

BOLETÍN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE
SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)



"La personas más hermosas que hemos conocido son aquellas que han conocido la derrota, el sufrimiento, la lucha, la pérdida y han encontrado la salida a esas profundidades"

ELISABETH KUBLER-ROSS (1926-2004)
Psiquiatra y escritora suizo-estadounidense

DIRECTOR DEL BOLETIN:

Pío Iván Gómez Sánchez.

COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Desireé Mostajo, Angélica Vargas

DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

Dirección Administrativa FLASOG Sede Permanente FLASOG

Dirección: Plaza Comercial San Fernando, primer piso, ofic Nro.26. Panamá, República de Panamá

Teléfono: +507 261-9873

Correo electrónico: oficina@flasog.org

COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Edgar Ivan Ortiz Lizcano. Presidente
Dr. Rafael Padrón Burgos. Vice-Presidente
Dr. Néstor César Garello. Secretario
Dr. Rodrigo Alfonso Arias Alvarez. Tesorero
Dr. Samuel Karchmer K. Presidente Electo
Dr. José Fernando De Gracia S. Past Presidente

DIRECTORES

Dr. Ricardo Fescina Director Ejecutivo
Dr. Rubén Darío Mora Director Administrativo
Dr. Paulino Vigil Coordinador Científico

COMITÉS DE FLASOG Periodo 2014-2017 Comité Científico del XXII Congreso FLASOG 2017

Dr. Paulino Vigil De Gracia (Coordinador)
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Kristian Navarro
Dr. Miguel Ruoti
Dr. William Sánchez

Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Dr. Pío Iván Gómez Sánchez (Coordinador)
Dr. René Castro
Dr. José Cender Figueroa
Dra. Desireé Mostajo Flores
Dra. Angelica Vargas

Comité Medicina Reproductiva

Dra. Ivonne Díaz (Coordinadora)
Dr. Jorge Alberto Campos Cañas
Dr. Roberto Epifanio Malpasi
Dr. Alfredo Celis
Dr. Ricardo Agustin Hernan

Comité de Climaterio

Dr. Jose de Jesús Montoya (Coordinador)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas
Dr. Néstor Siseles
Dr. Julio Pozuelos
Dr. Alejandro Paradas Caba
Dr. Julio Morfin Marín

Comité de Mortalidad Materna

Dr. José Douglas Jarquin (Coordinador)
Dr. Paulo Meade
Dra. Wendy Carcamo
Dr. Juan Trelles
Dr. Héctor Bolatti
Dra. María Fernanda Escobar Vidarte
Dr. Mario Pérez
Dr. Eghon Guzmán

Comité de Endoscopia Ginecológica

Dr. Jimmy Castañeda (Coordinador)
Dr. Jorge Sarrouf
Dr. Guillermo Campuzano
Dr. Milciades Albert
Dr. Miguel Cáceres

Comité Científico y de Congresos

Dr. Paulino Vigil de Gracia (Coordinador)
Dr. William Sánchez
Dr. Christian Navarro
Dr. Miguel Ruoti Cosp
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Germán Thevenet

Comité de Desarrollo Organizacional

Dr. Rubén Darío Mora (Coordinador)
Dr. Nestor Garello
Dr. Alfonso Arias
Ing. Diana Cuintaco
Dr. Alvaro Erramusepe

Comité de Cáncer Ginecológico

Dr. Gustavo Ferreiro (Coordinador)
Dr. Agnaldo Lopes Da Silva Filho
Dra. Lina Maria Trujillo
Dr. Erick Jacobo Alvarez Rodas
Dra. Agueda Santana Martinez
Dr. Valentín Jaimes
Dr. Antonio Villavicencio

Comité de Perinatología

Dr. Eduardo Valerio Fonseca (Coordinador)
Dr. Rogerio Cruz
Dr. Alcibiades Sales
Dra. Catalina Valencia
Dra. Ana Bianchi

Comité de Infancia Adolescencia

Dra. Margarita Castro (Coordinadora)
Dr. Jorge Peláez
Dra. Marisa Labovsky
Dr. Raúl Bermúdez
Dr. Mercedes Pérez
Dra. Grisel Valerio

Comité de Promoción de la Salud y Desarrollo Profesional

Dr. Ricardo Fescina (Coordinador)

Comité de Nominaciones

Dr. José De Gracia
Dr. Roberto Nilson De Melo
Dr. Angel Terrero
Dr. Carlos Fuchtnet

Advertencia

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.

Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.

La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.

Índice

Editorial

| | |
|---|---|
| Aliviar la práctica médica en la mujer: un trabajo mancomunado <i>Ingrid Juliana Moreno Ladino</i> | 3 |
|---|---|

Artículo central

| | |
|--|---|
| Conocimientos y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva Encuesta a jóvenes estudiantes de la Facultad de Medicina, Argentina <i>Silvia Oizerovich, Belén Provenzano-Castro, Babill Stray-Pedersen</i> | 5 |
|--|---|

Declaración de Consenso de Flasog

| | |
|---|----|
| Carbetocina en la prevención de hemorragia posparto <i>Jack Ludmir, Hector Bolati, Catalina Valencia</i> | 14 |
|---|----|

Aportes Especiales en Sexualidad

| | |
|---|----|
| Viaje al centro del falo: un falso conjuro <i>Carlos Pol Bravo</i> | 23 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Próximos Eventos Académicos | 24 |
|--|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| Resúmenes de artículos | 25 |
|-------------------------------------|----|

ALIVIAR LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA MUJER: UN TRABAJO MANCOMUNADO

Ingrid Juliana Moreno Ladino

*Estudiante X Semestre, Carrera de Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia*

*“La muerte de un hombre es una tragedia.
La muerte de millones es una estadística”*

KURT TUCHOLSKY (1932), escritor alemán.

Es bastante irrisorio ver como día a día los lineamientos de la práctica médica en general hacen hincapié en la necesidad de propender y preservar el estado de bienestar integral del ser humano y sobrepasar así las escuelas positivistas de antaño, empecinadas en arrinconar nuestro oficio al ámbito de lo estrictamente biológico. Y lo es, porque en realidad existe una pretensión oculta en algunos profesionales de salud en creer que todo aquello relacionado con las esferas psíquicas, emocionales y sociales excluye el arte médico de diagnosticar, tratar y rehabilitar. Ejemplo de ello, es el pensamiento injurioso con que se denomina muchas veces a la Atención Primaria en Salud, prócer en la promoción y prevención de la salud desde y por los mismos pacientes, haciendo referencia sobre ella con términos como “la medicina de los pobres”, “la atención de primer nivel”, entre muchas otras.

Mucho más que ello, la Atención Primaria en Salud es un modelo, un paradigma de medicina que conforma los pilares de la atención sanitaria esencial y entiende la necesaria y plena participación de todos los miembros de una sociedad con el subsecuente desarrollo del sentido de la autorresponsabilidad y la autodeterminación. En ese sentido, no es solo un nivel básico de atención, sino toda la filosofía que un sistema de salud debe contemplar para que éste sea integral, accesible, coordinado y longitudinal con todos y cada uno de sus miembros. Así pues, todos los médicos, especialistas o no, debieran ser expertos en Atención Primaria en Salud, brindando en cada oportu-

nidad las herramientas básicas a cada paciente para que a lo largo de toda su vida tenga contacto con el sistema de salud y así mismo con un estilo de vida digno y saludable. En el caso de las mujeres, debiera ser el pilar para la verdadera protección de sus derechos, resignificando y reconstruyendo en conjunto sus temores, conocimientos, y demás a la luz de la mejor y más asequible evidencia posible. Uno de los escenarios ideales es sin duda la asesoría integral en Salud Sexual y Reproductiva.

La mujer debe ser, a fin de cuentas, gestora autónoma e independiente de su proyecto de vida y debe estar en condiciones para poder decidir con base en las herramientas de hecho y con conocimiento que nosotros como médicos debemos brindarle. Esta asesoría no puede entonces limitarse al ámbito de la demanda (una mujer que va a control prenatal, que acude a un centro de planificación familiar esporádicamente), sino que debe ser ofertada desde cualquier oportunidad, en cualquier momento en que la mujer en edad reproductiva consulte a su médico. Entonces será posible brindar la mejor información disponible sobre planificación y anticoncepción teniendo en cuenta las alarmantes tasas de mortalidad en nuestro medio en este grupo y que tristemente corresponden a complicaciones de gestaciones no deseadas o no planeadas.

La frase introductoria de esta reflexión es una lamentable precisión sobre el estado actual del sector salud y los miembros que hacen parte del mismo. La vida, más allá de ser el fin último a proteger que todo médico debe honrar, tiene que ser abordada con algunos mínimos innegociables, el más importante de ellos tal vez sea la dignidad. Una vida digna no puede ser vista desde me-

ros parámetros estadísticos, las estrategias encaminadas para evitar la mortalidad materna e infantil tienen que ser elaboradas desde las poblaciones, comprendiendo y compartiendo las culturas, tradiciones, saberes y visiones de mundo propias que, seguramente, tienen objetivos que se trazan en común y defienden un mismo principio: la vida es sagrada y debe ser vivida, valga la redundancia, de forma digna, sin excepciones.

Otro gran inconveniente que se aúna a lo anterior es que países emergentes se jactan de tener políticas de protección y atención integral a la mujer pero que distan mucho de solucionar el problema real. Así, incluso dentro del sector salud se encuentran pensamientos y tradiciones arcaicas muy arraigadas sobre los roles, derechos y deberes de la mujer que dificultan que, en efecto, sean una población de especial cuidado, convirtiéndolas en victimarias de sus propias condiciones, juzgando su posición de víctimas y ofreciendo sesgos en una atención que debiera ser, como se mencionó antes, la puerta de entrada de la mujer a la protección de su salud digna.

Oscar Wilde vivifica en su ensayo de 1891 “El alma del hombre bajo el Socialismo” esta tragedia sobre el actuar humano ante las condiciones de inequidad y ante las crisis que como médicos, por ejemplo, muchas veces nos enfrentamos. Dice Wilde al respecto:

“La mayoría de las personas (...) se conmueven, al verse rodeadas de tan tremenda pobreza, tremenda fealdad, tremenda hambre. En el hombre, las emociones se suscitan más rápidamente que la inteligencia; (...) es mucho más fácil solidarizarse con el sufrimiento que con el pensamiento. De esta forma, con admirables, aunque mal dirigidas intenciones, en forma muy seria y con mucho sentimiento, se abocan a la tarea de remediar los males que ven. Pero sus remedios no curan la enfermedad: simplemente la prolongan. En realidad sus remedios son parte de la enfermedad”.

A lo que de manera tan explícita se refiere el autor irlandés es que, en nuestro caso particular, el actuar médico debe ser motivado por la razón y el pensamiento críticos y no con el sentimentalismo transitorio del profesional que ve en consulta a una paciente con una crisis ginecológica y movido por su conocimiento médico sobre la fisiología y la farmacología femeninas despliega una serie de intervenciones que muy seguramente a corto plazo mejorarán y curarán a la mujer, pero en el largo plazo la devolverán al medio que creó esas condiciones originalmente. El quehacer médico debe ser más racional y abordar a cada paciente desde la promoción y la prevención junto con el tratamiento y rehabilitación. Solo viendo cada acercamiento con los pacientes como oportunidades inigualables para modificar un pensamiento fundamentado probablemente en información desacertada, edificada desde los tabúes y el miedo que tienen las sociedades conservadoras como la nuestra, se consigue mejorar la calidad de vida y, al final, en las estadísticas que dicen recoger la calificación cuantitativa de la misma.

Por ello, antes de ser ginecólogos, antes de ser médicos generales, somos servidores de nuestros pacientes. Nuestro deber es educar y educarnos como miembros de una sociedad para que las barreras sociales sobrepongan las limitaciones del sistema de salud y las políticas estatales, aun deficientes al respecto. Pero no es responsable culpar en estos momentos a las grandes esferas políticas cuando nuestras actitudes frente a la construcción comunal de los estilos de vida saludable y las concepciones de la salud-enfermedad tampoco avanzan en deshacer las brechas cimentadas. Quizá la atención primaria en salud sea la respuesta más adecuada y la adversidad innegable de nuestros sistemas de salud sea solo otra de las barreras para su consecución. Sin embargo, es nuestro deber y responsabilidad no desistir ante este ideal pues nos hemos embarcado en una profesión que exige que por la vida humana digna y sagrada como es, se impriman todos los esfuerzos y toda la voluntad propios de la vocación médica.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Encuesta a jóvenes estudiantes de la Facultad de Medicina, Argentina.

