England J Med* 2006 354(14): 1497-1506.
2. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med.* 2012; 9(9):2213-23.
3. Battaglia C, Morotti E, Persico N, et al. Clitoral vascularization and sexual behavior in young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring: a prospective, randomized, pilot study. *J Sex Med.* 2014 Feb; 11(2):471-80
4. Graham CA, Bancroft J, Doll HA et al. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology.* 2007 Apr; 32(3):246-55.
5. Elaut E, Buysse A, De Sutter P, et al. Relation of androgen receptor sensitivity and mood to sexual desire in hormonal contraception users. *Contraception.* 2012 May; 85(5):470-9.
6. Davis S, Bitzer J, Nappi R y Col. "Ventajas de la combinación de Estradiol Valerato y Dienogest sobre la función sexual" *J of Sexual Medicine* 2013. 20: 3069-3079
7. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, et al. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17 β -oestradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011 Dec; 16(6):430-43.



TAMIZAJE PARA CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y NEISSERIA GONORRHOEAE

BASADO EN FACTORES DE RIESGO, PREVIO A LA COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Original research article: Risk-based screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae prior to intrauterine device insertion

Jaclyn M. Grentzer, Jeffrey F. Peipert, Qihong Zhao, Colleen McNicholas, Gina M. Secura, Tessa Madden
Contraception 92 (2015) 313–318

*Traducción y comentario: Dra. María Elisa Moltoni**

*Médica ginecóloga del Hospital Británico de Buenos Aires y de Halitus Instituto Médico
marumolto@yahoo.com.ar

Introducción

Sabemos que una de las barreras al uso del DIU es el temor a infecciones pelvianas post inserción. Ya se conoce que éstas infecciones son muy raras (1,6 por 1000 usuarias por año), y que cuando se dan, lo hacen en general dentro de los primeros 20 días post colocación, con mayor riesgo en aquellas pacientes con infección por Chlamydia Trachomatis (CT) o Neisseria Gonorrhoeae (NG). Un desafío entonces es identificar a aquellas pacientes de riesgo. Hay diferentes estrategias para hacerlo. Según el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) el tamizaje o screening para CT y NG están recomendado en mujeres con al menos uno de los siguientes factores de riesgo:

- Edad \leq 25 años
- Múltiples parejas sexuales o pareja sexual nueva
- Uso inconsistente del preservativo
- Historia previa de alguna ITS
- Intercambio de sexo por dinero, drogas, comida o refugio (survival sex)

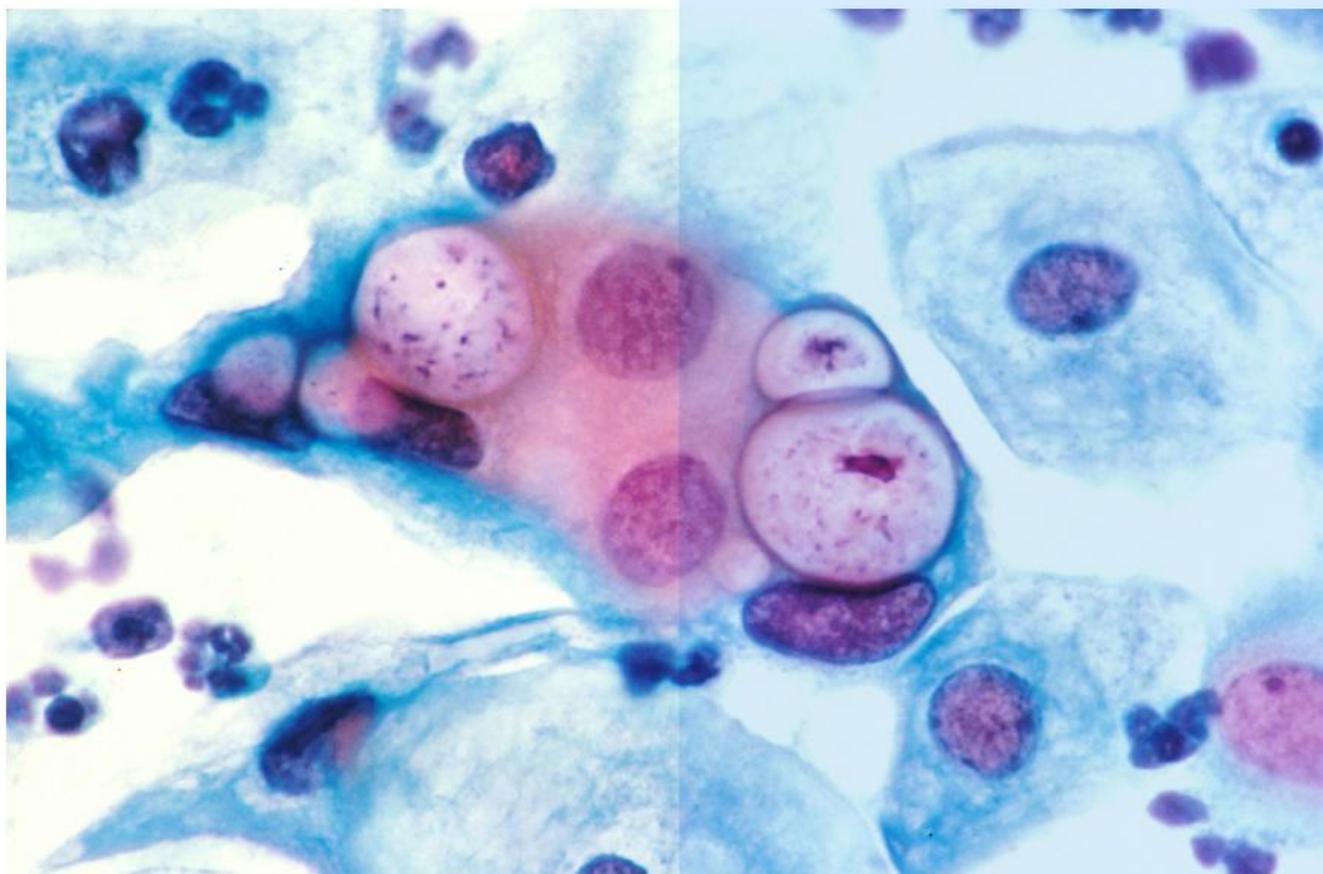
Según este organismo, si la paciente cumple alguno de estos criterios¹ debe procederse al screening asociado a la colocación del DIU. Agrego entonces que se podría, según el CDC, tomar el material para detección en el mismo acto en que se coloca el DIU, sin necesidad de diferir la inserción. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) por su parte recomienda screening para CT y NG previo a la colocación en pacientes con "alto riesgo de ITS" antes o en el momento de la colocación. Sin embargo no existe una recomendación uniforme al respecto. Cabe aclarar que no se inserta el mismo día si se encuentra una cervicitis mucopurulenta o la paciente ha tenido enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), de acuerdo también con los criterios de elegibilidad de la OMS.²

