

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 15, N°2 (2019)

Editorial

Dra. Gabriela Kosoy
Presidente de AMAdA



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

Queremos contarles que como Uds. saben en el mes de noviembre pasado, hemos disfrutado del X Congreso Internacional "AMAdA 2019, Salud Sexual y Salud Reproductiva, de lo biológico a lo socio cultural", y queremos compartir en este número pendiente de 2019 algunos de los trabajos presentados y los principales tópicos de este Congreso que fue no solo de excelencia académica, sino también humana, donde pudimos compartir con tantos colegas, dos días intensos de camaradería, ¡muchas gracias a todos!.

Uno de los trabajos presentados fue la experiencia del Servicio de Adolescencia del Hospital Garrahan de la Ciudad de Buenos Aires que han creado un consultorio interdisciplinario de Anticoncepción en situaciones especiales, de suma importancia. Sabemos que muchas drogas de tratamientos crónicos pueden ser teratogénicas así como muchas veces el embarazo puede empeorar una situación clínica, no olvidar que los adolescentes con este tipo de patologías, siguen teniendo y experimentando conductas sexuales a pesar de las mismas, de ahí la importancia no solo de prevenir el embarazo no intencional así como las ITS.

Otro de los trabajos presentados, el cual obtuvo una mención especial fue la "Elección de Métodos Anticonceptivos en el puerperio" realizado por Licenciadas en Obstetricia del Hospital Penna, que confirman la importancia que tiene el trabajo de éstas para que las mujeres en este período conozcan sus derechos reproductivos y poder decidir sobre su Salud Sexual y Reproductiva, en este periodo tan vulnerable de la vida como es el puerperio.

Entre los numerosos e interesantes temas presentados en el Congreso, uno de ellos fue "La Profilaxis pre- exposición para la prevención de VIH en mujeres", que se refiere al uso de antirretrovirales en personas VIH negativas con el riesgo de contraer el virus, método altamente costo-efectivo en la prevención de esta enfermedad. Recomiendo su lectura, así como también la primera parte de las novedades presentadas en el Congreso, un excelente recorrido presentado por la Dra María Elisa Moltoni con los principales temas que fueron expuestos para recordar a los que estuvimos en el mismo y los que no estuvieron también conocerlos.

En este número también presentamos la Segunda parte de Preguntas al experto realizadas sobre las implicancias y consecuencias de la reforma del Código Civil con respecto a la Salud Reproductiva a cargo de la Dra Eugenia Trumper y la Dra María Laura Lovisolo que nos aclaran muchas de las dudas que se suelen tener al realizar Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva en adolescentes. La Primera parte la encuentran en el numero anterior de la revista.

En los comentarios Bibliográficos un interesante trabajo realizado en Francia sobre la colocación directa del DIU, con la gran ventaja de la disminución del dolor en la inserción del mismo, así como la satisfacción de uso y adherencia a los 6 meses, ¡será cuestión de ponerlo en práctica!

Queridos colegas y amigos, aprovecho también para despedirme en mi función como Presidente de AMAdA, al finalizar el periodo 2018-2019. Ha sido para mi un orgullo haber trabajado en esta función estos dos intensos años, y agradezco el trabajo realizado a la par junto a las Comisiones

Directiva, Científica, delegadas del interior de nuestro país, nuestra secretaria Lily, Matías Peydro a cargo de la WEB y diseño de la revista, a la industria farmacéutica por su amplio apoyo y a todos los que hemos trabajado para que esta Sociedad Científica siga creciendo en pos de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas.

Un abrazo,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gabriela Kosoy', with a stylized flourish extending from the end.

Dra. Gabriela Kosoy

Prevención de teratogénesis en adolescentes: un programa institucional especializado.

AUTORES:

Zunana, Cecilia ⁽¹⁾; Ponce G ⁽²⁾; Cambón Yazigi L ⁽³⁾; López P ⁽⁴⁾; Bulgach V ⁽⁴⁾; Rousseau M ⁽⁵⁾; Belleri, F ⁽⁶⁾; Testrad, J ⁽⁶⁾; Mato R ⁽⁷⁾; Califano P ⁽¹⁾.
Hospital Nacional S.A.M.I.C. de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina
Mail: ginecogarrahan@gmail.com



Sobre los autores

1. Médica ginecóloga especialista en ginecología infanto, servicio de clínica médica juvenil
2. Médica ginecóloga, Ex becaria ginecología infanto juvenil, servicio de clínica médica.
3. Médica ginecóloga, Becaria de perfeccionamiento ginecología infanto juvenil, servicio de clínica médica
4. Médica pediatra especialista en adolescencia, Unidad de adolescencia
5. Farmacéutica, Coordinada de Sector Evaluación de Medicamentos. UETS.
6. Farmacéutica de planta, Servicio de Farmacia hospitalaria
7. Médico pediatra especialista en adolescencia, coordinador de la Unidad de adolescencia

Resumen

INTRODUCCIÓN: Los adolescentes con enfermedades crónicas suelen requerir medicación potencialmente teratogénica, por lo que es imprescindible un adecuado asesoramiento anticonceptivo. Con el objetivo de prevención de teratogénesis, se creó un consultorio interdisciplinario en el Hospital Garrahan. **OBJETIVO:** Describir los resultados del **C.A.S.E (Consultorio de Anticoncepción en Situaciones Especiales)** desde su implementación como parte del programa de prevención de teratogénesis por fármacos dirigido a los profesionales de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA: Mujeres adolescentes que asistieron a este consultorio por recibir medicación teratogénica clase C, D o X.

RESULTADOS: Se analizaron 84 pacientes. Las patologías más frecuentes fueron autoinmunes (53%), neurológicas (16%) y cardiológicas (9,5%) entre otras. El 25% ya había iniciado relaciones sexuales. El 48,8% de todas las consultantes recibió, luego del asesoramiento, algún método anticonceptivo complementario al preservativo; los mismos fueron: anticonceptivos combinados (34%), implante subdérmico (29.3%), desogestrel (17%), entre otros. No se registraron embarazos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Este novedoso programa institucional contribuye a mejorar la seguridad de las adolescentes y a concientizar al equipo de la salud sobre la teratogenicidad de los medicamentos y la salud sexual como un elemento clave en el abordaje integral de todas las adolescentes.