Silvia Oizerovich^a, Belén Provenzano-Castro^{a, b}, Babill Stray-Pedersen^{b, c}

INTRODUCCIÓN

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona y de la salud individual. El derecho a la salud constituye un derecho humano esencial. Por lo tanto, los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos [1, 2].

Desde el año 2002, la Argentina ha aprobado varias leyes para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población. A su vez, se han implementado diferentes políticas con el fin de promover estas leyes. Dentro de estas políticas, se encuentran las destinadas a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud sexual y reproductiva.

La Ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable, sancionada en el año 2002, garantiza, entre otros derechos, el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos en forma gratuita, ya sea mediante su entrega a las/los usuarias/os en el sistema público de salud (hospitales y centros de

salud) o con el 100% cobertura a través de obras sociales y prepagas. A partir del año 2007, el Ministerio de Salud de la Nación distribuye en el sistema público de salud del país la anticoncepción hormonal de emergencia (levonorgestrel 1,5 mg). Cabe destacar que, en la Argentina, los métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, son de venta bajo receta.

Desde el año 2006, a partir de la sanción de la Ley 26.130, es posible acceder a la anticoncepción quirúrgica, siendo los únicos requisitos solicitados: ser mayor de edad, recibir una consejería en anticoncepción y firmar el consentimiento informado.

En relación al acceso al aborto o a la interrupción voluntaria del embarazo, el art. 86 del Código Penal, del año 1921, establece que el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1° 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; 2° si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

Es decir que, en la Argentina, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar la interrupción del embarazo que cursa y a acceder a la práctica cuando: el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros, cuando el embarazo proviene de una violación, o cuando el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

a Departamento de Obstetricia y Ginecología, División de Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

b Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway.

c Division of Women and Children, Rikshospitalet, Hospital Universitario de Oslo, Norway.

Autora Correspondiente: Silvia Oizerovich, 2467 Billingham St., Ciudad de Buenos Aires, Argentina CP (C1425AAD). Tel +54911-4478-1181.

Email: soizerovich@gmail.com

A pesar de estas políticas, no se han observado aún modificaciones significativas en los indicadores de salud sexual y salud reproductiva (SSySR), o se han observado de manera muy desigual a lo largo de todo el territorio.

En el año 2013, la tasa de mortalidad materna fue de 32 muertes cada 100.000 nacidos vivos (en total 278 muertes maternas), pudiéndose observar una brecha importante entre provincias, por ejemplo: la tasa de mortalidad materna fue de 16 en la Ciudad de Buenos Aires (Capital Federal) mientras que fue de 92 y 112 en las provincias de Formosa y La Rioja respectivamente (provincias del norte del país) [3]. El 18% del total de muertes maternas del año 2013 fueron por embarazos terminados en aborto. El 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años, entre ellas nueve adolescentes de 15 a 19 años [3, 4].

Se estima que anualmente se realizan entre 370 y 460.000 abortos, la mayoría de ellos en condiciones inseguras [5, 6]. Según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación en el sistema público de salud, en 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años [4].

El porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes (menores de 20 años) se ha incrementado a lo largo de la última década, siendo de 15,6% en 2013 [3].

Existen muchas y variadas causas que dificultan la mejora de la salud de las mujeres. Una de ellas, son las barreras que los profesionales de la salud ponen a la población para el adecuado acceso a los servicios de SSySR y al acceso a los métodos anticonceptivos.

Brindar una atención de calidad en SSySR es una de las claves para mejorar la salud de las personas, en especial mujeres y adolescentes, y, de esta manera, reducir la mortalidad y la morbilidad materna [1, 2, 7].

Los médicos/as, obstétricos/as, y enfermeros/as cumplen un rol fundamental en brindar a la población información adecuada y completa y facilitar el acceso a la misma. Dentro de sus funciones se encuentra fomentar prácticas de cuidado de la salud que les permitan a las personas disfrutar de una sexualidad plena, facilitar el acceso a la anticoncepción y a la interrupción legal del embarazo.

Los estudiantes de las facultades de ciencias de la salud son quienes formarán parte de los equipos de salud en el futuro. Se espera, entonces, que los programas de dichas facultades incluyan dentro de sus planes de estudio a la SSySR con el fin de preparar profesionales adecuadamente formados y capacitados para brindar la mejor atención a la población.

Sin embargo, según una investigación realizada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), “los contenidos en salud sexual y salud reproductiva están sub representados en los planes de estudio básicos de medicina y otras profesiones de la salud, así como en los programas de desarrollo profesional y de perfeccionamiento para médicos/as y otros/as profesionales de la salud. A su vez, cuando estos temas figuran en el currículo no son abordados en profundidad en el dictado de las materias correspondientes” [8].

En la Argentina, esta situación desde hace varios años ha tratado de subsanarse con la realización de capacitaciones en SSySR como cursos, seminarios, talleres etc., desarrollados por los ministerios de salud provinciales y nacionales, las diferentes organizaciones no gubernamentales locales e internacionales y las sociedades científicas. Sin embargo, estas acciones presentan grandes diferencias en todo el país. Por otro lado, su impacto es relativamente bajo, si se tiene en cuenta el número de integrantes de los equipos de salud que deberían capacitarse en el tema, los que realmente acceden a hacerlo, y la complejidad del abordaje que la temática requiere para lograr generar cambios en la actitud y conducta de los profesionales.

Las capacitaciones, a su vez, suelen estar dirigidas a “profesionales ya formados/as en quienes cambiar conocimientos y actitudes es más difícil que cuando se trabajan estos aspectos durante su formación profesional” [8].

Es importante tener en cuenta, también, que los temas de SSySR se ven influenciados por las experiencias personales y las propias creencias. Esto muchas veces tiene como resultado que la atención que los integrantes del equipo de salud brindan a la población no siempre esté basada en la evidencia científica disponible y en el cumplimiento de los derechos de las personas.

Por este motivo, para poder realizar propuestas de cómo abordar la temática de SSySR durante la formación profesional de pregrado, surge la necesidad de estudiar qué saben, qué piensan, qué experiencias han vivido los estudiantes que ingresan a las facultades de ciencias de la salud.

El objetivo de la presente investigación es identificar y describir los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la SSySR de los estudiantes universitarios ingresantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Material y métodos

La presente investigación es un estudio descriptivo, analítico, transversal sobre el conocimiento, actitudes y prácticas en salud sexual de los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.).

Estudiantes de primer año de las carreras de medicina, obstetricia, enfermería, radiología, nutrición, fonoaudiología y kinesiología completaron una encuesta anónima sobre salud sexual y reproductiva.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y el Comité Regional de Ética en Investigación en Salud (REK), Noruega.

2.1 Encuesta

Se diseñó una encuesta autoadministrada, para la cual se consultaron encuestas similares realizadas en la Argentina y otros países [9-12]. Las preguntas incluyeron antecedentes personales; conocimientos, actitudes y opiniones personales sobre salud sexual, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, aborto, legislación; y sobre sus experiencias personales. La encuesta fue testada previo a su aplicación.

2.2 Muestra y recolección de datos

Para aplicar la encuesta, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio polietápico mediante el cual se seleccionaron las cursadas de primer año de las diferentes carreras en donde se aplicaría la encuesta. Para la selección de los estudiantes que completarían la encuesta, se efectuó un muestreo no probabilístico.

Se coordinó con los docentes el momento más adecuado para aplicar la encuesta.

Previo a completarla, se informó el objetivo de la misma a los estudiantes, su participación fue voluntaria y la información recogida, confidencial y anónima.

2.3 Análisis

Los datos fueron registrados de forma anónima. Se utilizó IBM SPSS v20 para realizar el análisis. La muestra se ajustó por sexo y carrera utilizando las estadísticas de facultad de medicina (54% medicina, 2% obstetricia, 15% enfermería, 10% radiología, 9% nutrición, 1% fonoaudiología y 8% kinesiología; 74% mujeres, 26% hombres).

Se calcularon frecuencias y tabulaciones cruzadas. Se realizaron análisis univariados y bivariados. Chi-cuadrado, Fisher, y otras pruebas se llevaron a cabo. El nivel de significación (α) utilizado fue 0,05.

RESULTADOS

Se realizó la encuesta a 781 estudiantes de primer año. Aquellos estudiantes que no proporcionaron su naciona-

lidad, carrera que cursaban o el año de nacimiento fueron excluidos, dejando un total de 760 encuestados. La edad promedio de los encuestados fue de 22,7 + 4,9 años. En la Tabla 1 se presentan las principales características de la población encuestada.

Tabla 1. Características de la población encuestada*.

| Características | | Estudiantes (n=760) | (%) |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------|---------|
| Sexo | Mujer | 558 | (73.8) |
| | Varón | 202 | (26.2) |
| Carrera | Medicina | 445 | (54.4) |
| | Enfermería | 142 | (15.0) |
| | Obstetricia | 50 | (2.3) |
| | Otras carreras** | 123 | (28.2) |
| Nacionalidad | Argentino/a | 658 | (88.2) |
| | Extranjero/a | 102 | (11.8) |
| Edad | 18-24 | 620 | (81.3) |
| | >25 | 140 | (18.7) |
| Estado civil | Soltero/a | 719/758 | (95.8) |
| Hijos | No | 708/750 | (95.1) |
| Vive con: | Familia parental | 599 | (79.9) |
| | Pareja/ hijos | 63 | (7.1) |
| | Amigos | 36 | (5.0) |
| | Solo | 55 | (7.1) |
| Situación laboral | No trabaja | 367 | (49.6) |
| | Trabajo medio tiempo | 184/745 | (25.1) |
| | Trabajo tiempo completo | 49/745 | (6.8) |
| | Trabajador independiente | 57/745 | (7.3) |
| | Buscando trabajo | 84/745 | (10.6) |
| Nivel educativo del padre*** | Bajo | 226/746 | (30.3) |
| | Medio | 330/746 | (43.89) |
| | Alto | 190/746 | (26.0) |
| Nivel educativo de la madre*** | Bajo | 203/746 | (27.6) |
| | Medio | 381/746 | (50.1) |
| | Alto | 162/746 | (22.3) |

*No se incluyen datos faltantes

** Incluye las siguientes carreras: nutrición, kinesiología, fonoaudiología, radiología.

*** Bajo: analfabeto, nivel primario incompleto, completo, secundario incompleto.

Medio: nivel secundario completo, terciario incompleto, completo, universitario incompleto.

Alto: nivel universitario completo.

3. Inicio de relaciones sexuales

Se observó una diferencia significativa entre varones y mujeres en el inicio de relaciones sexuales: el 90% de los varones y 79,7% de las mujeres afirmaron haber iniciado relaciones sexuales ($p < 0,001$). La edad promedio de inicio fue para las mujeres de 17,34 +- 2,046 años y para los varones de 16,47 +- 1,666 años (Figura 1).

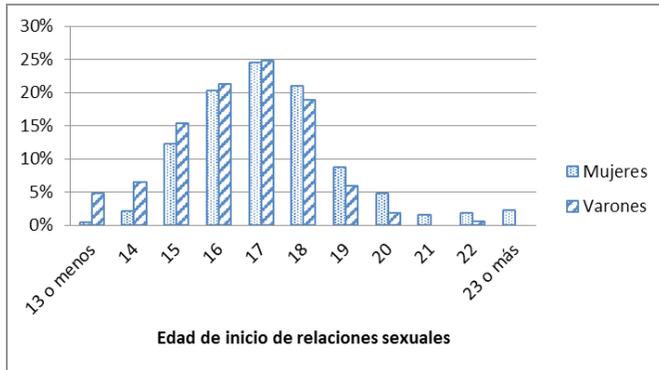


Figura 1. Edad de inicio de las relaciones sexuales

Entre los 610 estudiantes que iniciaron relaciones sexuales, también se observaron diferencias entre varones y mujeres en relación a la persona con la que mantuvieron la primera relación sexual ($p < 0,001$) (Tabla 2).