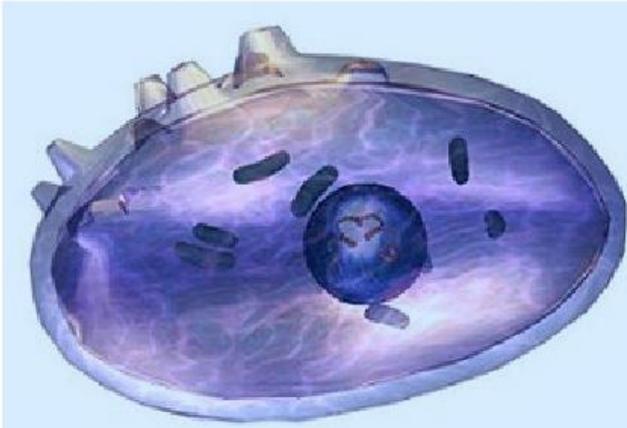
Frente a esto surge el objetivo de este interesante trabajo, un análisis secundario del tan famoso proyecto CHOICE. Este proyecto fue diseñado para promover el uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (Long active reversible contraception Methods, LARCs) y disminuir la tasa de embarazo. El mismo incluyó a 9256 pacientes (entre 14 y 45 años) que recibieron consejería estandarizada sobre métodos anticonceptivos, recibiendo el método elegido en forma gratuita. En aquellas que se decidieron por el DIU se midió la prevalencia de infección por CT y NG, comparándose la performance de tres estrategias de screening:

a) estrategia "basada en la edad"- sólo en \leq de 25 años

b) "basada en edad/parejas" - sólo en \leq 25 años y/o múltiples parejas sexuales (en este estudio como no se preguntó específicamente por número de parejas se tomó como múltiples a aquellas que referían 2 parejas en los últimos 30 días o dos relaciones concomitantes en ese mismo período)

c) "basada en riesgo"- en \leq 25 años, múl-





calcular las variables categóricas. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo (VPN y VPP), y los ratios de probabilidad de los diferentes algoritmos de screening previamente descritos, comparados a los resultados de los test de detección para CT y NG utilizando el auto hisopado por PCR.

Se desarrolló un modelo de regresión multivariado utilizando las variables que representaban los criterios de screening del CDC (excepto por sexo por supervivencia, dado que sólo 6 pacientes lo referían, todas negativas para CT y NG). La idea era que, dado que se conocía el estatus de CT y NG de todas las pacientes, se podía ver cuántas pacientes se "hubiera perdido de diagnosticar" cada estrategia de screening empleada.