Palabras clave: *prevención, teratogenicidad, adolescencia, anticoncepción enfermedades crónicas.*

Summary

INTRODUCTION. Adolescents with chronic diseases often require potentially teratogenic medication, therefore is essential to perform an adequate counseling on sexual and reproductive health. Garrahan Pediatric Hospital has created a multidisciplinary office to address teratogenicity prevention.

OBJECTIVE: To describe C.A.S.E (Contraception Office in Special Situations) results since its implementation as part of the Drug Teratogenesis Prevention Program aimed at health professionals.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective, Descriptive, retrospective cross-sectional study was conducted.

POPULATION AND SAMPLE: Teen women that attended to CASE receiving teratogenic drugs (C, D or X, FDA Category).

RESULTS: The total number of women was 84. They were aged between 10 and 18 years with a median of 14. Pathologies were: autoimmune (53%), neurological (16%), cardiovascular (9.5%) among other conditions. Twenty percent had already had sexual intercourse. Almost half received some contraceptive method complementary to condom as: combined contraceptives (34%) subdermal implant (29.3%), desogestrel (17%)

DISCUSSION AND CONCLUSION: This new institutional program contributes to improve the adolescents' safety as well as raising awareness among the health team about the teratogenicity of medicines and sexual health as a key element in the comprehensive approach of all adolescents.

Introducción:

El *Hospital de Pediatría Garrahan* es un centro de alta complejidad que realiza atención de niños, niñas y adolescentes con patologías crónicas. Según las estadísticas, aproximadamente un tercio de todos los pacientes que se atienden son adolescentes y de estos la mitad de género femenino. Un alto porcentaje de esta población recibe medicación considerada teratogénica. Se define como **"agente teratogénico"** a cualquier agente químico, físico (por ejemplo radiaciones), infeccioso, condición física o deficiencia que, en la exposición fetal, puede alterar la morfología fetal o la función subsecuente. Actúa alterando el crecimiento, la estructura o la función del embrión o feto en desarrollo ⁽¹⁾. Los agentes teratogénicos son causales de aproximadamente el 7% de las todas las malformaciones congénitas y según se ha descrito, los medicamentos y químicos ocupan un 2-5%. ⁽²⁾

Con el fin de comunicar el riesgo teratogénico potencial de un medicamento al profesional que prescribe, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), desde 1979 utiliza un sistema de clasificación basado en evidencia como parte de la etiqueta del producto que clasifica los medicamentos en 5 categorías de riesgo (ver tabla 1). A su vez, el Comité Australiano de Evaluación Farmacológica (ACPM) ha realizado una modificación de esta clasificación (ver tabla 1)⁽³⁾. Ambas han sido ampliamente utilizadas para tomar decisiones en cuanto a suspender, continuar o indicar medicamentos en relación al embarazo. Sin embargo, sólo el 1% de los medicamentos pertenece a la categoría A, la mayoría de los medicamentos pertenece a la categoría C, muchos de las categorías C y D son teratógenos humanos conocidos o

tienen efectos adversos fetales severos y algunas drogas de categoría X no están absolutamente contraindicadas en el embarazo. Por lo tanto, estas categorías suelen ser subóptimas para poder ser utilizadas siempre y en forma exclusiva en el cuidado de pacientes embarazadas o lactantes. Actualmente, este sistema se considera subóptimo. Dada esta situación, la FDA desarrolló una nueva regla en la advertencia del riesgo de teratogénesis y de lactancia de medicamentos. Esta suprime la designación previa e incorpora una leyenda con la discusión de la evidencia actual con respecto a la seguridad no solo en estas situaciones, sino también en pacientes con potencial reproductivo. La subsección de salud reproductiva incluye "información, cuando sea necesario, sobre la necesidad de pruebas de embarazo, recomendaciones de anticoncepción e información sobre infertilidad en relación con el medicamento" (ver tabla 1).⁽⁴⁾

Durante el 2016, en el Hospital Garrahan, se realizó un estudio de campo, en el que se analizaron 1065 mujeres adolescentes que habían tenido la menarca y cursaban internación en alguna unidad de cuidados intermedios o moderados. Se evidenció que el 10% recibía algún tipo de medicación teratogénica. Del total de estas pacientes, sólo el 1,4% recibía algún método anticonceptivo (MAC), y sólo el 16 % había sido valorado por ginecología.⁽⁵⁾ A pesar de que se trabaja continuamente en la difusión de temas de Salud Sexual y Reproductiva a los distintos sectores del hospital, la derivación oportuna a los consultorios de ginecología y adolescencia todavía dista de ser ideal.

La literatura a nivel mundial, reporta que la tasa de mujeres en edad fértil que reciben asesoramiento anticonceptivo cuando se les prescribe simultáneamente un teratógeno conocido son alarmantemente bajas, especialmente en instituciones pediátricas⁽⁶⁾. En 2010, la organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó que en los sistemas de salud deberían establecerse intervenciones en pos de la salud de los niños con anomalías congénitas y para prevenir defectos de nacimiento.⁽⁷⁾ En el 2017, dicho organismo anunció la puesta en marcha del tercer reto mundial por la seguridad del paciente denominado: "*Medicamentos sin riesgos*" cuyo objetivo es reducir la carga mundial de efectos nocivos iatrógenos causados por los medicamentos.⁽⁸⁾

En Argentina, la edad de inicio de las relaciones sexuales es cercana a los 15 años y se ha descripto que *más de la mitad de los adolescentes no utilizan ningún MAC en su debut sexual*.⁽⁹⁾ Nuestro país presenta un alto porcentaje de *embarazos no intencionales* (58,4%), esta cifra asciende aún más en adolescentes menores de 15 años (84,9%).⁽¹⁰⁾ Es en estos casos, donde existe una alta posibilidad de exposición inadvertida a fármacos teratogénicos sobre todo en el primer trimestre de embarazo que coincide con la embriogénesis (período de mayor riesgo).