Tabla 2. Persona con la que mantuvieron su primera relación sexual*

| | Mujeres | | Varones | | Total | |
|---------------------|---------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | (N) | % | (N) | % | (N) | % |
| Novio/a | 365 | 84,5% | 78 | 45,7% | 443 | 73,6% |
| Amigo/a | 34 | 7,7% | 43 | 24,2% | 77 | 12,3% |
| Pareja ocasional | 25 | 6,1% | 30 | 18,2% | 55 | 9,5% |
| Trabajador/a sexual | 0 | 0,0% | 18 | 10,8% | 18 | 3,0% |
| Esposo/a | 6 | 1,0% | 1 | ,5% | 7 | ,9% |
| Otro | 3 | ,6% | 1 | ,5% | 4 | ,6% |
| Total | 433 | 100,0% | 171 | 100,0% | 604 | 100,0% |

*No se incluyen datos faltantes

El 86,9% de los encuestados que inició relaciones sexuales refirió haber utilizado preservativo durante su primera relación sexual. Y el 90,4% respondió que tomó precauciones para evitar un embarazo, siendo los métodos más frecuentemente utilizados en esa ocasión el preservativo 92,5% y las pastillas anticonceptivas 10%.

Vida sexual

El 96% de los estudiantes encuestados se autodefinió como heterosexual, el 2,1% homosexual y el 1,2% bisexual.

Se les preguntó también si a lo largo de su vida habían mantenido relaciones sexuales con mujeres y/u hombres (Tabla 3).

Se observó una diferencia significativa entre varones y mujeres y el número aproximado de parejas sexuales de los últimos 12 meses ($p < 0,001$) (Tabla 4).

Tabla 3. Relaciones sexuales a lo largo de la vida*

| Parejas sexuales | Mujeres | | Varones | |
|--|---------|--------|---------|--------|
| | N (428) | % | N (170) | % |
| Sólo con mujeres | 4 | 1,1% | 160 | 94,3% |
| Sólo con hombres | 409 | 95,4% | 3 | 1,6% |
| Más a menudo con mujeres, pero al menos en una ocasión con una mujer | 1 | ,2% | 2 | 1,4% |
| Más a menudo con hombres, pero al menos en una ocasión con una mujer | 14 | 3,3% | 3 | 1,7% |
| Igual con hombres que con mujeres | 0 | 0,0% | 2 | 1,0% |
| Total | 428 | 100,0% | 170 | 100,0% |

*No se incluyen datos faltantes

Tabla 4. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses

| N parejas | Mujeres | | Varones | | Total | |
|-----------|---------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 0 | 28 | 6,2% | 15 | 11,0% | 43 | 7,6% |
| 1 | 278 | 66,6% | 67 | 40,4% | 345 | 59,3% |
| 2 | 71 | 17,8% | 37 | 22,8% | 108 | 19,2% |
| 3 | 22 | 5,5% | 14 | 8,4% | 36 | 6,3% |
| 4 o más | 17 | 3,9% | 30 | 17,5% | 47 | 7,7% |
| Total | 416 | 100,0% | 163 | 100,0% | 579 | 100,0% |

*No se incluyen datos faltantes

I. Métodos anticonceptivos (MAC)

Uso actual de MAC

El 91,8% de las mujeres y el 85% de los varones refirieron utilizar métodos para prevenir un embarazo ($p < 0,05$).

A los 530 estudiantes que refirieron usar métodos para prevenir un embarazo, se les preguntó cuál era el que él/ella o su pareja sexual utilizaban. Se observó una diferencia significativa en el uso del preservativo y pastillas anticonceptivas entre varones y mujeres ($p < 0,001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Método anticonceptivo de uso actual*

| Método anticonceptivo | Mujeres | | Varones | | Total | |
|------------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | N= 384 | % | N=143 | % | N=527 | % |
| Preservativo masculino*** | 236 | 61,6% | 119 | 82,8% | 355 | 67,3% |
| Pastillas anticonceptivas*** | 228 | 59,4% | 43 | 29,1% | 271 | 51,2% |
| MBCF** | 23 | 5,4% | 6 | 4,6% | 29 | 5,2% |
| Anticoncepción de emergencia | 18 | 5,0% | 4 | 2,8% | 22 | 4,4% |
| Coito interrumpido | 16 | 4,1% | 4 | 3,0% | 20 | 3,8% |
| Inyecciones hormonales | 3 | 1,0% | 3 | 1,9% | 6 | 1,2% |
| Dispositivo Intrauterino | 7 | 1,6% | 0 | 0,0% | 7 | 1,2% |

*Se presentan los métodos más frecuentemente utilizados por los/las encuestados o sus parejas sexuales

**MBCF: métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

*** $p < 0,001$

También se identificaron diferencias significativas en relación a quién decidió el método anticonceptivo a usar (Tabla 6).

Tabla 6. Quién decidió el método anticonceptivo*

| Quién decidió usar el MAC | Mujeres | | Varones | | Total | |
|---|---------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | N=349 | % | N=136 | % | N=485 | % |
| Ella/el solo** | 112 | 30,7% | 72 | 52,1% | 184 | 36,8% |
| El médico** | 25 | 8,2% | 1 | 1,0% | 26 | 6,1% |
| Su pareja sexual | 7 | 2,0% | 8 | 6,5% | 15 | 3,3% |
| Lo decidieron juntos con su pareja sexual** | 205 | 59,1% | 55 | 38,3% | 260 | 53,2% |
| Otro | 0 | 0% | 3 | 2% | 3 | 0,6% |
| Total | 349 | 100,0% | 136 | 100,0% | 485 | 100,0% |

*No se incluyen datos faltantes

** $p < 0,05$

Los factores más determinantes en la elección del método utilizado regularmente fueron: la recomendación del médico o profesional de la salud (60,1% mujeres, 47,1% varones), la seguridad que el método ofrece (52,9% mujeres, 37,7% varones) y que brinda protección contra VIH y otras infecciones de transmisión sexual (30,1% mujeres, 36,2% varones).

Anticoncepción hormonal de emergencia

El 53,4% de las mujeres y el 27,6% de los varones encuestados refirieron que ellas o sus parejas sexuales en el caso de los varones, tomaron anticoncepción hormonal de emergencia en alguna oportunidad ($p < 0,001$). El 86,1% refirió haberla adquirido en la farmacia sin receta.

Acceso a los MAC

Se le preguntó a los encuestados en dónde obtenían los métodos anticonceptivos. (Tabla 7). La mayor parte refirió adquirirlos en la farmacia sin receta. Solo el 4,3% de los encuestados informó obtener el método en hospitales o centros de salud.

Conocimiento sobre MAC

Se solicitó a los estudiantes que identificaran de una lista los MAC que conocían. Los principales métodos anticonceptivos identificados fueron: pastillas (96,6%), preservativo masculino (91,5%), dispositivo intrauterino (80,1%), anticoncepción de emergencia (78,8%), preservativo femenino¹ (56,7%), vasectomía (47,1%), ligadura tubaria (46,2%), métodos basados en el conocimiento del ciclo (44,6%), coito interrumpido (33,4%), inyecciones hormonales (30%), parches hormonales (26,1%), implante (5,6%)².

¹ Actualmente no disponible en el país

² El implante comenzó a comercializarse en el país recién dos años después de realizarse la encuesta.

Tabla 7. Lugar de donde obtienen el MAC*

| Donde obtiene el MAC | Mujeres | | Varones | | Total | |
|---|---------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| En farmacia sin receta | 121 | 38,3% | 51 | 42,4% | 172 | 39,4% |
| En farmacia, a través de la obra social/prepaga con descuento 100% | 86 | 26,0% | 25 | 21,0% | 111 | 24,7% |
| En kioscos | 33 | 11,2% | 31 | 26,9% | 64 | 15,4% |
| En farmacia, a través de obra social/prepaga con un descuento menor | 43 | 14,7% | 3 | 2,3% | 46 | 11,4% |
| En consultorio privado | 12 | 3,2% | 1 | 0,8% | 13 | 2,6% |
| En hospital | 5 | 2,4% | 3 | 2,7% | 8 | 2,5% |
| En centro de Salud | 5 | 1,4% | 3 | 2,3% | 8 | 1,6% |
| Otros | 9 | 2,8% | 2 | 1,6% | 11 | 2,5% |
| Total | 305 | 100,0% | 117 | 100,0% | 422 | 100,0% |

*No se incluyen datos faltantes

En relación al acceso a los MAC, el 83,3% de las mujeres y en 69,1% de los varones sabían que los hospitales y centros de salud del sistema público entregan los métodos anticonceptivos de manera gratuita ($p < 0,05$); el 27,3% de los varones y el 15,3% de las mujeres refirieron no saber la respuesta ($p < 0,05$).

El 45,5% de los encuestados refirió no saber si las obras sociales y prepagas están obligadas a cubrir el costo de los anticonceptivos. El 21,3% respondió que las obras sociales están obligadas a cubrir el 100% del costo de los MAC, el 16,5% que el descuento depende de cada obra social o prepaga y el 12,7% que las obras sociales y prepagas deben cubrir solo una parte del costo.

Los estudiantes que conocían la anticoncepción hormonal de emergencia (592 estudiantes) respondieron algunas preguntas específicas sobre este método. El 82,1% de ellos estuvo de acuerdo con que la anticoncepción de emergencia debe tomarse después de una relación sexual sin protección; el 34,1% que pueden tomarse entre 3 y 5 pastillas por año; el 25,5% consideró que este método es igual de efectivo que otros métodos anticonceptivos; el 46,1% lo consideró un método abortivo.

El 72% de los encuestados respondió que la anticoncepción de emergencia puede conseguirse de manera gratuita en hospitales y centros de salud, y el 80% que es de venta libre en las farmacias.

4. Prevención de VIH y otras ITS

Uso de preservativo

La frecuencia informada de uso de preservativo durante sus relaciones sexuales presentó una diferencia significativa entre varones y mujeres ($p < 0,001$). Las mujeres refirieron que sus parejas lo usan: siempre 50,4%, a veces 30,1%, casi nunca 6,7% y nunca 12,8%. Mientras que, entre los varones, la frecuencia fue: siempre 65,8%, a veces 26,4%, casi nunca 5,2% y nunca 2,5%.

Testeo para VIH

El 33% de los encuestados se realizó el test de VIH. De los 244 encuestados que refirieron haberse hecho el test, el 34,1% refirió que fue durante un control de rutina, el 17,6% por iniciativa propia, el 13,8% porque se lo indicó el médico, el 6,2% porque había mantenido relaciones sexuales con una persona desconocida sin uso de preservativo, y el 5,3% durante el embarazo. El 93,8% de los encuestados que hicieron el test de VIH, supo el resultado del mismo.

Conocimiento sobre prevención de VIH

El 97,5% de los estudiantes encuestados identificó correctamente al preservativo como el método para prevenir el VIH y otras ITS.

En la figura 2 se presentan las principales vías de transmisión del VIH identificadas por los encuestados.

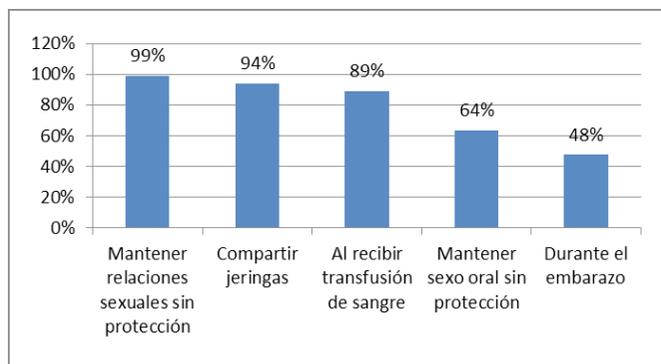


Figura 2. Vías de transmisión del VIH Opinión personal sobre uso del preservativo

Los estudiantes respondieron preguntas que indagaban su opinión personal sobre algunos temas de salud sexual y reproductiva.

Al pedirles su opinión sobre el uso del preservativo, el 44% estuvo en desacuerdo con que “a los hombres les corta el deseo”, el 24,5% algo de acuerdo, el 15,7% muy de acuerdo y el 15,8% no sabe.