Entre las 8.256 pacientes del proyecto CHOICE, 5.362 eligieron un DIU o un SIU-LNG (endoceptivo con levonorgestrel). Algunas se excluyeron por la toma incorrecta del hisopado o por negarse a par-

AL MOMENTO DE LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO, 2.8% TUVIERON POSITIVIDAD PARA C. TRACHOMATIS, 0.3% PARA N. GONORRHOEAE Y 0,1% POSITIVIDAD PARA AMBAS

tiples parejas sexuales, uso inconsistente del preservativo y/o historia previa de infecciones de transmisión sexual (ITS). Vale aclarar que el "uso inconsistente del preservativo" fue definido así si la usuaria reportaba usarlo a veces, casi nunca o nunca, mientras que "uso consistente" si era usado siempre o casi siempre. La historia de ITS se consideró positiva si existía antecedente personal de CT, NG, HIV, Trichomonas vaginalis, sífilis o herpes genital. El sexo por supervivencia no fue evaluado en este estudio.

Los test de screening en este estudio fueron obtenidos por un hisopado auto tomado por la paciente y analizados por PCR durante el enrolamiento en el estudio. Se utilizaron test de Chi cuadrado para

tipicar, con lo cual la población de estudio fueron 5087 usuarias. Al momento de la inserción del dispositivo, 140 (2.8%) tuvieron positividad para C. trachomatis, 16 (0.3%) para N. gonorrhoeae y 6 (0,1%) positividad para ambas. Entre otros factores analizados, a pesar de que podríamos inferir lo contrario, se observó falta de asociación entre infección por CT o NG con sexo por supervivencia o con uso inconsistente del preservativo (los autores comentan esta llamativa situación, manifestando no encontrar explicación para la misma).

Se observó que la estrategia de tamizaje "basado en riesgo" presentó la mayor sensibilidad (99,3%) pero la menor espe-

cificidad (7,6%), y que utilizando esta estrategia sólo una mujer con infección por CT o NG no hubiera sido diagnosticada. Mientras tanto, en comparación, utilizando la estrategia de tamizaje "basado en edad" o "basado en edad/parejas" no se hubieran diagnosticado 29 (19,3%) y 23 (15,3%) mujeres, respectivamente.

En cuanto a los Odds Ratio (OR) que observaron para tener CT o NG, el OR fue de 3,73 en mujeres con edad ≤ 25 años, 1,99 con múltiples parejas sexuales, 2,09 en raza negra y 2,49 con nivel educativo menor al colegio secundario.