En este contexto, es fundamental crear estrategias para la prevención del *embarazo no intencional* considerando los efectos de las medicaciones teratogénicas. Como estrategia complementaria a la atención ginecológica, desde el Comité Interdisciplinario de Análisis y Monitoreo de Reacciones Adversas a Medicamentos (Farmacovigilancia) del Hospital, se creó un Programa de prevención de teratogénesis por fármacos basado en: 1) creación de un consultorio interdisciplinario: adolescencia – ginecología – farmacia, denominado **C.A.S.E (Consultorio de Anticoncepción en Situaciones Especiales)**. 2) difusión de información y concientización a equipos de salud acerca del concepto de teratogenicidad, su impacto y la existencia del C.A.S.E. 3) creación de un boletín informativo: "Guía para la prevención de teratogénesis causada por medicamentos" dirigido a profesionales y su publicación en Intranet e Internet en el sitio del hospital. 4) Confección y aprobación por el Comité de Ética de consentimientos informados: uno para los pacientes que se nieguen a recibir anticoncepción en situaciones de riesgo y otro antes de administrar un medicamento con sospecha de teratogénesis para los pacientes y sus padres⁵

OBJETIVO: Describir los resultados del **C.A.S.E (Consultorio de Anticoncepción en Situaciones Especiales)** desde su implementación como parte del programa de prevención de teratogénesis por fármacos dirigido a los profesionales de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte trasversal. Se incluyeron todas las adolescentes entre 10 y 18 años que fueron derivadas al CASE por recibir medicación teratogénica clase C, D o X, en el período comprendido entre enero de 2018 a diciembre 2019. Se excluyeron adolescentes que ya hubieran iniciado algún MAC, aquellas en seguimiento por consultorio de ginecología o bien que no presentaran desarrollo puberal. Se recolectó información de la historia clínica electrónica. Se analizaron las siguientes variables: edad, enfermedad de base, categoría de teratogenicidad (FDA / ACPM) de la medicación – si hubiera más de una, la de mayor riesgo-, la especialidad que deriva, orientación sexual, inicio de relaciones sexuales, tipo de anticoncepción indicado, consentimiento informado. La consulta se realizó en el marco de la legislación vigente de atención integral de niños, niñas y adolescentes, respetando la autonomía progresiva y el derecho a la confidencialidad. En aquellos casos en los que la adolescente estuviera de acuerdo, se mantuvo parte de la entrevista a solas con la misma. En todos los casos se asesoró sobre los MAC disponibles y seguros contemplando los criterios médicos de elegibilidad, la información bibliográfica disponible y las interacciones farmacológicas entre los distintos anticonceptivos y su medicación habitual. En el caso de que no desearan ningún MAC, se realizó como procedimiento un consentimiento informado en el cual se explicaba que, a pesar de la información brindada respecto de la teratogenicidad y la anticoncepción, no deseaban, por el momento, recibir método anticonceptivo alguno. Todas fueron citadas de manera periódica por consultorios externos de ginecología y/o adolescencia para seguimiento posterior. Los datos fueron analizados en Excel 2010.

RESULTADOS:

Se atendieron 84 pacientes entre 10 y 18 años con una mediana 14. Las patologías más frecuentes fueron las autoinmunes (53%), neurológicas (16%) y cardiológicas (9,5%) entre otras. (*ver gráfico 2 y tabla 2*) Las especialidades que los derivaron al CASE fueron: neurología (22%), dermatología (17,8%), reumatología (15,4%), gastroenterología (11,9%), entre otros (*ver gráfico 3*). Las categorías de las medicaciones fueron C (n 19; 22,6%), D (n 42; 50%) y X (n 23; 27,4%). (*Ver gráfico 4*) Las medicaciones teratogénicas más frecuentemente prescritas fueron ácido valproico, micofenolato y metotrexato (*ver tabla 3*). Ochenta adolescentes (95,4%) referían orientación heterosexual, 3 (3,5%) bisexual y 1 homosexual (1,1%). Sesenta y dos adolescentes (74% del total) no habían iniciado relaciones sexuales al momento de la consulta y las 22 restantes (26%), sí lo había hecho. De estas últimas, solo 3 adolescentes no recibieron otro método adicional al preservativo, 2 por contraindicación al resto de los MAC y 1 porque no lo deseaba. Del resto de las que tenían vida sexual activa, el método más indicado fue el implante de etonorgestrel. Del grupo que no había iniciado relaciones sexuales, 39 adolescentes (53%) no recibieron ningún MAC adicional a la indicación del preservativo. De las 23 restantes, el MAC más utilizado fue el combinado (ya sea por vía oral o inyectable). (*ver gráfico 5*). El 100% de las pacientes recibió asesoramiento sobre el uso correcto del preservativo, confección de campo de látex para prácticas sexuales diversas y sobre la anticoncepción de emergencia. Con las 42 adolescentes que no deseaban recibir anticoncepción, se realizó un procedimiento de consentimiento informado que fue registrado y escaneado en la historia clínica. Es decir, de las 84 pacientes, 41 (48,8%) recibieron algún MAC: 14 (34,2%) combinados, 12 (29,3 %) implante, 7 (17%) desogestrel, 3 (7,3%) DIU, 3 (7,3%) medroxiprogesterona y 2 (4,9%) acetato de leuprolide (*ver gráfico 6*). Este último se utilizó en 2

adolescentes con lupus eritematoso sistémico con plaquetopenia y anemia severas, antecedente de trombosis y anticuerpos anti-fosfolipídicos positivos en quienes se contraindicaban cualquier método.

A lo largo de 2 años de seguimiento, 2 de las adolescentes que recibían acetato de medroxiprogesterona fueron rotadas al implante. No se registró ningún embarazo.