Con respecto a si “impiden sentir verdaderamente el cuerpo del otro”, se observaron diferencias entre varones y mujeres: el 43,5% de las mujeres y el 26,7% de los varo-

nes estuvieron en desacuerdo, el 26,5% de las mujeres y el 30,3% de los varones algo de acuerdo, el 18,8% de las mujeres y el 29,7% de los varones muy de acuerdo ($p < 0,001$).

El 78,1% de los encuestados estuvo muy de acuerdo con que son un método seguro y el 10,7% algo de acuerdo.

5. Abuso sexual

El 24,4% de los encuestados refirió conocer a alguien que fue víctima de abuso sexual. Y el 4,8% refirió que ellas/os fueron víctimas de abuso sexual.

6. Aborto o interrupción voluntaria del embarazo

El 58,4% de las mujeres y el 43,2% de los varones respondió que conoce a una mujer que decidió interrumpir un embarazo ($p < 0,001$) [6].

Conocimiento sobre la legislación vigente en relación a la Interrupción voluntaria del embarazo

Se les preguntó, también, sobre la legislación argentina en relación a la interrupción voluntaria del embarazo (Figura 3)[6].

A los estudiantes que respondieron que el aborto no está penalizado en algunas circunstancias (es decir que es legalmente restringido) se les pidió que identificaran de una lista las condiciones permitidas. Las circunstancias identificadas con mayor frecuencia fueron: riesgo para la vida de la mujer (81%), violación de una persona con discapacidad mental (67,8%), y violación (63,9%). Entre las opciones ofrecidas en el listado, había otras dos legales: riesgo para la salud y para la salud mental de la mujer, siendo elegidas por el 26,4% y 20% de los estudiantes respectivamente.

No se observaron diferencias significativas entre varones y mujeres.



Figura 3. Conocimiento sobre la legislación vigente en relación a la interrupción voluntaria del embarazo

Opinión personal sobre cómo debería ser la legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo

En relación a cómo consideraban que debería ser la legislación del aborto en el país, de los 705 estudiantes que respondieron, el 55,7% consideró que debería ser legalmente restrictivo, el 21,2% legal, el 16% ilegal y el 7,1% no sabía.

A los 387 estudiantes que respondieron que el aborto debía ser legalmente restringido se les pidió que identificaran de una lista en qué circunstancias. Las más frecuentemente seleccionadas fueron: violación (94,4%), violación de una persona con discapacidad mental (80%), riesgo para la vida de la mujer (76,2%), malformaciones fetales severas (63,9%) y riesgo para la salud de la mujer (50,8%) [6].

7. Parejas del mismo sexo

También se les preguntó a los estudiantes su opinión sobre las parejas entre personas del mismo sexo. El 83,6% estuvo muy de acuerdo con que tienen el mismo derecho que el resto de las personas y el 7,7% algo de acuerdo. El 80,6% de las mujeres y el 68,2% de los varones las consideran aceptables, mientras que el 18% de los varones y el 6,3% de las mujeres no lo hacen ($p < 0,001$). El 51,2% de los estudiantes estuvo en desacuerdo con la frase “me incomoda que manifiesten su afecto en público”. El 28,5% de los varones refirió estar muy de acuerdo con dicha frase mientras que sólo el 18,2% de las mujeres lo hizo ($p < 0,05$).

8. Acceso a información sobre salud sexual y reproductiva

En relación a la comunicación con los padres sobre temas sexuales, el 76,3% de los estudiantes encuestados refirió haber tenido buena comunicación, el 9,2% mala, siendo esta opción seleccionada por 14% de los varones y 7,5% de las mujeres ($p < 0,05$), y el 14,5% de los encuestados respondió no haber tenido comunicación.

El 97,1% de los encuestados consideró que cuenta con buena información sobre métodos anticonceptivos.

En las Figuras 4 y 5 se presentan las fuentes de información más útiles para los encuestados sobre temas sexuales y sobre métodos anticonceptivos.

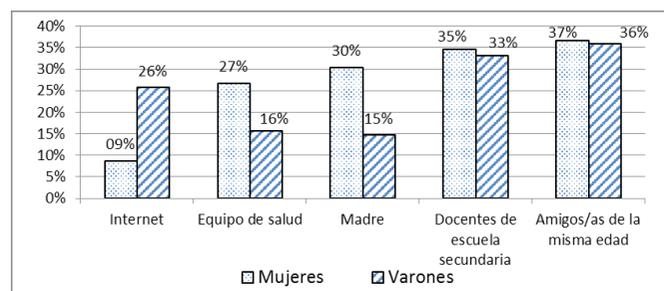


Figura 4. Principales fuentes de información sobre temas sexuales

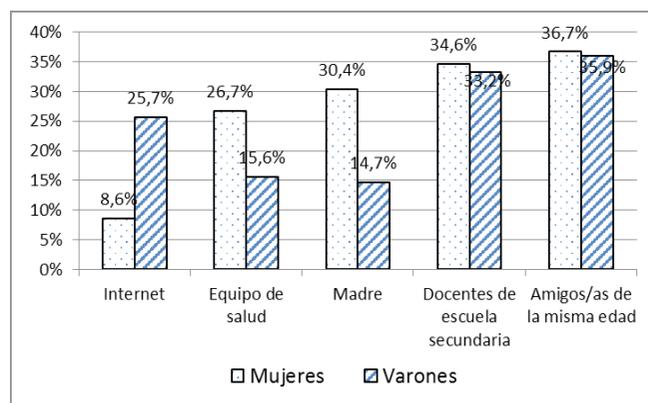


Figura 5. Principales fuentes de información sobre Métodos Anticonceptivos

Discusión

A partir de nuestra investigación, nos fue posible identificar la información con la que cuentan los estudiantes, el acceso a información sobre SSYSR, y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, si estos conocimientos se traducen en prácticas saludables y de cuidado y, sobre todo, valorar la brecha existente entre lo que saben o creen que saben y el conocimiento correcto. Éste es el necesario tanto para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos como para brindar una atención de calidad.

Resulta importante destacar que en el año 2006, se sancionó la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral, la cual establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de todo el país. Al ser los encuestados estudiantes de primer año que poco tiempo antes finalizaron sus estudios secundarios, podríamos inferir la información que sobre estos temas están recibiendo en la escuela.

El 23,7% de los encuestados refirió no haber podido abordar en forma positiva los temas sexuales dentro de su núcleo familiar. A su vez, el 34,6% de las mujeres y el 33,2% de los varones obtuvo la información por parte de sus docentes. Esto refuerza la importancia de garantizar el cumplimiento de la Ley de Educación Sexual Integral, para la cual es de suma importancia el trabajo con los docentes que son reconocidos por los encuestados como fuentes importantes de información sobre temas sexuales y métodos anticonceptivos.

Se observó un importante desconocimiento entre los encuestados acerca de los marcos normativos nacionales y las políticas, programas y/o acciones que se llevan a cabo en materia de salud sexual y salud reproductiva. Esto implica que muchos de los encuestados no estarían accediendo a sus derechos. Por ejemplo, el 18,4% de los encuestados refirió no saber si es posible obtener los MAC de manera

gratuita en hospitales y centros de salud; el 45,5% desconocía que las obras sociales y prepagas deben cubrir el 100% del costo de los MAC; solo el 52,5% sabía que el aborto es legalmente restringido, y de los que sabían muy pocos lograron identificar las circunstancias en que está permitido. Un ejemplo de esto en sus prácticas cotidianas es que el 86,1% de los estudiantes que usaron anticoncepción de emergencia la adquirieron en la farmacia sin receta y no en una guardia o centro de salud de manera gratuita.

Lo antedicho, sumado al desconocimiento y/o conocimiento erróneo sobre los métodos anticonceptivos pone a los jóvenes en una situación de mayor vulnerabilidad frente a embarazos no buscados y sus posibles consecuencias. Como ejemplo, el 34,1% de los encuestados respondió que pueden tomarse hasta 5 anticonceptivos de emergencia por año.

Observamos que, en algunos casos, eran las mujeres quienes estaban más informadas, principalmente en lo que respecta al acceso a los MAC. Esto pone en evidencia que el peso de la prevención de un embarazo suele recaer en la mujer.

También se compararon los resultados con otras encuestas nacionales disponibles en la temática. Observamos diferencias en la edad de inicio de las relaciones sexuales (IRS) (en nuestra investigación: mujeres 17,34 +/- 2,046 años; varones 16,47 +/- 1,666 años). En la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva³, realizada en 2013 (ENSSYR), se observó que en el grupo de 14 a 19 años, el promedio de la edad de IRS en mujeres fue de 15.5 años y en varones 14.9 años. En el grupo de 20 a 29 años, el promedio de IRS en mujeres fue de 17.1 años y en varones 15.9 años [13]. A su vez, en la investigación realizada por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAJIG) en el año 2004⁴, se obtuvo que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en mujeres fue a los 15,6 +/- 1.7 años [14].

En relación al uso de métodos para prevenir un embarazo en su primera relación sexual, los resultados obtenidos (90,4% de uso de MAC en la primera relación) coinciden con la encuesta nacional, en donde se observó un uso del 90% entre las mujeres de 14 a 19 años [13]. Se observó una diferencia con los datos brindados por el estudio de SAGIJ donde solo el 66% de las adolescentes utilizaron algún método anticonceptivo [14].

3 El diseño muestral de la encuesta se realizó asociada a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos, en el marco integral del Sistema de Encuestas de Hogares. Seleccionando en las que hubiese al menos un hombre y una mujer entre 14 y 49 años.

4 Encuesta realizada en hospitales y centros de salud que atendieran adolescentes, de diferentes provincias argentinas. Se tomó a 1485 adolescentes entre 15 a 20 años, de las que habían iniciado relaciones sexuales 1035.

En la población encuestada observamos un alto uso de MAC, y dentro de ellos una alta frecuencia de uso de preservativo, con la consecuente prevención de VIH (67,3%).

Sin embargo, si analizamos los datos obtenidos a través del Sistema Informático Perinatal, sobre mujeres que tienen sus hijos en el sistema público de salud, en el año 2012 el embarazo no planificado fue de 61.5% y la tasa de no uso de método anticonceptivo fue del 80.1%. Esta disparidad creemos que es un dato a seguir analizando [15].

Conclusión

A partir de la investigación realizada, es posible evidenciar la necesidad de incorporar el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva en la formación de los estudiantes, y para ello resulta fundamental el trabajo con los equipos docentes.

Es importante, por ejemplo, plantear objetivos en donde se introduzca a los estudiantes en el conocimiento de las normativas vigentes que encuadran las prácticas profesionales en relación a los temas de SSySR; realizar talleres participativos en la temática con perspectiva de género, diversidad y derechos, con una mirada que aborde lo biológico, psicológico, social y cultural; introducir a los estudiantes en el saber de los métodos anticonceptivos modernos y la diferencia en su aplicación.

Consideramos que no se podrán modificar estos saberes en la medida que el cuerpo docente no lo haga propio para poder transmitirlo a los alumnos, sensibilizándolos en el tema, buscando el perfeccionamiento en su educación continua.

Agradecimientos

La investigación fue realizada con el apoyo del Programa de becas de Extensión Universitaria (UBANEX) de la Universidad de Buenos Aires y de la Fundación Letten.