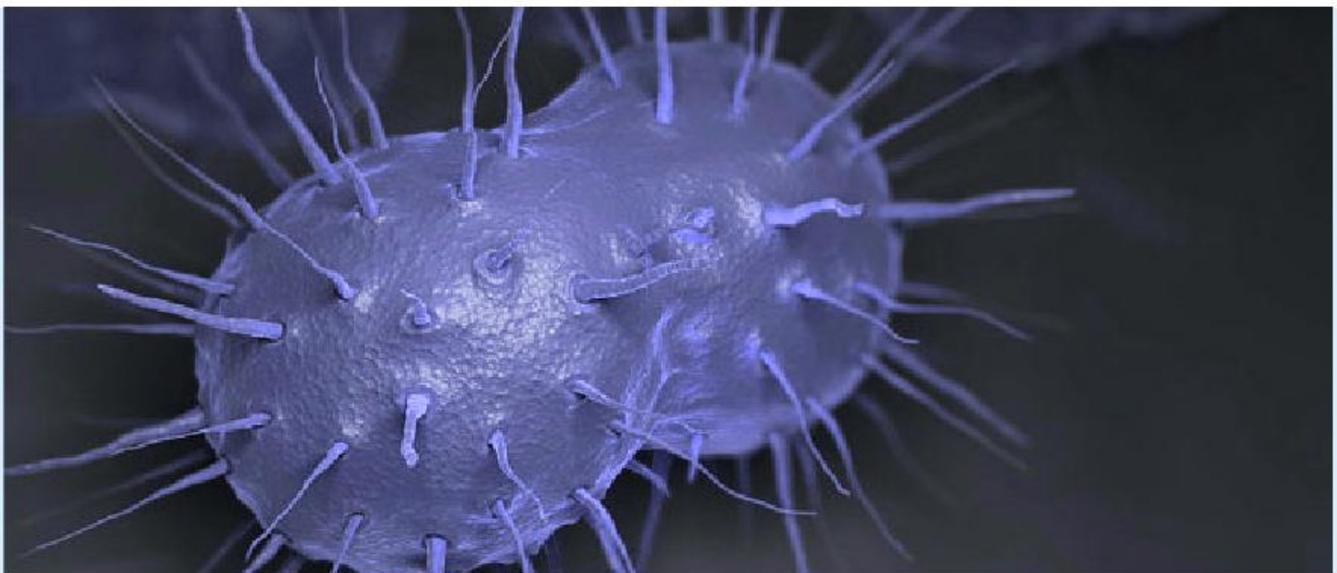
Discusión y conclusión

De las tres estrategias de screening, la "basada en riesgo" (edad ≤ 25 , uso inconsistente del preservativo, múltiples parejas sexuales, historia de ITS) fue la que presentó la mayor sensibilidad para identificar a las infectadas por Chlamydia Trachomatis (CT) o Neisseria Gonorrhoeae (NG). El VPN fue elevado, indicando que si la paciente no presentaba ninguno de los tres factores mencionados era muy improbable que presentara la infección. De hecho, basados en esta estrategia, como se aclaró antes, sólo se hubiera perdido de detección una paciente con CT (0,7%). Teniendo en cuenta las otras estrategias evaluadas por los autores se "hubieran escapado" de la detección un 19,3% "basados en edad" y 15,5% "basados en edad/parejas". Al menos para

la población en estudio, la estrategia de screening basada en riesgo parece ser la más efectiva.

La prevalencia encontrada en la población estudiada (usuarias de DIU dentro del proyecto CHOICE) fue del 2,7% para CT y 0,3% para NG. La prevalencia global en el CHOICE para detección fue de 3.1% y 0.4% para CT y NG, respectivamente. Una fortaleza del estudio es la amplia cohorte que realizó el screening en forma sistemática.

Comparar estas cifras con datos en nuestra población argentina resulta dificultoso, dado que no tenemos muchos datos con respecto a prevalencia. La misma a su vez varía según la edad y población. López Kaufman y colaboradores, en una investigación publicada en el 2003, rea-

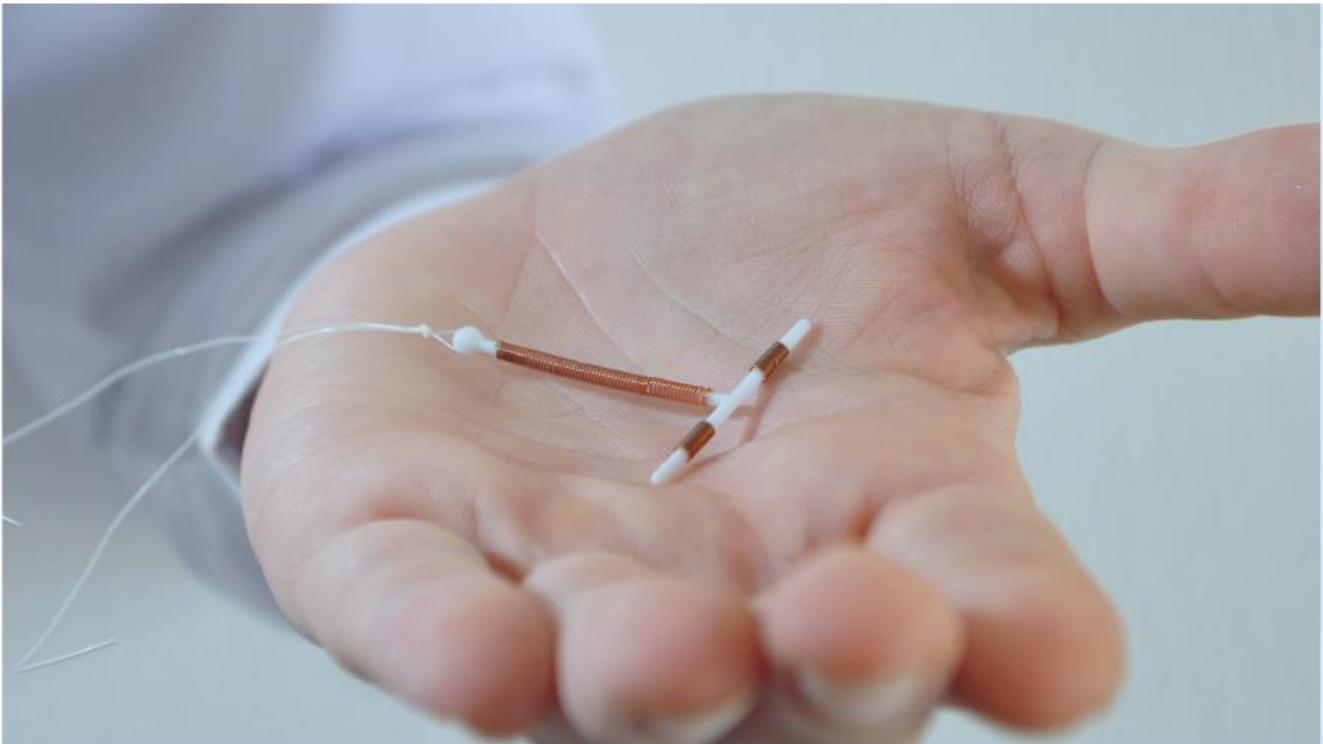


lizada en el hospital Rivadavia de Buenos Aires en 126 adolescentes sexualmente activas, encontraron una prevalencia de CT en orina de 1° chorro por LCR (Reacción en cadena de Liasa) del 9,5%.³ Además, no está instalado en el país el screening para Chlamydia, quedando muchas veces a criterio del profesional, o muchas veces realizándose en el contexto de flujo o una enfermedad pélvica inflamatoria instalada clínicamente.