DISCUSIÓN

El programa descrito con la particularidad de la rápida derivación de las adolescentes y su especificidad para la prevención de teratogénesis por fármacos, es una iniciativa novedosa que no tiene antecedentes en otras instituciones. Solo existen programas a nivel ministerial o agencias sanitarias con regulaciones para el uso determinadas drogas teratogénicas que proveen información y anticoncepción adecuada con farmacovigilancia intensiva de estas a nivel nacional. Un ejemplo de esto es la talidomida o retinoides, utilizadas en la actualidad en la población pediátrica. En el CASE se realiza un abordaje interdisciplinario con un enfoque del tipo consejería en Salud Sexual y Reproductiva, fomentando las decisiones autónomas, desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, jerarquizando la doble protección, es decir, la prevención simultánea de infecciones de transmisión sexual y de embarazo

Frecuentemente, las opciones terapéuticas disponibles para el manejo de enfermedades crónicas tienen alto potencial teratogénico y no hay alternativas no teratogénicas para su tratamiento. Por lo tanto, es imprescindible una discusión adecuada y registro de la misma en la historia clínica para esta población de riesgo. Los datos publicados anteriormente revelan que las tasas de mujeres que reciben asesoramiento anticonceptivo cuando se les indica un teratógeno son alarmantemente bajas. Esto ocurre incluso a pesar de que reconocidas sociedades pediátricas como la Academia Estadounidense de Pediatría sugiere a los pediatras "llevar a cabo un historial sexual dirigido al desarrollo y proporcionar una evaluación o educación adecuada sobre MAC seguros y efectivos" ⁽¹¹⁾

La elección de la anticoncepción puede ser dificultosa en términos farmacológicos. Los medicamentos utilizados con mayor frecuencia en las adolescentes atendidas en el CASE, son inductores o inhibidores enzimáticos a nivel hepático (principalmente por el citocromo 3A4 y CYP 2C9) de forma que pueden disminuir los niveles de una o ambas drogas y generar potencial toxicidad. Otras veces los mecanismos de interacción no están del todo dilucidados. Esto es una de las principales limitantes al momento de indicar métodos hormonales. ⁽¹²⁾

Es fundamental remarcar que no solo se fomenta el uso de distintos MAC a las adolescentes que han iniciado relaciones sexuales, sino a todas.

En relación a los MAC indicados, los LARCS fueron más utilizados en el grupo que mantenía relaciones sexuales y los combinados en el que no. Cabe destacar que en el grupo que no había mantenido relaciones sexuales, pero aceptaba un MAC, el 17% recibió el implante.

El trabajo de este equipo interdisciplinario, colabora a incrementar la seguridad del paciente. Entre las condiciones de derivación al CASE, se solicita la realización de test de embarazo previo a la indicación de medicamentos teratogénicos y la firma del consentimiento informado sobre el riesgo de teratogenicidad de dicha medicación.

Los pasos iniciales fundamentales en el cuidado de mujeres en edad reproductiva que son candidatas para uso de medicamentos teratogénicos incluyen:

1. reconocer al medicamento como potencial teratogéno
2. evaluar la presencia de embarazo y/o sus intenciones de fertilidad.
3. ante el rechazo de la anticoncepción por la paciente, el profesional debe documentar que el paciente ha expresado comprensión y disposición a aceptar un mayor riesgo de defectos congénitos u otros efectos adversos para un potencial embarazo, mediante la firma del consentimiento específico.
4. Para aquellas mujeres que están dispuestos a usar anticonceptivos, los LARCS como dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos son los más recomendados.⁸

El presente trabajo preliminar no pretende evaluar la prevalencia de uso de medicación teratogénica o la indicación de anticoncepción en población adolescente ya que, en el consultorio de ginecología, se evalúan en forma anual más de 2500 adolescentes en las cuales se realiza en forma sistemática el abordaje en Salud Sexual y Reproductiva y no se registran en la estadística del CASE. El programa requiere de la participación y toma de conciencia de todos los integrantes del equipo de salud, a los que se dedica difusión y capacitación para sensibilizarlos con la problemática del embarazo adolescente y mucho más aun en pacientes complejas medicadas con medicamentos teratogénicos.

Se prevé la medición de indicadores del CASE en forma frecuente para observar las tendencias de implementación del programa e ir ajustando las metas para lograr en el futuro una mayor cobertura de pacientes beneficiadas.

CONCLUSIÓN:

El uso de medicación teratogénica es una realidad frecuente para la mayoría de los adolescentes con enfermedades crónicas. En instituciones pediátricas muchas veces se subestiman los cuidados relacionados con la salud sexual y reproductiva. Para la prevención de teratogénesis, es fundamental que los profesionales de la salud involucren a los adolescentes en la toma de decisiones compartidas sobre los riesgos y beneficios del uso de medicamentos en el contexto de sus objetivos de fertilidad, las implicancias de su condición médica para llevar a cabo un embarazo y los beneficios y riesgos de diferentes MAC. Este novedoso programa institucional contribuye a mejorar la seguridad de las adolescentes y a concientizar al equipo de la salud sobre la Salud Sexual como un elemento clave en el abordaje integral de todas las adolescentes.

Anexo: Tablas y Gráficos

TABLA 1: Categorías de riesgo de teratogénesis de fármacos según la clasificación de FDA y ACPM.

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN FDA	DESCRIPCIÓN ACPM
A	Estudios controlados no han demostrado riesgo para el feto durante el primer trimestre del embarazo (no existen evidencias de riesgo en trimestres posteriores). Riesgo remoto de daño fetal.	Fármacos administrados a un gran número de mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil. No se ha observado aumento probado de la frecuencia de malformaciones o efecto dañino, directo o indirecto sobre el feto.
B	Estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo para el feto. No existen estudios controlados en embarazadas. Se acepta su uso durante el embarazo.	B1: fármacos administrados a un grupo de mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil. No se ha observado aumento de la frecuencia de malformaciones u otro efecto dañino directo o indirecto sobre el feto. Estudios en animales no han evidenciado un incremento en la aparición de daño fetal. B2: fármacos administrados a un grupo de mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil. No se ha observado aumento de la frecuencia de malformaciones u otro efecto dañino directo o indirecto, sobre el feto. Estudios en animales son inadecuados o insuficientes pero los datos disponibles no han evidenciado un incremento en la aparición de daño fetal. B3: fármacos administrados a un grupo de mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil. No se ha observado aumento de la frecuencia de malformaciones u otro efecto dañino directo o indirecto sobre el feto. Estudios en animales han evidenciado un incremento en la aparición de daño fetal. El significado de estos datos es incierto.
C	Estudios de reproducción en animales han demostrado riesgo para el feto. No existen estudios controlados en embarazadas. Su utilización debe realizarse valorando la relación riesgo-beneficio.	Fármacos que debido a su efecto farmacológico han causado o son sospechosos de causar efectos dañinos en el feto humano sin causar malformaciones. Estos efectos pueden ser reversibles.
D	Existe evidencia positiva de daño fetal en humanos pero existen ocasiones en las que el beneficio puede superar a los riesgos. Utilizar si no hay existencia de alternativa.	Fármacos que han causado, o son sospechosos de causar efectos dañinos en el feto humano o neonato sin causar malformaciones. Estos efectos pueden ser reversibles.
X	Estudios en animales y humanos han demostrado anomalías fetales y/o existe evidencia positiva de daño fetal en humanos. El riesgo potencial supera claramente los posibles beneficios. Contraindicado durante el embarazo.	Fármacos que debido al alto riesgo de daño permanente en el feto no deben utilizarse durante el embarazo o ante una posibilidad del mismo.