Se agradece la colaboración de Martín Romeo y Soledad García Conde en el análisis estadístico. Se agradece también la colaboración de Leticia Azzaretti, Marina Ridaó, Irene Provenzano, Silvia Chera and Carlota Ramirez. Y a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UBA y de la Universidad de Oslo quienes colaboraron en la recolección de datos: Juan P. Bessia, Natividad Burdisso, Paola Carabajal, Matías Calos, Adriana Diaz Balocchi, Guillermina Dimilito, Carolina Fernandez, Mariano Granero, Vanesa Guerrieri, Florencia Hershson, Estefania Kuzmicki, Justina Longo, Natalia Mandel, Melanie Mysler, Noelia Saavedra, Margarita Satostegui, Agustina Svoboda; UIO: Andrea Brodahl, Magrit Hovind, Magnus Nakkim, Nicolas Fernandez.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Referencias

1. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. [Internet]. 1994 Sep 5–13; Cairo, Egipto. [citado Feb 14, 2016]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf
2. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. [Internet]. 1995 Sep 4–15; Beijing, China. [citado Feb 14, 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>
3. Departamento de estadística e indicadores en salud, Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales. Información básica. [Internet]. 2013. Buenos Aires, Argentina. Diciembre, 2014. [citado Feb 14, 2016]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>
4. Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. [Internet]. Buenos Aires, Argentina. Abril, 2015. [citado Dic 14, 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>
5. Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto en la Argentina. [Internet]. Notas de Población 2009; 87: 95–120. [citado 15 Oct 2015]. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/36501/lcg2405-P_4.pdf
6. Povenzano-Castro B, Oizerovich S, Stray-Pedersen B. Healthcare students' knowledge and opinions about the Argentinean abortion law. *J Sex Reprod Healthcare*. 2015. DOI 10.1016/j.srhc.2015.10.001
7. WHO/ PAHO 51st Directing Council. Resolution 12. Plan of action to accelerate the reduction in maternal mortality and severe maternal morbidity. Washington D.C., 26-30 Septiembre, 2011.
8. Gomez PI., Oizerovich S., Jefferson L. Propuesta de Contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en Currículos de Pre y Posgrado. FLASOG 2010 Lima, Perú.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España. Resultados de la encuesta nacional de salud sexual 2009. [Internet]. [citado Dic 15 2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
10. Petracci M. Public opinion about voluntarily termination of pregnancy and decriminalization of abortion in Argentina and in Latin America. [Internet]. 2007 [citado Feb 14 2016]. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/01_Petracci.pdf
11. Instituto de Juventud del Distrito Federal, México. Encuesta de salud sexual y reproductiva. 2007.
12. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta nacional de nutrición y salud. [Internet]. Buenos Aires, Argentina. 2005. [citado Dic 15 2015]. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/ennys.html>
13. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. ENSSyR 2013. Ministerio de Salud de la Nación. http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf
14. Oizerovich S.; Daldevich D., Salvo M., Schulman A., Vazquez S., Santos H. Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente. *SAGIJ Revista Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil Año 2004 vol. 11 Número 3, 219 – 230*
15. Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión: desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Buenos Aires. OPS, 2013.

Declaración de Consenso de Flasog CARBETOCINA EN LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA POSPARTO

Jack Ludmir^a
Hector Bolati^b
Catalina Valencia^c

a Perelman School of Medicine, Universidad de Pennsylvania, Philadelphia

b Profesor Universidad de Córdoba, Argentina.

c Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia.

Resumen

El presente statement sobre la Carbetocina analiza las características de este fármaco como agente uterotónico en la prevención de la hemorragia tanto en el parto vaginal como en la cesárea. Se presentan las características farmacológicas de la Carbetocina, su farmacocinética, sus interacciones con otros fármacos, su perfil de seguridad y finalmente la evidencia de su efectividad en prevención de la hemorragia posparto y poscesárea.

Introducción

Joy Phumaphi (subdirectora general de la OMS para Salud de la Familia y la Comunidad en el año 2006), decía: “El embarazo es un estado biológico y normal, de afirmación de vida, rodeado de esperanzas y alegrías; las mujeres no deberían fallecer al dar a luz a sus hijos; está demostrado que esas muertes se pueden evitar, incluyendo a los países más pobres, pero se necesitan grandes esfuerzos, no tan sólo en lo médico asistencial, sino en políticas de gobierno.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en 150.000 el número de muertes anuales por hemorragia posparto (HPP) en países en vías de desarrollo. La HPP complica el 5-15% de todos los partos. Es la causa aislada más importante de mortalidad materna. La mitad de las HPP son precoces y son, generalmente, las más agudas y graves.

Las causas de la HPP se agrupan en 4 categorías: atonía uterina, retención de productos de la concepción, trauma en el tracto genital y alteraciones de la coagulación.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, dado que está implicada en más de la mitad de los casos y causa el 4% de las muertes maternas. La placenta adherente (acretismo placentario) se presenta en 1/2.500 partos. Sin embargo, merece una mención especial por su gravedad y la tendencia ascendente de su frecuencia. En mujeres con placenta previa y útero con una o más cicatrices, el riesgo de placenta acreta puede llegar a ser igual o mayor al 25%.

Se ha demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de presentación de la HPP en más de un 40%. Por ello, se debe recomendar la prevención de ésta de forma sistemática en todos los partos y/o cesáreas con el uso de agentes uterotónicos como la: Oxitocina, Oxitocina con Ergometrina (Sintometrina) o por los últimos años la Carbetocina (nivel de evidencia I; grado de recomendación A).

Farmacocinética

La Carbetocina es un análogo octapéptido sintético de la Oxitocina de mayor duración por su estructura molecular y mayor lipofilia. Se puede administrar por vía intravenosa o por vía intramuscular; lo que resulta en comportamientos farmacocinéticos diferentes.

En ambos casos, la dosis recomendada para una mujer adulta promedio es 100 ug, la cual se administra lentamente durante un minuto. Los efectos contráctiles del útero son evidentes en dos minutos y se pueden observar durante aproximadamente una hora, la unión máxima a los receptores se produce aproximadamente 30 minutos después de la inyección intramuscular. La administración se realiza

inmediatamente después del parto para minimizar el riesgo de hemorragia posparto mediante la inducción de las contracciones uterinas, lo que aumenta el tono muscular y la viscosidad de la sangre. La administración debe realizarse sólo una vez; administraciones adicionales podrían ser riesgosas. Si se necesita más estimulación uterina, se debe utilizar el tratamiento con otras formas de fármacos uterotónicos.

Tanto la Oxitocina endógena como la sintética tienen una vida media de aproximadamente 3,5 minutos. La dosis biodisponible es alrededor de 80%. La vida media de eliminación, tras la administración intravenosa es alrededor de 40 minutos, aunque el mecanismo de eliminación no se conoce por completo. Los estudios han demostrado que la eliminación es sólo mínimamente renal (0,7%), pero pueden ocurrir al menos parcialmente a través de la degradación enzimática de péptidos, principalmente en el extremo C-terminal. Ni la eliminación, ni el volumen de distribución son dosis dependiente.

Mecanismo de acción

La Carbetocina actúa como un agonista de los receptores de Oxitocina periféricos, particularmente en el miometrio, con menor afinidad por células mioepiteliales. Los receptores de Oxitocina están acoplados a la proteína G y su mecanismo de acción involucra la acción de segundos mensajeros y la producción de fosfatos de inositol. La Carbetocina imita este mecanismo. La unión para Carbetocina y otros agonistas de la Oxitocina ha demostrado que es no selectiva en la terminal- N extracelular y los circuitos E2 y E3.

Mientras que el receptor de Oxitocina muestra igual afinidad por la Oxitocina y por la Carbetocina, esta última tiene un efecto 8 veces más duradero que la Oxitocina, por lo que requiere sólo una dosis única. La Carbetocina inhibe la liberación de Oxitocina endógena, interrumpiendo el circuito de retroalimentación uterina con el hipotálamo y la disminución de ambas, la Oxitocina central y la periférica. Durante el embarazo, la síntesis de receptores de Oxitocina en el útero aumenta considerablemente, alcanzando un pico durante el parto.

En consecuencia, la administración de Carbetocina durante o inmediatamente después del nacimiento tendrá un efecto uterotónico y contráctil incrementado. La aplicación de Carbetocina no afecta el útero no gestante con una menor expresión de receptores de Oxitocina. La Carbetocina también incrementa la trombosis en el lecho placentario, contribuyendo a prevenir la hemorragia post-parto. Carbetocina no debe utilizarse para inducir o aumentar el trabajo de parto debido a que podría causar dificultad respiratoria o cardíaca a la madre o el feto.

Situaciones y efectos no deseados

El perfil de seguridad es similar al de la Oxitocina, pudiendo las pacientes experimentar náuseas, vómitos, dolor abdominal, picazón de la piel, aumento de la temperatura corporal, temblores y debilidad. Excepcionalmente las pacientes pueden experimentar dolor en el pecho y la espalda, mareos, escalofríos, anemia y sudoración, sabor metálico, taquicardia y dificultad respiratoria.

Las contraindicaciones para el uso de Carbetocina incluyen uso antes del parto, inducción del parto, problemas cardiovasculares serios o reacciones alérgicas a Carbetocina u Oxitocina.

Interacciones

Debido a la estrecha analogía de secuencia con la Vasopresina, los análogos de Oxitocina a menudo se unen con una afinidad mucho más baja que la Vasopresina con los receptores V1, en el revestimiento del útero, y V2, en los riñones, y por lo tanto pueden tener interacciones o interrumpir los circuitos de vasopresina y circuitos de retroalimentación.

Algunos anestésicos inhalados, tales como Halotano y Ciclopropano pueden reforzar el efecto hipotensivo y debilitar el efecto de la Carbetocina en el útero. No se recomienda la administración concomitante con Oxitocina, si la gestante se encuentra en inducción con Oxitocina, esta se debe suspender previa a la administración de la Carbetocina.

Potencia sobre el receptor V2 de hormona anti-diurética

Los efectos anti-diuréticos de la Oxitocina significan que las infusiones de este fármaco, especialmente cuando se administra en una solución que no contiene electrolitos (dextrosa 5%) o a dosis altas (>20 mU/minuto), puede conducir a una hiponatremia. A la fecha, no se han reportado casos de hiponatremia con Carbetocina en la literatura, aunque no puede excluirse completamente un efecto anti-diurético dada la similaridad estructural de las moléculas de Carbetocina y Oxitocina.

Las diferencias estructurales entre la Carbetocina y la Oxitocina también influyen en su capacidad de unión al receptor y su potencia. De hecho, se ha demostrado *in vitro* que la Carbetocina es mucho menos potente y, por lo tanto, más selectiva, que la Oxitocina sobre el receptor V2 de hormona anti-diurética (EC50: 170 vs 7nM). A pesar de la diferente selectividad mostrada *in vitro* no puede excluirse la posibilidad de una hiponatremia, en particular en pacientes que también están recibiendo grandes volúmenes de fluidos endovenosos.

Estudios farmacocinéticos

La Carbetocina se puede administrar por vía IV alcanzándose concentración pico a los 15 minutos o por vía IM con una concentración pico de menos de 30 minutos, esto hace práctica las dos vías de administración.

La vida media de eliminación de la Carbetocina es más prolongada que la de Oxitocina y su eliminación es renal.

Perfil de Seguridad

A la fecha se han publicado un total de 18 estudios clínicos aleatorizados comparando Carbetocina versus otros agentes uterotónicos convencionales (Tablas 1 y 2).

Ninguno de estos estudios demuestra que la Carbetocina es un fármaco con efectos secundarios no deseados y comprueban un perfil seguro de esta medicación. Desde su fecha de introducción al ámbito clínico, el 24 de Junio de 1997 (Canadá) hasta el 30 de Junio de 2015, la Carbetocina ha sido aprobada en 78 países, se estima una exposición acumulada de 6,75 millones de pacientes, y no se ha identificado riesgo potencial alguno que requiera de actividades específicas de minimización de riesgo.

Efectividad de la Carbetocina en la prevención de la hemorragia posparto

Para evaluar la efectividad de la Carbetocina en la prevención de la hemorragia posparto, este statement revisa la evidencia basada en estudios aleatorios controlados tanto en prevención de hemorragia en parto vaginal como en pacientes sometidas a cesáreas, ya sea, electivas o de emergencia. Se analizan los tipos de estudios, la calidad de ellos, los meta-análisis realizados y se presentan discusiones y hallazgos basados en la mejor evidencia.

Carbetocina comparada con otros agentes uterotónicos para prevención de hemorragia en pacientes posparto

Se realizó una revisión sistemática de la literatura que incluyó todos los estudios aleatorizados controlados y un meta análisis donde se comparó la Carbetocina con otros agentes uterotónicos para la prevención de hemorragia en pacientes en posparto vaginal.

Se realizó una búsqueda de la literatura utilizando como palabras claves: Hemorragia posparto AND/OR agentes uterotónicos AND/OR Carbetocina.

Se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Embase, Cochrane reviews, OVID, incluyendo los años 2004 al 2016.