Además de la prevalencia mencionada sabemos que la tasa de EPI post inserción en este subgrupo de pacientes del CHOI-

ayudarnos a enfocar en aquellas pacientes con mayor riesgo de positividad, a través de su investigación por un simple interrogatorio: más allá de la edad, preguntando por el número de parejas sexuales, la historia de ITS previas, y el uso inconsistente del preservativo.

Si deseamos hacer la búsqueda o la detección en pacientes asintomáticas porque las consideramos de riesgo, sepamos podemos hacerlo, según diferentes recomendaciones, al mismo momento de la inserción, sin posponer la misma sin necesidad. En tal caso tratando, si fuese



CE fue del 0,46% a los 6 meses, reportada en otra publicación⁴, y en general la tasa de EPI post inserción de DIU es baja, pero esta realidad choca contra otra instalada en la cultura médica y popular, que afirma sin fundamento que la posibilidad de EPI es alta, aún alejados al tiempo de la colocación.

Consideré interesante realizar el comentario de este artículo, invitándolos a leerlo en forma completa, porque ayuda, si bien con falta de datos concretos en nuestra población, a situarnos en la posibilidad concreta de infección por CT o NG en nuestras pacientes. Y por otro lado a identificar factores de riesgo que podrían

necesario, a las pacientes positivas cuando vuelven al control (con el DIU in situ). Habría contraindicación para la colocación si existe un diagnóstico actual de infección por CT o NG, cervicitis mucopurulenta o EPI en los últimos 3 meses. En el presente estudio los autores no reportan en cuantas usuarias debieron diferir la inserción por los motivos mencionados antes. Desde ya y según estos resultados el screening universal de las pacientes para CT y NG previo a la colocación no sería necesario.





BIBLIOGRAFÍA recomendada

- 1.** U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013 MMWR Vol.62 No. 5
- 2.** Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. Fifth edition 2015 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/clinical/es/>
- 3.** López Kaufman C y col. Prevalencia de infección por Chlamydia Trachomatis en una población hospitalaria de mujeres adolescentes. Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv. 2003. Vol 10- N° 1-Pág 5-9.
- 4.** Birgisson NE y col. Positive testing for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis and the risk of pelvic inflammatory disease in IUD users. J Womens Health 2015;24: 354-9.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ETONORGESTREL Y EL IMC

EN MUJERES UTILIZANDO EL IMPLANTE CONTRACEPTIVO POR MÁS DE UN AÑO

Relationship between etonogestrel level and BMI in women using the contraceptive implant for more than 1 year

Kathleen M. Morrell, Serge Cremers, Carolyn L. Westhoff, Anne R. Davis
Contraception 93 (2016) 263–265

*Traducción y comentario: Dra Mariela Orti**

*Médica ginecóloga. Sección de Ginecología Infanto-Juvenil y Sección de Planificación Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires.
mariela.orti@hospitalitaliano.org.ar

Introducción

Dos tercios de las mujeres en edad reproductiva en los Estados Unidos tienen ya sea sobrepeso u obesidad. Los métodos anticonceptivos de gestágenos solos, como el implante subdérmico de eto-norgestrel (ENG) de 3 años de duración, pueden ser preferibles para las mujeres obesas para así evitar el riesgo adicional de trombosis relacionado al estrógeno. El implante libera entre 35 a 45 μcg por día durante el primer año de uso con niveles que continúan luego de esto en descenso, previniendo el embarazo por supresión de la ovulación y por el incremento en la viscosidad del moco cervical.

La composición corporal puede llegar a modificar la anticoncepción hormonal por el incremento en el volumen de distribución y la alteración en el clearance del plasma en la población obesa. Hay tres estudios que describen los niveles de ENG en mujeres obesas usuarias del implante: una serie de casos de 3 mujeres antes y después de una cirugía bariátrica; un estudio farmacocinético que compara 13 mujeres obesas contra 4 controles con peso normal; y un subanálisis del estudio CHOICE que evalúa los niveles durante el tercero y cuarto año de uso.

Este análisis expande la limitada información disponible hasta la fecha en los estudios de los niveles de ENG relacionados

con el índice de masa corporal (IMC) en una muestra de la comunidad compuesta principalmente por mujeres hispánicas. El objetivo primario fue cuantificar los niveles de ENG en usuarias del implante, luego de un año de uso, en las diferentes categorías de IMC. El objetivo secundario fue describir que proporción, si es que hubo alguna, en que se encontró por debajo de los niveles sugeridos para la supresión de la ovulación (90 pg/ml). Se hipotetizó que los niveles de etonorgestrel estarían más bajos en las mujeres con los mayores niveles de IMC y que ninguna mujer se encontraría con los niveles por debajo del umbral sugerido para la supresión de la ovulación.