Fuente: Guía preliminar para la prevención de teratogénesis causada por medicamentos.

GRÁFICO 1: Cambio en la forma de etiquetado de drogas de prescripción.



Traducido (fuente): Regla final del etiquetado del medicamento en el embarazo y la lactancia. Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.⁽¹⁴⁾

GRÁFICO 2: Patologías de las adolescentes derivadas a CASE por grupo, N= 84.

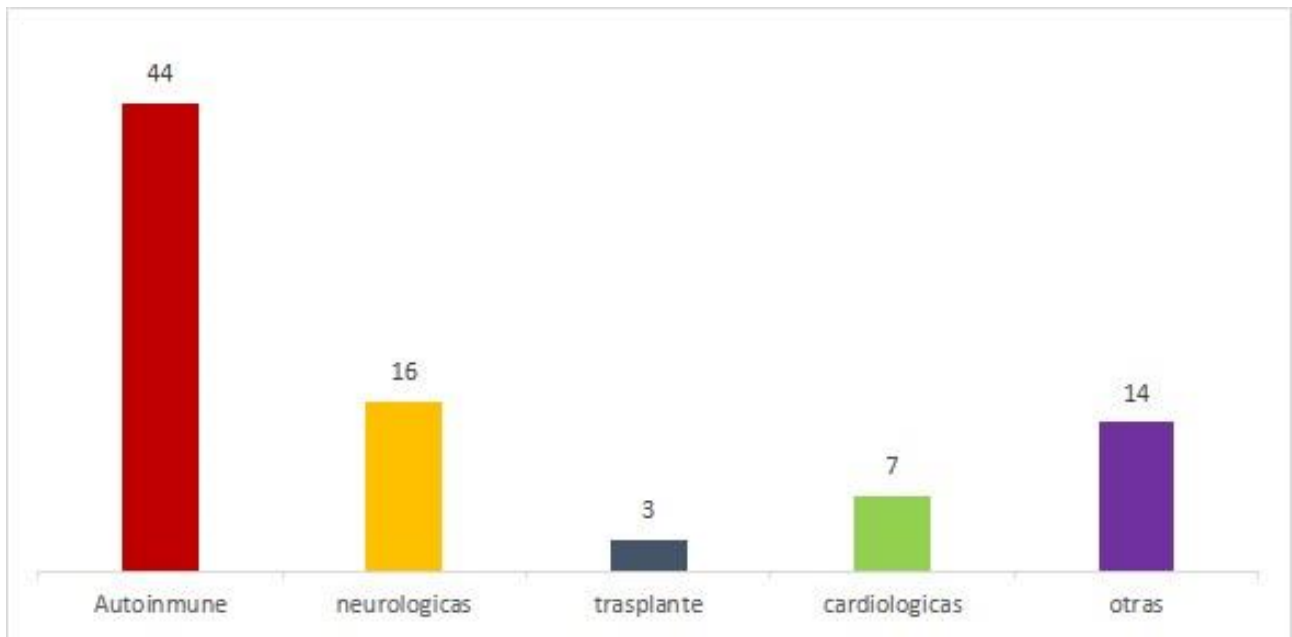


TABLA 2: Adolescentes según grupo de patología y patologías específicas atendidas en el CASE.

Grupo de patología	Patología específica	Número parcial	Número adolescentes
Autoinmune			44
	Enfermedad Inflamatoria intestinal (Colitis Ulcero/ Enfermedad de Crohn)	9	
	Lupus eritematoso sistémico	11	
	Miastenia Gravis	2	
	Esclerosis Múltiple	1	
	Artritis idiopática juvenil	2	
	SíndromeStiff Skin	1	
	Enfermedad inflamatoria mixta del tejido conectivo	1	
	Esclerodermia	5	
	Dermatomiositis	3	
	Vasculitis En Estudio	2	
	Pan Cutánea	1	
	Alopecia Areata	1	
	Neuromielitis Óptica	2	
	Hepatitis autoinmune	3	
Neurológicas			16
	Epilepsia	16	
Cardiológicas			7
	Cardiopatías Congénitas	3	
	Hipertensión Arterial	2	
	Arritmias	2	
Trasplante órgano sólido			3
	Cardiaco	1	
	Renal	1	
	Hepático	1	
Otras			14
	Dermatitis Atópica	3	
	Fibrosis Quística	1	
	Alfa Talasemia	1	
	Cavernoma De La Porta	1	
	Fibroma De La Vaina Tendinosa	1	
	Epiescleritis Nodular	1	
	Trastornoen la Queratinización	1	
	Micosis Fungoide	1	
	Hemofilia	1	
	Psoriasis	1	
	Morfea	2	
Todas			84