La revisión sistemática reveló un total de 8 estudios aleatorizados en mujeres en posparto vaginal. (Tabla 1). En cinco estudios la intervención consistió en la administración de

Carbetocina 100ug por vía intramuscular vs. Oxitocina 5 Unidades + Ergometrina 0.5mg (Sintometrina) también vía intramuscular; en un estudio la Carbetocina se administró por vía endovenosa y en dos estudios se comparó la Carbetocina vs. Oxitocina únicamente. En un estudio cuya población fueron pacientes con preeclampsia severa, se incluyeron mujeres posparto vaginal y también aquellas sometidas a cesárea. La mayoría de estudios incluyeron pacientes de bajo riesgo.

En cinco de los ocho estudios el objetivo primario fue la presencia de hemorragia que requiriera el uso de agentes uterotónicos adicionales. En la mayoría de estudios con este objetivo primario, la necesidad de agentes uterotónicos adicionales se evaluó con: a) tono uterino inadecuado y/o b) pérdida sanguínea mayor de 500 ml asociado a hipotensión y taquicardia. En dos estudios se evaluó como objetivo primario la caída en los niveles de hemoglobina a las 24 y 48 horas respectivamente. (Tabla 1)

Los objetivos secundarios variaron entre los estudios pero incluyeron principalmente sangrado vaginal, caída en el hematocrito, cambios hemodinámicos, y náusea y vómito.

Calidad de los estudios

La mayoría de los estudios fueron de buena calidad en los que se redujo el sesgo al seleccionar pacientes utilizando como criterio la metodología de aleatorización por bloque y el ocultamiento a la terapia recibida.

Ninguno de los estudios realizó análisis de costo efectividad, en dos de los ensayos aleatorizados que la comparan con Syntometrina se menciona que la Carbetocina es más costosa, alrededor de 39 dólares por ampolla comparado con 4 dólares de la ampolla de Syntometrina y que el perfil de efectos adversos al ser menor podría salvar costos.

Resultados basados en Meta-análisis de datos

La revisión Cochrane de Su LL, Chong YS y Samuel del 2012 no mostró diferencias en la incidencia de HPP, no obstante demostró una reducción estadísticamente significativa en la necesidad de agentes uterotónicos adicionales cuando se compara con Oxitocina. En cuanto a los desenlaces secundarios se presentó menos náusea y vómito en el grupo que uso Carbetocina y más hipertensión en el grupo de Syntometrina. Concluyendo los autores, que se requieren estudios de costo-efectividad.

Esta revisión sistemática del uso de la Carbetocina posparto para prevenir la hemorragia principalmente por atonía uterina comparado con otros uterotónicos, muestra que en seis de los ocho estudios no se presentaron diferencias en los desenlaces primarios (hemorragia posparto que requiera uterotónicos adicionales, caída en el nivel

Tabla I. Estudios aleatorizados controlados comparando Carbetocina con otros uterotónicos en pacientes posparto vía vaginal

| Estudio (año) | País | Participantes (n) | Riesgo: alto/bajo | Objetivo Primario | Intervención | Resultados |
|--------------------------|----------|-----------------------|---------------------|---|--|--|
| Boucher M y otros (2004) | Canadá | 160 | Bajo | PPH que requiera uterotónicos adicionales | Carbetocina (C) 100ug IM v. Oxitocina 10 U IV | No diferencias en desenlace primario. Menos requerimiento de uterotónicos adicionales en el grupo(C) |
| Leung SW y otros (2006) | China | 329 Mayor a 34 sem | Bajo | Caída en el nivel de Hb a las 48 horas | Carbetocina (C) 100ug IM v. Oxitocina 5 U + Ergometrina 0.5mg (Syntometrina) IM | No diferencias en desenlace primario. Menos efectos adversos nausea , vomito e hipertensión vomito en grupo C, mas taquicardia en grupo C |
| Su, LL y otros (2009) | Singapur | 370 > 34 sem | Bajo | PPH que requiera uterotónicos adicionales | Carbetocina (C) 100ug IM vs. Oxitocina 5 U + Ergometrina 0.5mg (Syntometrina) IM | No diferencias en desenlace primario. Menos efectos adversos nausea, vómito en grupo (C) |
| Nirmala K y otros (2009) | Malasia | 120 > 36 sem | Alto | PPH que requiera uterotónicos adicionales | Carbetocina (C) 100ug IM vs. Oxitocina 5 U + Ergometrina 0.5mg (Syntometrina) IM | No diferencias en desenlace primario. Diferencias en los secundarios: Menos sangrado (<500ml en ambos grupos), menor caída de Hg en grupo (C) |
| Reyes O y otros (2011) | Panamá | 55 | Preeclampsia severa | PPH que requiera uterotónicos adicionales | Carbetocina (C) 100ug IV en 2 min vs Oxitocina 20 u +1000 ml lactato de ringer 1000 ml/hora IV | No diferencias. Menos volumen infundido en el grupo (C), lo que puede ser benéfico en pacientes con PE. |
| Askar A y otros (2011) | Egipto | 240 > 37 sem | Bajo | PPH que requiera uterotónicos adicionales | Carbetocina (C) 100ug IM vs. Oxitocina 5 U + Ergometrina 0.5mg (Syntometrina) IM | No diferencias en desenlace primario. Menos nausea y vómito en grupo (C), más hipertensión en grupo Syntometrina |
| Samimi M y otros (2013) | Irán | 200 | Bajo | Caída en el nivel de Hb a las 24 horas | Carbetocina (C) 100ug IM vs. Oxitocina 5 U + Ergometrina 0.2mg (Syntometrina) IM | Menor caída de la Hb a las 24 horas y más taquicardia en grupo (C), más hipertensión en grupo Syntometrina |
| Maged A y otros (2015) | Egipto | 200 37 – 40 sem | Alto | PPH > 500 ml | Carbetocina (C) 100ug IM vs. Oxitocina 5 U IM | Menos sangrado, uterotónicos de rescate, caída de Hb en grupo C, Mas hipotensión y taquicardia en grupo C |

de hemoglobina a las 24 y 48 horas posparto y hemorragia posparto mayor de 500 ml), cuando se comparó la Carbetocina con Syntometrina. Solo un estudio en el que se comparó con Oxitocina, se evidenciaron diferencias significativas en menor uso de uterotónicos de rescate y caída en el nivel de Hb a las 24 horas posparto en el grupo de Carbetocina.

En el análisis de desenlaces secundarios la Carbetocina comparada con Syntometrina mostro una menor incidencia de náusea, vómito e hipertensión.

En el único estudio incluido en esta revisión en que la Carbetocina se comparó con Oxitocina, el perfil de efectos adversos hemodinámicos demostró una diferencia significativa en la presencia de más hipotensión y taquicardia en el grupo de Carbetocina.

No se realizó en ninguno de los estudios análisis de costo efectividad.

Desde el punto de vista de validación externa de los resultados en 7 de los 8 estudios se realizó comparación entre Carbetocina y Syntometrina (combinación de Oxitocina más Ergometrina); esta última no se encuentra disponible en la mayoría de los países en Latinoamérica.

Carbetocina comparada con otros agentes uterotónicos para prevención de hemorragia en pacientes sometidas a cesáreas

Se realizó una revisión sistemática de la literatura que incluyó todos los estudios aleatorios controlados que compararon Carbetocina con otros agentes uterotónicos para la prevención de hemorragia en pacientes en las que se realizó una cesárea.

La selección se llevó a cabo buscando referencias bibliográficas utilizando como palabras claves: hemorragia poscesárea, agentes uterotónicos y Carbetocina. Se utilizaron las siguientes fuentes de información: PubMed, Scopus, Embase, Cochrane reviews, OVID, incluyendo los años 1998 al 2016. Se excluyeron estudios que no fueron aleatorios y controlados.

La revisión sistemática reveló un total de 10 estudios aleatorios en mujeres que tuvieron cesáreas electivas o no programadas. (Tabla # 2). En nueve estudios se incluyeron solamente pacientes que tuvieron cesáreas. Un estudio (Reyes y otros 2011) incluyó pacientes que fueron aleatorizadas en el periodo expulsivo del trabajo de parto e incluyó pacientes que terminaron con cesáreas o con partos vaginales.

En los 10 estudios una sola dosis de Carbetocina de 100 ug fue administrada en forma intravenosa y en bolo comparada con la administración de Oxitocina en varias dosis que variaron de acuerdo al estudio. En un sólo estudio se

comparó la Carbetocina con Oxitocina más Misoprostol sublingual (Elgafor el Sharkwy 2013).

La mayoría de los estudios incluyeron pacientes de alto riesgo con antecedentes ya sea de preeclampsia, diabetes gestacional, obesidad, cesáreas de emergencia o historial de hemorragia posparto en gestación anterior. Tres estudios recientes incluyeron pacientes de alto riesgo que tuvieron cesáreas de emergencia.

Seis de los 10 estudios tuvieron como objetivo primario el uso de agentes uterotónicos adicionales en las primeras 24 horas poscesárea. La necesidad de agentes uterotónicos adicionales fue a la discreción del médico tratante basado además de la estimación de la pérdida de sangre en la presencia de atonía uterina al examen clínico. En 2 estudios el objetivo primario fue la hemorragia poscesárea > 1000 ml en las primeras 24 horas.

Los objetivos secundarios variaron entre los estudios pero incluyeron principalmente la incidencia de hemorragia posparto y la necesidad de transfusión de sangre.

La mayoría de los estudios fueron de buena calidad en los que se redujo el sesgo al seleccionar pacientes utilizando como criterio, la metodología de aleatorización por bloque y el ocultamiento a la terapia recibida. Solo en tres de los estudios no estuvo claro el método de aleatorización.

Resultados basados en Meta-análisis de datos y estudios recientes

Tanto la revisión Cochrane de Su LL, Chong YS y Samuel del 2012 como la reciente revisión sistemática y meta-análisis de Jin B y otros del 2016 demuestran una reducción del uso de agentes uterotónicos terapéuticos en las primeras 24 horas en pacientes que recibieron Carbetocina comparados con pacientes que recibieron Oxitocina al momento de la cesárea (Riesgo relativo (RR) de 0.68, 95% IC: 0.55-0.84) (Tabla #3). También hubo una reducción significativa en la necesidad de masaje uterino en pacientes que recibieron Carbetocina (RR = 0.54, 95% IC: 0.31 – 0.96). Sin embargo no hubo diferencia en las tasas de hemorragia posparto y de hemorragias severas (RR=0.91, 95% IC: 0.39-2.15) (Figura # 1)

El meta-análisis de efectos secundarios incluyendo náusea, vómitos, cefaleas, sudoración, temores, escalofríos fueron similares en mujeres que recibieron Carbetocina comparados con Oxitocina poscesárea. La única diferencia significativa fue la menor incidencia de mareos en pacientes recibiendo Carbetocina (RR = 0.31, 95% IC 0.12 – 0.83). (Tabla #3).

Desde la publicación del meta-análisis de Jin y otros, dos estudios recientes comparando Carbetocina con Oxitocina en cesáreas de emergencia, no electivas, dieron resultados contrarios en lo referente al uso de agentes uterotónicos

terapéuticos poscesárea. El estudio de Razali y otros de Malasia (2015) encontró una disminución significativa en el uso de agentes uterotónicos terapéuticos poscesárea de emergencia con el uso de Carbetocina (38.8% v. 57.2%) (RR

0.68; IC 0.57-0.81). En comparación Whigham y otros en Australia (2016), no encontraron diferencia significativa en el uso de uterotónicos poscesárea (22.0% v. 13.2%, $p = 0.323$).