LA COMPOSICIÓN CORPORAL PUEDE LLEGAR A MODIFICAR LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POR EL INCREMENTO EN EL VOLUMEN DE DISTRIBUCIÓN Y LA ALTERACIÓN EN EL CLEARANCE DEL PLASMA EN LA POBLACIÓN OBESA.

Materiales y métodos

Se condujo un estudio descriptivo de corte transversal con muestras de mujeres con peso normal ($\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25$ y $< 30 \text{ kg/m}^2$) y obesas ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), utilizando el implante de ENG conformado por una única varilla, durante por lo menos un año. Luego de un consentimiento informado, las participantes completaron un cuestionario para la recolección de información demográfica y datos relevantes para la historia clínica. Un asistente del estudio les tomó los datos de peso, talla y realizó la extracción de sangre del brazo contralateral al implante. Se comprobó el tiempo en meses desde la colocación del implante al día de la extracción de sangre, a partir de la historia clínica o de la tarjeta identificadora del implante. Se midió el nivel de ENG en suero mediante espectrometría de masa acoplada a cromatografía líquida (LC-MS/MS liquid chromatography-mass spectrometry)

Resultados

Se enrolaron en el estudio 52 mujeres desde diciembre de 2012 a octubre de 2013: peso normal ($n=10$), sobrepeso ($n=19$), obesas ($n=23$). Las características demográficas fueron similares en todos los grupos. La mediana del tiempo desde la inserción del implante a la fecha de la extracción de sangre fue de 35 meses (rango de 13-45 meses). Ningún



participante había recibido medicación inductora enzimática dentro de los últimos 6 meses.

Los niveles de ENG fueron comparables entre las distintas categorías de IMC y ninguna de las participantes tuvo niveles inferiores al umbral sugerido para la inhibición de ovulación de 90 pg/mL. Hubo una tendencia a una disminución en los niveles de ENG a medida que incrementó el tiempo desde su colocación, consistente con el esperado descenso lento de estos niveles ($p=.08$). Luego de controlar por tiempo, los niveles de ENG continuaron siendo similares entre los distintos rangos de IMC. En todas las comparaciones, las mujeres con sobrepeso tenían niveles ligeramente mayores de ENG que las mujeres con peso normal o las obesas cuyos niveles fueron similares.