GRÁFICO 3: Profesional que deriva a CASE, N= 84

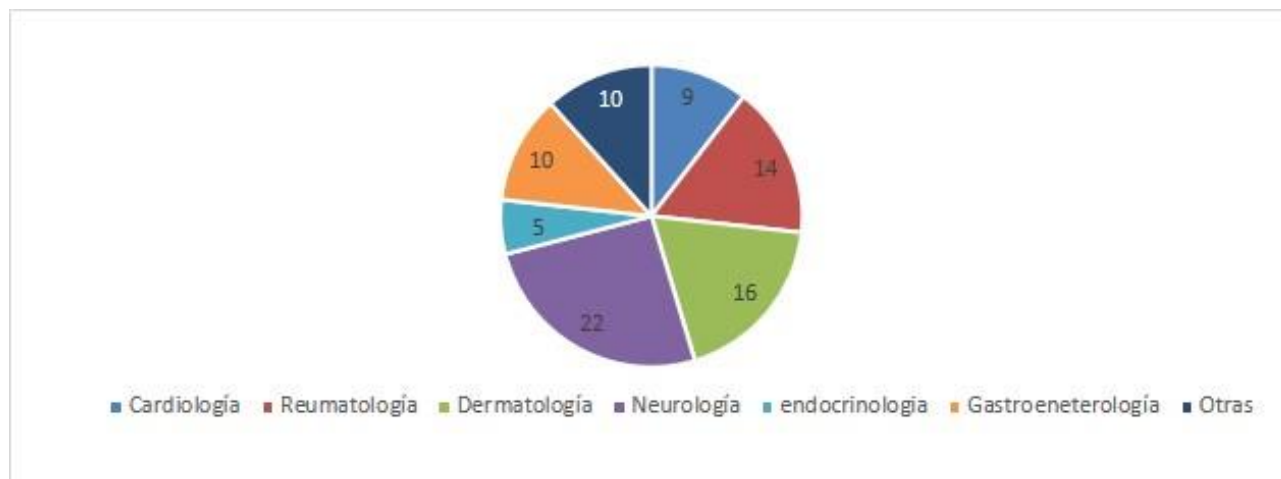


GRÁFICO 4: Categoría de teratogenicidad (FDA/ ACMP) de medicamentos derivados a CASE, N = 84

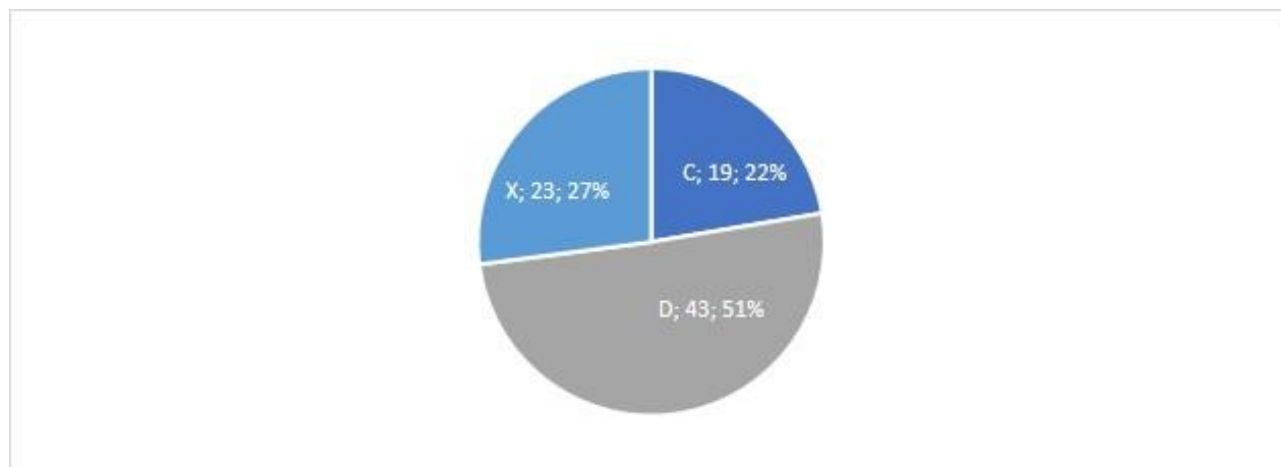


TABLA 3: Drogas utilizadas en las diferentes categorías de teratogenicidad.

Drogas Tipo C (19)	Drogas Tipo D (42)	Drogas Tipo X(23)
<u>Clobazan</u>	Amiodarona	Acenocumarol
<u>Defaracirox</u>	Atenolol	<u>Bosentán</u>
Enalapril	Azatioprina	Metotrexato
Hidroxicloroquina	Carbamazepina	
<u>Infliximab</u>	Ciclofosfamida	
<u>Lacosamida</u>	Colchicina	
Levetiracetam	Espironolactona	
<u>Mesalazina</u>	Fenitoína	
<u>Natalizumab</u>	Hidroxicloroquina	
Omeprazol	Interferón alfa	
<u>Piridostigmina</u>	<u>Mercaptopurina</u>	
Rifampicina	Micofenolato	
Risperidona	<u>Pamidronato</u>	
<u>Rituximab</u>	Acido Valproico	

GRÁFICO 5: Método anticonceptivo según inicio de relaciones sexuales: Método anticonceptivo indicado en CASE según inicio o no de relaciones sexuales, N=84