Tabla 2. Estudios aleatorios controlados comparando Carbetocina con otros agentes en pacientes que se sometieron a cesáreas.

| Estudio (año) | País | Participantes (n) | Riesgo: alto/bajo | Objetivo Primario | Intervención | Resultados |
|---------------------------|------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|---|---|
| Boucher y otros (1998) | Canadá | 57 | Bajo | Estimación pérdida de sangre | Carbetocina 100ug IV bolo v. Oxitocina 2.5 u IV bolo + 3 10u bolo | Carbetocina similar a la Oxitocina en la estimación de pérdida de sangre durante la cesárea |
| Dansereau y otros (1999) | Canadá | 694 | Alto y bajo | Uterotónicos terapéuticos | Carbetocina 100ug IV bolo v. Oxitocina 5 u IV bolo + 20 u infusión IV | Menor uso de agentes uterotónicos adicionales con una sola dosis de Carbetocina |
| Borruto y otros (2009) | Italia | 104 | Alto | Uterotónicos terapéuticos | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 10 u infusión IV | Menor uso de agentes uterotónicos adicionales con una sola dosis de Carbetocina |
| Attilakos y otros (2010) | Inglaterra | 377 | Alto y bajo | Uterotónicos terapéuticos | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 5 IU IV bolo | Menor uso de agentes uterotónicos adicionales con Carbetocina pero no reducción en hemorragia poscesárea o necesidad de transfusión |
| Moertl y otros (2011) | Alemania | 84 | Bajo | Pulso | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 5 IU IV bolo | No diferencia en cambios hemodinámicos entre Carbetocina y Oxitocina |
| Elgafor el Sharkwy (2013) | Egipto | 380 | Alto | Uterotónicos terapéuticos | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 20IU infusión IV | No diferencia en el uso de agentes uterotónicos adicionales entre los dos grupos |
| | | | | | +misoprostol 400 ug SL | |
| El Behery y otros (2015) | Egipto | 180 | Alto | Hemorragia post parto >1000 ml | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 20 IU infusión IV | Menor de incidencia de hemorragia poscesárea con Carbetocina |
| Razali y otros (2015) | Malasia | 600 | Alto | Uterotónicos terapéuticos | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 10 IU IV bolo | Menor uso de agentes uterotónicos adicionales con Carbetocina pero no reducción en hemorragia poscesárea o necesidad de transfusión |
| Whigham y otros (2016) | Australia | 114 | Alto | Uterotónicos terapéuticos | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 5 IU IV bolo | No diferencia en la necesidad de agentes uterotónicos adicionales entre los 2 grupos |
| Reyes y otros (2011) | Panamá | 60 | Alto | Uterotónicos terapéuticos | Carbetocina 100 ug IV bolo v. Oxitocina 20 IU infusión IV | Carbetocina igual de efectivo que la Oxitocina en pacientes con preeclampsia |

Tabla 3. Meta-análisis de resultados comparando Carbetocina con Oxitocina en mujeres que tuvieron cesáreas. (Jin B y otros. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016; 29(3): 400-407)

| Outcome measures | Studies (no. of subjects) | Carbetocin n/N | Oxytocin n/N | Relative risk (95% CI) | Heterogeneity (p) |
|--------------------------------|---------------------------|----------------|--------------|------------------------|-------------------|
| Therapeutic uterotonics | 5 (1553) | 106/776 | 157/777 | 0.68 (0.55–0.84) | 0.38 |
| PPH | 4 (1195) | 23/596 | 35/599 | 0.66 (0.42–1.06) | 0.60 |
| Severe PPH | 2 (432) | 9/215 | 10/217 | 0.91 (0.39–2.15) | 0.49 |
| Uterine massage | 2 (739) | 29/369 | 54/370 | 0.54 (0.31–0.96) | 0.17 |
| Incidence of blood transfusion | 2 (757) | 5/378 | 9/379 | 0.56 (0.19–1.65) | 0.36 |
| Adverse effects | | | | | |
| Abdominal pain/back pain | 4 (1197) | 167/598 | 166/599 | 1.01 (0.86–1.19) | 0.94 |
| Nausea | 4 (1149) | 107/574 | 115/575 | 0.93 (0.74–1.17) | 0.91 |
| Flushing | 3 (1068) | 93/533 | 81/535 | 1.15 (0.89–1.49) | 0.93 |
| Headache | 5 (1253) | 58/626 | 62/627 | 0.94 (0.67–1.31) | 0.43 |
| Feeling of warmth | 2 (715) | 66/357 | 56/358 | 1.18 (0.86–1.13) | 0.56 |
| Tremors | 2 (1036) | 39/517 | 53/519 | 0.74 (0.50–1.09) | 0.64 |
| Vomiting | 3 (1093) | 36/546 | 41/547 | 0.88 (0.57–1.35) | 0.37 |
| Metallic taste | 2 (936) | 22/517 | 22/419 | 0.95 (0.54–1.70) | 0.99 |
| Sweating | 2 (1036) | 11/517 | 11/519 | 1.00 (0.44–2.29) | 1.00 |
| Dizziness | 2 (538) | 5/269 | 16/269 | 0.31 (0.12,0.83) | 0.35 |
| Short of breath/dyspnea | 3 (537) | 7/268 | 9/269 | 0.79 (0.31–2.01) | 0.58 |
| Tachycardia | 2 (433) | 2/216 | 1/217 | 1.50 (0.25–8.89) | 0.22 |
| Hypotension | 1 (377) | 4/188 | 2/189 | 2.01 (0.37–10.85) | NE |
| Pruritus | 1 (57) | 3/28 | 3/28 | 0.97 (0.21–4.39) | NE |
| Chills | 1 (57) | 1/28 | 2/28 | 0.48 (0.05–5.03) | NE |
| Blurred vision | 1 (377) | 0/188 | 1/189 | 0.34 (0.01–8.17) | NE |

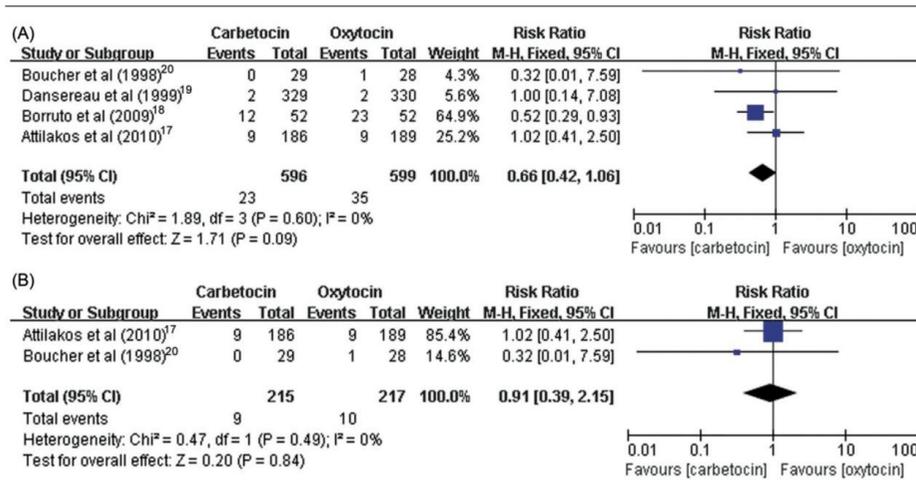


Figura 1. Comparación de Carbetocina con Oxitocina en la incidencia de hemorragia (A) y hemorragia severa posparto (B) en pacientes que tuvieron cesárea. (Jin B y otros. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016; 29(3): 400-407)

En lo referente a los cambios hemodinámicos observados en pacientes que recibieron Carbetocina versus Oxitocina poscesárea los estudios de Moertl y otros (2011), y Pisani y otros (2012) no demostraron diferencia alguna entre estos dos fármacos en lo referente al pulso, presión arterial, resistencia periférica total y gasto cardiaco. Adicionalmente, el estudio de Reyes (2011) demostró que la Carbetocina no muestra efectos hemodinámicos mayores en mujeres con preeclampsia severa y la administración de pocos volúmenes la hacen una opción terapéutica para este tipo de pacientes.

Solo hay dos estudios publicados analizando el costo-efectividad del uso de la Carbetocina. Del Ángel García y otros 2006 en México, estudiaron el costo-efectividad de

Carbetocina versus Oxitocina poscesárea en prevención de hemorragia. Este estudio encontró que el costo por paciente es menor con Carbetocina (\$3525) comparado con Oxitocina (\$4054) $p < 0.01$. Sin embargo no se proporcionaron datos adecuados para el análisis y las suposiciones hechas de los costos.

En 2011 Higgins y colaboradores en el Reino Unido publicaron su estudio comparando Carbetocina versus Oxitocina en cesáreas electivas. Estos investigadores no encontraron diferencia alguna en parámetros clínicos incluyendo el uso de agentes uterotónicos adicionales. Al realizar el análisis financiero, los autores contrarios a los hallazgos de Del Ángel García, encontraron un incremento significativo en el cuidado de mujeres de bajo riesgo que se sometieron a

una cesárea electiva y que recibieron Carbetocina. El costo adicional de 18.51 Libras Esterlinas por paciente fue significativo ($p = 0.0097$).

Esta revisión sistemática del uso de la Carbetocina poscesárea para prevenir la hemorragia principalmente por atonía uterina, demuestra un perfil hemodinámico de la Carbetocina similar al de la Oxitocina, por lo tanto su uso tanto en la cesárea electiva como de emergencia es seguro en la dosis de 100ug IV en bolo.

La ventaja observada con el uso profiláctico de la Carbetocina poscesárea comparada con el uso de la Oxitocina, es una disminución de alrededor del 30% (basada en meta-análisis de 5 estudios aleatorios) en el uso de agentes uterotónicos adicionales en pacientes que recibieron Carbetocina (aunque estudios más recientes no demuestran el beneficio (Whigham 2016) ; sin embargo el uso de la Carbetocina no resultó en diferencias significativas en las tasas de hemorragia y hemorragia severa, y en la necesidad de transfusión sanguínea.

En lo referente a efectos secundarios, la Carbetocina es muy similar a la Oxitocina en la mínima incidencia de efectos secundarios adversos con su uso, con la excepción de que su perfil muestra menos incidencia de mareos.

- La Carbetocina es un análogo sintético de la Oxitocina con efecto agonista de mayor duración que muestra un perfil de seguridad similar o en ciertos aspectos superiores al de la Oxitocina, sin evidencia de efectos secundarios que requieran una vigilancia diferente o especial comparada a la Oxitocina.
- La Carbetocina puede ser usada para la prevención de la hemorragia posparto vaginal y poscesárea. Este agente uterotónico puede ser utilizado tanto en pacientes de bajo y alto riesgo y en cesáreas electivas como de emergencia.
- La Carbetocina muestra beneficio en lo referente a un menor uso de agentes uterotónicos adicionales en cesáreas tanto electivas como de emergencia.
- Es necesario realizar más estudios de costo-efectividad en Latinoamérica para poder determinar si la Carbetocina es costo-efectiva en la prevención de hemorragia posparto.

Bibliografía

1. Ahonen J, Jokela R. Recombinant factor VIIa for life-threatening postpartum haemorrhage. *Br Jour Anaesthesia* 2005; 94:553-5
2. Askar AA, Ismail MT, El-Ezz AA, Rabie NH. Carbetocin versus syntometrine in the management of third stage of labor following vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 284(6):1359-65.
3. Attilakos G, Psaroudakis D, Ash J, et al. Carbetocin versus oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage following caesarean section: the results of a double-blind randomized trial. *BJOG* 2010; 117:929–36.
5. Boucher M, Horbay GL, Griffin P, et al. Double-blind, randomized comparison of the effect of carbetocin and oxytocin on intraoperative blood loss and uterine tone of patients undergoing cesarean section. *J Perinatol* 1998; 18:202–7.
6. Boucher M, Nimrod CA, Tawagi GF, Meeker TA, Rennicks White RE, Varin J. Comparison of carbetocin and oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage following vaginal delivery: a double-blind randomized trial. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004May; 26(5):481-8.
7. Borruto F, Treisser A, Comparetto C. Utilization of Carbetocin for prevention of postpartum hemorrhage after cesarean section: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280:707–12.
8. Consenso Europeo para la prevención y manejo de la hemorragia posparto. The EUPHRATES Group.
9. Dansereau J, Joshi AK, Helewa ME, et al. Double-blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:670–6.
10. Del Angel Garcia G, García-Contreras F, Constantino-Casas P, et al. Economic evaluation of carbetocine for the prevention of uterine atony in patients with risk factors in Mexico. *Value Health* 2006; 9:A254.
11. Dildy GA III. Postpartum hemorrhage: new management options. *Clin Obstet Gynecol North Am.* 2002;34:330-44
12. El Behery MM, El Sayed GA, El Hameed AAA et al. Carbetocin versus oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage in obese nulliparous women undergoing emergency cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015 DOI:10.3109/14767058.2015.1043882.
13. Elgafor el Sharkwy IA. Carbetocin versus sublingual misoprostol plus oxytocin infusion for prevention of postpartum hemorrhage at cesarean section in patients with risk factors: a randomized, open trail study. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288:1231–6.
14. Higgins L, Mechery J, Tomlinson AJ. Does carbetocin for prevention of postpartum haemorrhage at cesarean section provide clinical or financial benefit compared with oxytocin? *J Obstet Gynaecol* 2011; 31: 732-739.
15. Jin B, Du Y, Zhang F, Zhang K et al. Carbetocin for the prevention of post partum hemorrhage: a systematic