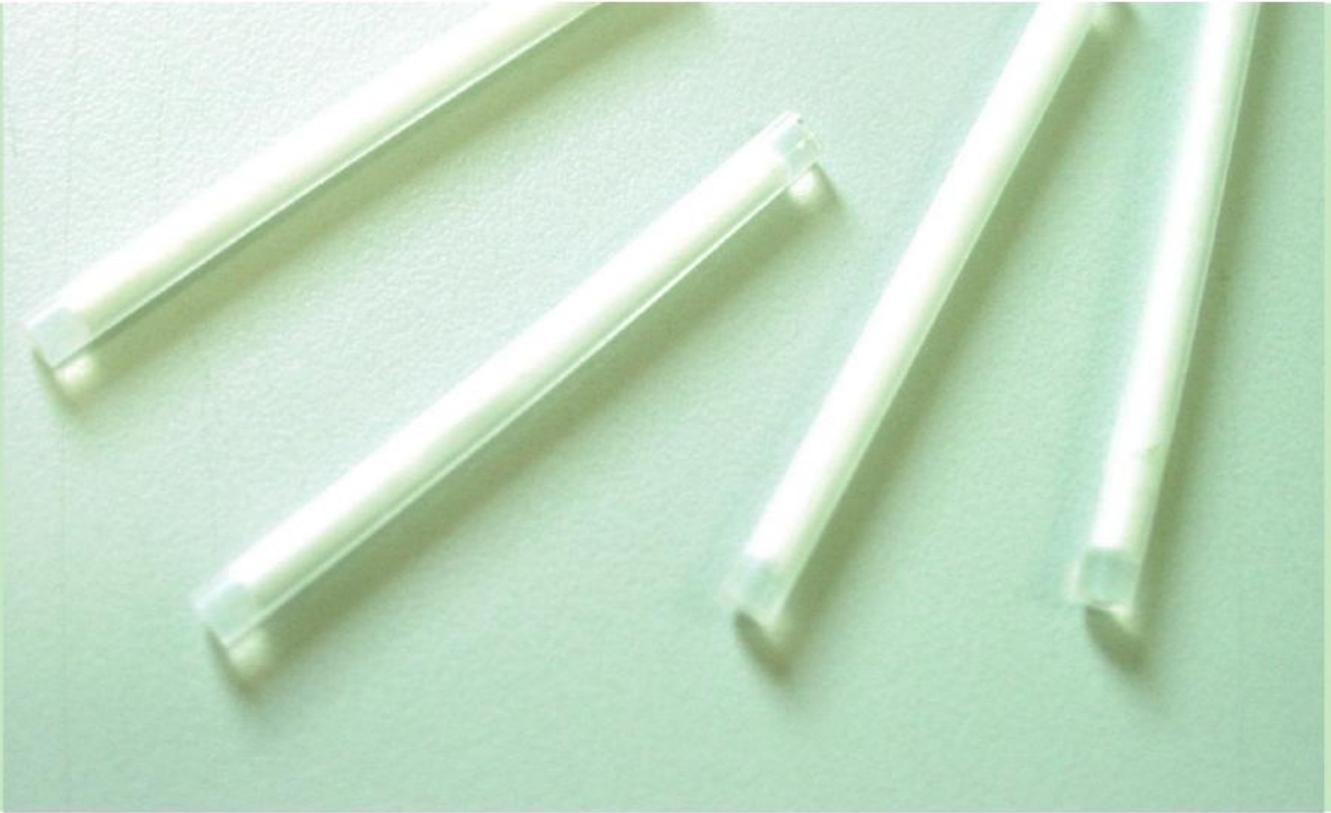
Discusión

Este estudio de principalmente mujeres hispánicas a las que se les colocó un implante contraceptivo de ENG, encontró niveles terapéuticos en todas ellas luego de un año de uso independientemente del IMC. Estos resultados son consistentes con los de McNicholas en población afroamericana. Estos resultados también avalan la alta tasa de efectividad del implante de ENG observada en mujeres obesas (0,23 por 100 mujeres-año)

Los primeros estudios en mujeres obesas utilizando el implante fueron pequeños y midieron los niveles en menos de un año de uso. Un estudio reciente más grande mostró que no hubo diferencias en los niveles de ENG en mujeres con diferentes categorías de IMC a los 3 y 4 años de uso. A mayor duración de uso algunos niveles de ENG en pacientes con sobrepeso y obesas cayeron por debajo de 90 pg/m, que se presume que es el umbral para la

Características de las participantes por BMI

	Normal n=10	Sobrepeso n=19	Obesidad n=22
Mediana de edad	27 (21-32)	29 (20-43)	27 (18-44)
Raza	0	3	1
Blanca no hispánica			
Hispánica	8	16	21
Afroamericana	2	0	1
Mediana de gravidez	4 (1-7)	3 (0-15)	3 (0-11)
Mediana de paridad	2 (0-4)	1 (0-5)	1 (0-6)
Mediana de tiempo desde inserción (meses)	38	35	34
Rango de tiempo desde la inserción (meses)	(17-54)	(14-42)	(13-39)
Mediana IMC	23	27	35
Rango IMC	(21-25)	(25-29)	(31-56)
Mediana ENG pg/mL	216	288	225
Rango	(117-523)	(134-558)	(128-511)



supresión de la ovulación. No queda claro si la alta eficacia del implante de ENG observada en este estudio (0 por 100 mujeres año) se debe puramente a la supresión de la ovulación o a los efectos producidos en el moco cervical aún si ocurriera la ovulación en forma ocasional.

Este estudio tiene un poder limitado dado la gran variabilidad del ENG y el tamaño muestral pequeño. Sin embargo los resultados avalan que no habría efecto en los niveles de ENG con el aumento del IMC dentro de los 3 años de uso del implante y reasegura que el implante es una opción efectiva para todas las mujeres de todos los IMCs. Aún se requieren de más estudios farmacodinámicos para definir los niveles de ENG (medidos por LC-MS/MS) que se asocian con una completa supresión de la ovulación.