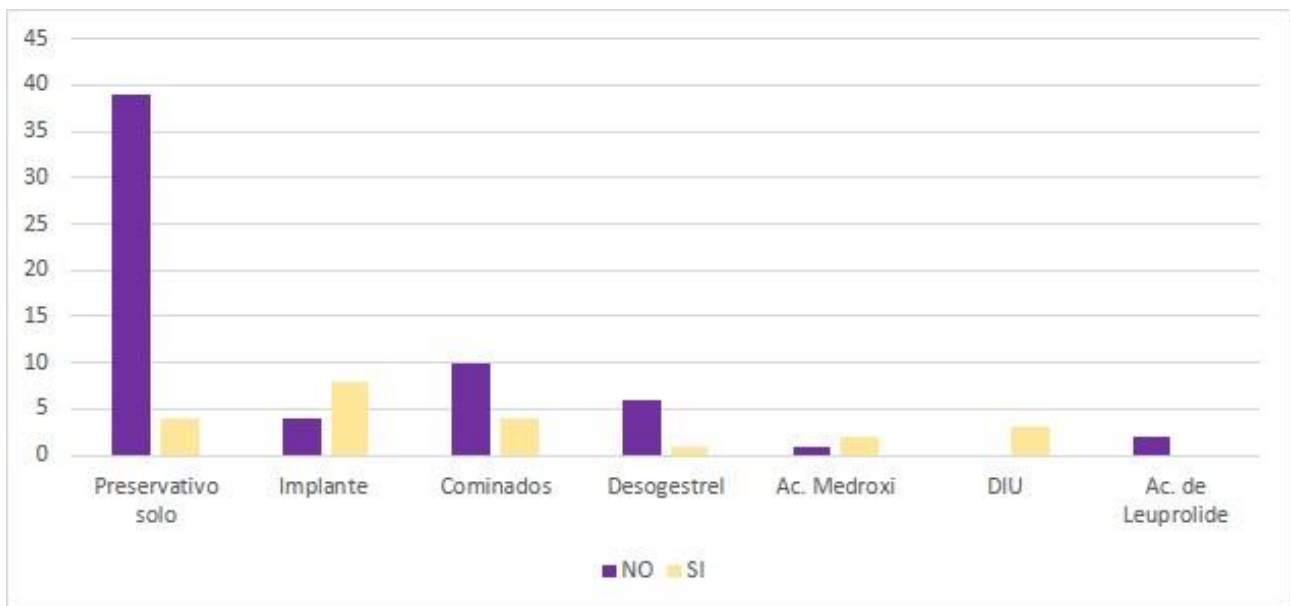
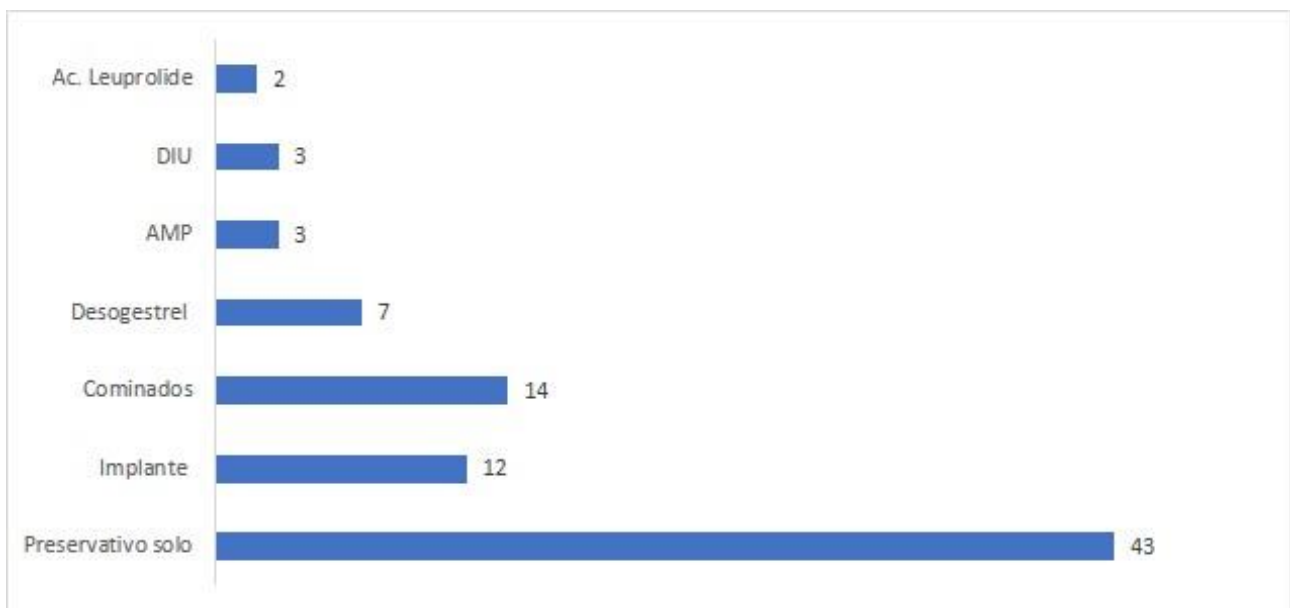


GRÁFICO 6: Método anticonceptivo indicados en el CASE



Bibliografía

1. Petracchi, F. (2014) *Actualización sobre agentes teratógenos*. Sociedad Argentina de Diagnostico Prenatal y Tratamiento. Recuperado en Enero de 2020 de: <http://sadipt.org/nuevaSadipt/html/docs/agenteTeratogenos.pdf>
2. Abad Gimeno FJ, Pons Cabrera J, Micó Mérida M et al. Categorías de riesgo de los medicamentos utilizados durante el embarazo: Guía rápida de consulta. Farmacia de Atención Primaria 2005;3(2):49-61.
3. Običan S, Scialli AR. Teratogenic exposures. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2011;157C(3):150-169.

4. Department of Health and Human Services. US Food and Drug Administration (FDA). Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; requirements for pregnancy and lactation labeling. Federal Register rules and regulations 2014. Vol. 79, no. 233. Recuperado en enero de 2020. <https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for>
5. Casasco R, Belleri F, Testard J, López P, Cohen V, Mato R, Bulgach V, Califano P, Zunana C, Martín C, Rousseau M. Teratogénesis por fármacos, implementación de un programa de prevención en un hospital pediátrico de alta complejidad. Revista de la AAFH. 2019. Vol 6,2: 4-14.
6. [Stancil SL](#), [Miller M](#), [Briggs H](#), [Lynch D](#), [Goggin K](#), [Kearns G](#). Contraceptive Provision to Adolescent Females Prescribed Teratogenic Medications. *Pediatrics*. 2016 Jan;137(1).
7. Asamblea Mundial de la Salud, 63. (2010). Defectos congénitos: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. Recuperado en enero 2020 en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/4849>
8. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E, Kieny M, Donaldson L. El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2017;95:546-546ª. Recuperado en enero 2020 en <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/es/> <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>
9. Encuesta Nacional de salud sexual y reproductiva. 2013. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) 2014. Recuperado en enero 2020 en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_2013.pdf
10. ESTADÍSTICAS VITALES INFORMACIÓN BÁSICA- Argentina año 2016. Dirección de estadísticas e Información en Salud. Recuperado en enero 2020. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvital2016.pdf>
11. Committee on Adolescence. *Contraception for adolescents*. *Pediatrics*. 2014;134(4):e1244-e1256. Recuperado en enero 2020 en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1244>
12. World Health Organization. "Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition 2015". Recuperado en enero 2020 en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9