- review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29(3): 400-407.
16. Leung SW, Ng PS, Wong WY, Cheung TH. A randomised trial of carbetocin versus syntometrine in the management of the third stage of labour. *BJOG*. 2006 Dec; 113(12):1459-64.
 17. Maged AM, Hassan AM, Shehata NA. Carbetocin versus oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery in high risk women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016; 29(4):532-6.
 18. Moertl MG, Friedrich S, Kraschl J, et al. Hemodynamic effects of carbetocin and oxytocin given as intravenous bolus on women undergoing caesarean delivery: a randomized trial. *BJOG* 2011; 118:1349–56.
 19. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane*
 20. Nirmala K, Zainuddin AA, Ghani NA, Zulkifli S, Jamil MA. Carbetocin versus syntometrine in prevention of post-partum hemorrhage following vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009 Feb; 35(1):48-54.
 21. Pisani I, Tiralongo GM, Gagliardi G et al. The maternal cardiovascular effect of carbetocin compared to oxytocin in women undergoing caesarean section. *Pregnancy International: An International Journal of Women's Cardiovascular Health* 2012; 2:139-142.
 22. Protocolo SEGO. Patología del alumbramiento y del parto inmediato. (Actualizado en 2000). Disponible en: <http://www.prosego.es/>
 23. Razali N, Latar ILM, Chan YK et al. Carbetocin compared to oxytocin in emergency cesarean section: a randomized trial.
 24. Reyes OA, Gonzalez GM. Carbetocin versus oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage in patients with severe preeclampsia: a double-blind randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33:1099–104.
 25. Samimi M, Imani-Harsini A, Abedzadeh-Kalahroudi M. Carbetocin vs. Syntometrine in Prevention of Postpartum Hemorrhage: a Double Blind Randomized Control Trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2013 Sep; 15(9):817-22.
 26. Sancha M, Cabrillo E, Magdaleno F. Retención de placenta. Hemorragia del alumbramiento. Inversión uterina. En: Cabero L, editor. *Tratado de Ginecología, Obstetrica y Reproducción Humana*. Madrid. Ed. Panamericana; 2003. p. 807-11
 27. SCOG International Joint Policy Statement. Management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynecol*. 2003; 25:952-3.
 28. Su LL, Rauff M, Chan YH, Mohamad Suphan N, Lau TP, Biswas A, Chong YS. Carbetocin versus syntometrine for the third stage of labour following vaginal delivery a double-blind randomised controlled trial. *BJOG*. 2009 Oct; 116(11):1461-6.
 29. Su LL, Chong YS, Samuel M. Carbetocin for preventing postpartum haemorrhage

(Review). *The Cochrane Collaboration. Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18; 4.
 30. Van Dogen PWJ, Verbruggen MM, De Groot ANJ, Van Roosmalen J, Sporken JM, Schulz M. Ascending dose tolerance study of intramuscular carbetocin administered after normal vaginal birth. *Eur J Obstet Gynecol*. 1998; 77:181-7.
 31. Whigham CA, Gorelik A, Loughnan TE et al. Carbetocin versus oxytocin to reduce additional uterotonic use at non-elective caesarean section: a double-blind, randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; DOI: 10.3109/14767058.2016.1149564.

VIAJE AL CENTRO DEL FALO: UN FALSO CONJURO

Dr. Carlos Pol Bravo

*Medico Psiquiatra U. de Barcelona – España.
Magister en Sexología. U. de Valencia. – España*

Las antiguas culturas milenarias en cualquiera de los cinco continentes siempre han mantenido un culto al falo, a Priapo, o lo que es lo mismo, a la erección masculina, como símbolo del macho procreador pero sin contemplar el verdadero sentido del placer, al menos en ese mítico Priapo monolítico del pasado y del presente...

Cierto es que nada es tan falso como esto.

Inicialmente, sin desprestigiar ni desvalorar la validez de la erección, la sexualidad es mínimo cuestión de dos, de lo contrario... se llama masturbación; acto que, según los Derechos Sexuales de la Humanidad, proclamados en el XIII Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España, en 1997, más concretamente en el 5º derecho, dedicado al placer sexual, reza: “el placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual”. Por tanto, matizo, si esta masturbación es ajena a la soledad del individuo como parte de un juego erótico, sería un enriquecimiento del erotismo de la pareja. De lo contrario se mantendrá en el simple y crudo autoerotismo.

Y en esta vorágine mal entendida se encuentra la mujer de manera física, de manera práctica, otras veces posesiva o simbólica, pero también me pregunto: ¿en esta falocracia se conceptúa su sexualidad y su gratificación?

Mantener unas costumbres o culturas ancestrales es un concepto, como es la propia reproducción, y muy distinto es en cambio el sentimiento de sexualidad en pleno siglo XXI.

No solo de erección vive el hombre, ni tampoco la mujer, máxime en estos tiempos cuando —y por fortuna— los juguetes eróticos no se consideran una perversión. Así las cosas, ¿dónde está la sensualidad, la ternura, la seducción y, sobre todo, la imaginación en el erotismo y la sexualidad?

Antiguamente, por cultura, después por costumbre y hoy por equívoco se concentra la sexualidad en la efigie fálica, en la importancia de la misma como única vía de sexo. ¿Y dónde queda, me pregunto, la vagina, el clítoris, su lubri-

cación y el buscar una forma hedonística de excitar a la pareja?

Basar el sexo, como se hace hoy en día, tan solo en la penetración es absurdo. Por centurias los temores transculturales eliminaron otras formas de sexualidad. Fueron execradas y abolidas cual acto impuro. Y actualmente por fortuna desde los libros de Medicina, como el DMSV, hasta en la coloquialidad de programas de radio, otras formas de excitación que no sea el pene para llegar al orgasmo no son motivo en una mente culta y madura de escándalo alguno.

En el machismo, erróneamente fomentado por la falocracia, aún se cree es la penetración la única vía para el placer de la pareja: Otro equívoco.

La sutileza, la dedicación, el “estar pendiente” y la comunicación del cómo y en qué forma ya no solo aceptados, sino deseados por ambas partes y la complicidad de los juegos previos, del goce en la piel antes que en el después, se convierten todos en los principales elementos que realmente cuentan en una relación de pareja sexualmente hablando.

En consecuencia debemos admitir que aún están en boga conceptos femeninos equívocos y con débil estructura, al mantener la creencia sobre el que la erección y la tumescencia del pene son los elementos primordiales en la sexualidad del ser humano. Esto debe transformarse en mayor educación, comunicación y exigencia, incluso, por cualquiera de las partes, enfocando a promover y alargar el juego erótico antes y durante el coito; pero, como diría el gran guitarrista andaluz; “después del concierto queda el placer o la resaca”. Es decir que el después también cuenta para buscar el primero y evitar la segunda.

De esta manera libramos al hombre de esa falsa obligación, del falso equívoco del “semper paratus, semper fidelis”.

Por ello este autor sugiere olvidar ciertos conceptos trasnochados, guardar en el baúl de los recuerdos antiguas costumbres transculturales, cuyo peso en la cama pueden romperla, dando menos importancia al falo y más integración a la complicidad entre la pareja y cómo lo disfrutan.

Próximos Eventos Académicos



The graphic for the XXII Congreso FLASOG 2017 features a light blue background with a faint image of a city skyline. On the left, there are three logos: the FLASOG logo with a map of Mexico, the XXII Congreso FLASOG 2017 logo with a globe and a woman's silhouette, and the FEMECOG logo with a caduceus and a map of Mexico. The main text is in bold blue and red fonts. At the bottom, there are two promotional banners: one for 6 months of free registration and accommodation, and another for an academic scholarship raffle.

XXII Congreso FLASOG
5 al 9 de Noviembre de 2017
Cancún, México

Inscríbete en: www.congresoflasog2017.org.mx

Promociones

6 MESES SIN INTERESES en inscripción y hospedaje
Vigente hasta el 4 de noviembre del 2016

Rifa Beca Académica
\$ 13,000 dls

- VIII Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia y XII Congreso Peruano De Climaterio. 13 al 17 de junio de 2016, Lima, Perú
- X Jornada de Formación en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. 15 de junio de 2016. Madrid, España
- 32nd Annual Meeting ESHRE 2016. 3 al 6 de julio de 2016. Helsinki, Finlandia
- VI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología para Medicina General 29 al 31 de julio de 2016. Medellín, Colombia
- I Congreso Internacional y XVI Congreso Regional de Climaterio y Menopausia. 10 al 13 de agosto de 2016. Guadalajara, México
- III Simposio Nacional de Obstetricia y Ginecología para Enfermería 23 y 24 de septiembre de 2016, Bogotá, Colombia
- XVI Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología 4 al 7 de octubre de 2016. La Habana, Cuba
- XXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia - Linares 2016. 28 al 29 de octubre de 2016. Linares. Jaen, España
- XVII Congreso de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. 24 al 25 de noviembre de 2016. Zaragoza, España
- XIII Congreso Internacional de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva 22 al 24 de Febrero de 2017. Cartagena, Colombia

Resúmenes de artículos

Tepper N, Whiteman M, Zapata L, Marchbanks P, Curtis K, Seguridad de anticoncepción hormonal en mujeres con migraña: Revisión sistemática

Tepper N, Whiteman M, Zapata L, Marchbanks P, Curtis K, Safety of hormonal contraceptives among women with migraine: a systematic review

Contraception, junio 2016, Volume 93, Issue 6: artículo en prensa

Division of Reproductive Health, US Centers for Disease Control and Prevention, 4770 Buford Hwy, MS F-74, Atlanta, GA 30341

Antecedentes

La migraña es común en mujeres en edad reproductiva y se ha asociado con un incremento de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. Los anovulatorios orales combinados (AOC) se han también asociado con riesgo aumentado de ACV isquémico. El uso de anticoncepción hormonal pudiera entonces aumentar este riesgo en mujeres en edad reproductiva.

Objetivo

Identificar la evidencia relacionada con el riesgo de tromboembolismo arterial (ACV o infarto de miocardio) en mujeres con migraña usuarias de AOC.

Métodos

Se hizo una búsqueda sistemática de la literatura en la base de datos PubMed desde su inicio hasta enero de 2016. Se incluyeron estudios que incluían mujeres con diagnóstico de migraña con o sin aura;

que usaran anticoncepción hormonal combinada (AOC, parche y anillo vaginal) o anticoncepción hormonal de solo progestinas (píldoras de solo progestinas, implantes subdérmicos, inyectables y dispositivo intrauterino hormonal).

Resultados

Siete artículos cumplieron con los criterios de inclusión. Todos fueron casos y controles de baja calidad que reportaban el uso de AOC sin mayores detalles y que reportaban como desenlaces ACV. Cuatro estudios encontraron que entre mujeres con migraña (no clasificada por subtipo) el uso de AOC se asoció con aumento de 2–4 veces el riesgo comparando con no usuarias de AOC. El único estudio que examinó específicamente los subtipos de migraña encontró un riesgo elevado de ACV en mujeres que tenían aura, el cual fue similar, independientemente del uso o no de AOC, pero los OR no fueron reportados. Dos estudios no reportaron riesgo en mujeres con migraña y uso de AOC, pero reportaron incremento del riesgo de ACV con migraña y con uso de AOC independientemente. No se encontró evidencia con otros anticonceptivos hormonales, como tampoco con riesgo de infarto de miocardio.

Conclusión

La limitada evidencia sugiere un incremento de 2-4 veces de ACV en mujeres con migraña usuarias de AOC al comparar con no usuarias. Se requieren investigaciones adicionales sobre los riesgos de anticoncepción hormonal combinada y de solo progestinas en mujeres con diferentes subtipos de migraña.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAÍTÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org