Comentarios

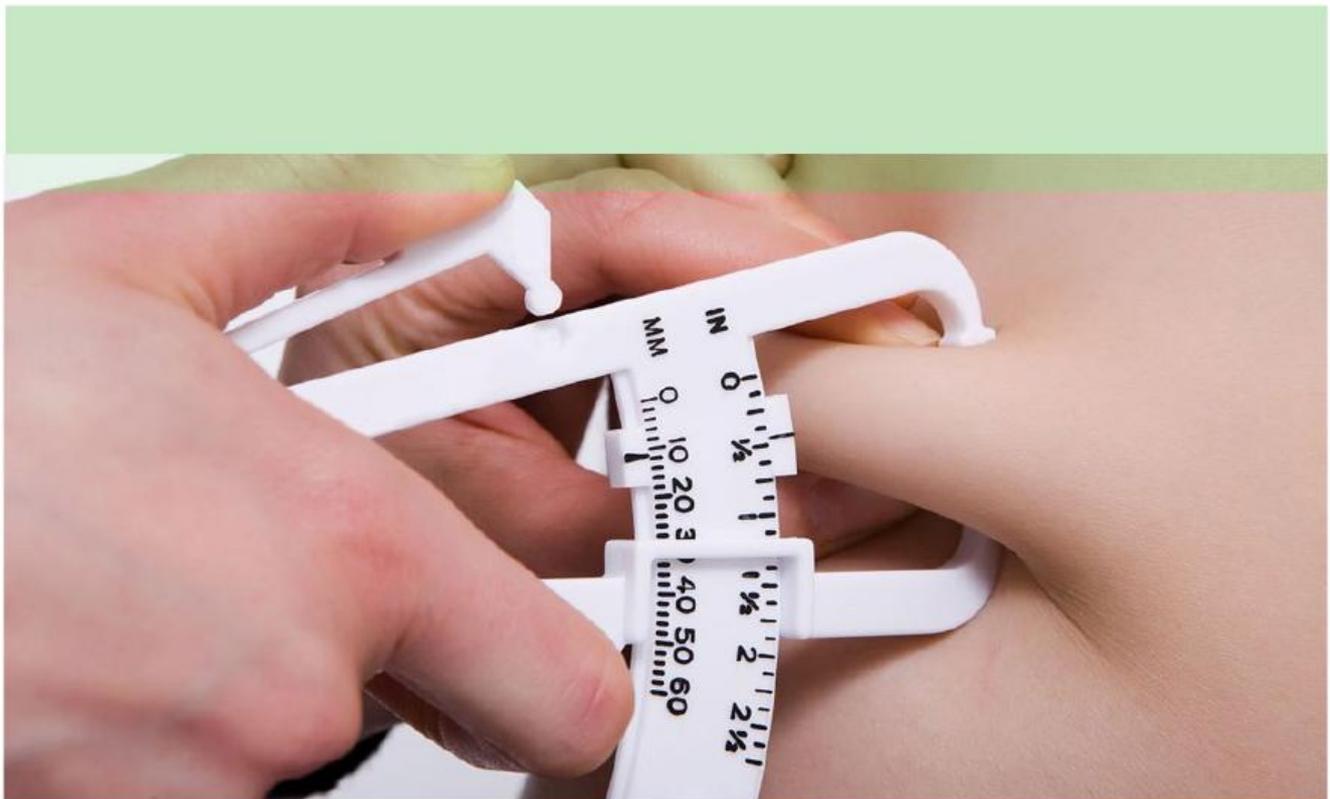
La obesidad es un problema lamentablemente cada vez más prevalente en la población y un embarazo en una paciente

obesa conlleva riesgos tanto para el feto como para la madre. Es de suma importancia entonces evaluar la efectividad de los distintos métodos y cómo se ve afectada por el incremento de peso. Para la píldora anticonceptiva de emergencia, de levonorgestrel, si bien la bibliografía es controversial y la OMS señala que es de categoría 1 para la obesidad, hay estudios que muestran una disminución de su efectividad con IMCs mayores a 25 y mayores a 30. La guía de interacciones medicamentosas sugiere en estos casos duplicar la dosis de levonorgestrel para lograr la efectividad deseada. El etonorgestrel es un método de gestágeno solo, al igual que el levonorgestrel, y al momento no se ha evidenciado ningún estudio que muestre una disminución de su efectividad en las pacientes con sobrepeso u obesas. Es por ello que esta población debe recibir consejería sobre los métodos anticonceptivos al igual que el resto, sin olvidar señalar los riesgos que conlleva el sobrepeso y la obesidad en sí y para un embarazo.



BIBLIOGRAFÍA recomendada

- 1.** Ciangura C, Corigliano N, Basdevant A, Mouly S, Declèves X, Touraine P, et al. Etonogestrel concentrations in morbidly obese women following Roux-en-Y gastric bypass surgery: three case reports. *Contraception* 2011;84:649-51
- 2.** Mornar S, Chan LN, Mistretta S, Neustadt A, Martins S, Gilliam M. Pharmacokinetics of the etonogestrel contraceptive implant in obese women. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(2):110.e1-6
- 3.** McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q, Swor E, Peipert JF. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the U.S. Food and Drug Administration-approved duration. *Obstet Gynecol* 2015;125(3):599-604.
- 4.** Xu H, Wade JA, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura GM. Contraceptive failure rates of etonogestrel subdermal implants in overweight and obese women. *Obstet Gynecol* 2012; 120(1):21-6
- 5.** Kapp N, Abitbol JL, Mathe H, Scherrer B, Guillard H, Gainer E, et al. Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception. *Contraception* 2015;91: 97-04.
- 6.** Chuang CH, Chase GA, Bensyl DM, Weisman CS. Contraceptive use by diabetic and obese women. *Womens Health Issues* 2005;15: 167-73.





A.M.A.d.A.

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Diseñado por DoxaDesign.com.ar