Elección de métodos anticonceptivos en el puerperio

AUTORES:

Lic. Obst. Biroccio N. Castro I. Dugo R.
Gómez Chaín E. González A. Monzón, P. Pes J.
Licenciadas en obstetricia, residentes del Hospital J. M. Penna
natibiroccio@hotmail.com



Introducción:

La Consejería en Procreación Responsable es una estrategia en Salud que se basa en la comunicación, cuyo objetivo es brindar información de calidad, orientar y acompañar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, promoviendo su autonomía y sin abrir juicios de valor que condicionen sus elecciones.

La atención de la Salud Sexual y Reproductiva requiere el desarrollo de una práctica en contexto, donde es necesario desplegar diferentes herramientas más allá de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Se trata de un modelo de trabajo en que el encuentro entre agente de salud y usuario/a da lugar a la conversación, a la información compartida y a la posibilidad de apuntalar un proceso autónomo de toma de decisiones.¹

Durante el puerperio la anticoncepción adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil². El abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino que están sanas y necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida: la sexualidad.

Forma parte de la atención integral en salud, siendo muchas veces la única oportunidad que tienen las personas de plantear a un equipo de salud aquellas cuestiones vinculadas a su sexualidad.¹

El posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas y biológicas muy peculiares, que lo hacen un período con requerimientos especiales en materia de salud y en particular, sobre anticoncepción³. Los métodos disponibles en la actualidad son apropiados para este período, pero el asesoramiento relativo a su utilización difiere del que se da para el uso corriente debido a la condición de la mujer respecto de la lactancia².

Objetivo general

- Estimar prevalencia de elección de métodos anticonceptivos luego de la Consejería en Procreación Responsable realizada a puérperas.

Objetivos específicos

- Determinar porcentaje de pacientes adolescentes (entre 12 y 19 años), adultas (entre 20 y 34 años) y añosas (edad mayor o igual a 35 años).
- Estimar elección del método según grupo etario.

Materiales y métodos

Para esto se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Realizado en la Maternidad del Hospital "J. M. Penna" en pacientes cursando puerperio que recibieron consejería en métodos anticonceptivos durante su internación en Sala de Tocoginecología, en el período entre el 1 de febrero al 30 de junio de 2019. La consejería estuvo a cargo de la Residencia Obstétrica. Los datos fueron extraídos de registros estadísticos de Procreación Responsable. Las variables en estudio fueron: grupo etario: adolescentes (menor/igual a 19 años), adultas (entre 20 y 34 años) y añosas (mayor/igual a 35 años), elección de método anticonceptivo según grupo etario (implante subdérmico, dispositivo intrauterino-DIU-, anticonceptivos orales- POP -, anticonceptivos inyectables-ACI-, preservativo, ligadura tubaria-LT-). Se excluyeron pacientes que accedieron a la ligadura tubaria durante el nacimiento. Los resultados serán expresados en porcentaje (%).

Variables en estudio:

1. **Elección de métodos anticonceptivos:** según lo referido por la paciente. Escala nominal: barrera / oral de lactancia / inyectable de lactancia / implante / ligadura tubaria / no ha elegido método.

Los métodos nominados:

Método de barrera: preservativo de látex de un sólo uso.

- **Píldora Oral de Progesterona (POP):** progestágeno (levonorgestrel o desogestrel) de vía oral de toma diaria.

En el periodo de puerperio la utilización de Anticoncepción Oral Combinada es de categoría 3 y 4 de los Criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, por lo que no es una opción brindada a las usuarias ⁴.

- **Inyectable de lactancia:** progestágeno (medroxiprogesterona) de aplicación trimestral vía intramuscular.
- **Implante:** progestágeno (etonogestrel) de implante subdérmico con duración de tres años.
- **Ligadura tubaria:** anticoncepción quirúrgica permanente (ver criterios de exclusión).

2. **Edad,** según fecha de nacimiento que consta en registros estadísticos. Escala ordinal.

Resultados

En el período se realizó consejería a 965 pacientes, de las cuales el 74,5% (719) eligieron al menos un método. De ellas el 14,2% (102) fueron adolescentes, 74,8% (538) adultas, y 11% (79) añosas.

Con respecto a la elección del método, las adolescentes eligieron en un 32% (33) el implante subdérmico, 24,5% (25) el DIU, 23,5% (24) POP, 12% (12) ACI, 8% (8) barrera; la ligadura tubaria no fue de elección en este grupo. En las adultas un 26%(141) eligió el DIU, 22%(117) LT, 21%(113) POP, 16,5%(89) implante subdérmico, 8%(43) ACI, y un 6,5%(35) barrera. En las añosas, un 55,7%(44) han elegido la LT, 17,7%(14) POP, 10,1%(8) ACI, 6,3%(5) DIU, 5,1%(4) el implante subdérmico y un 5,1%(4) barrera.

TABLA 1 ELECCIÓN DE MÉTODOS

ELECCIÓN	ABSOLUTO	PORCENTAJE(%)
SI	719	74,5
NO	246	25,5
TOTAL	965	100

TABLA 2 GRUPO ETARIO

GRUPO	ABSOLUTO	PORCENTAJE (%)
ADOLESCENTES	102	14,2
ADULTAS	538	74,8
AÑOSAS	79	11
TOTAL	719	100

TABLA 3 ELECCIÓN DE MÉTODOS ENTRE 12-19 AÑOS

MÉTODO	ABSOLUTO	PORCENTAJE (%)
IMPLANTE SUBDERMICO	33	32
DIU	25	24,5
POP	24	23,5
ACI	12	12
BARRERA	8	8
LIGADURA TUBARIA	0	0

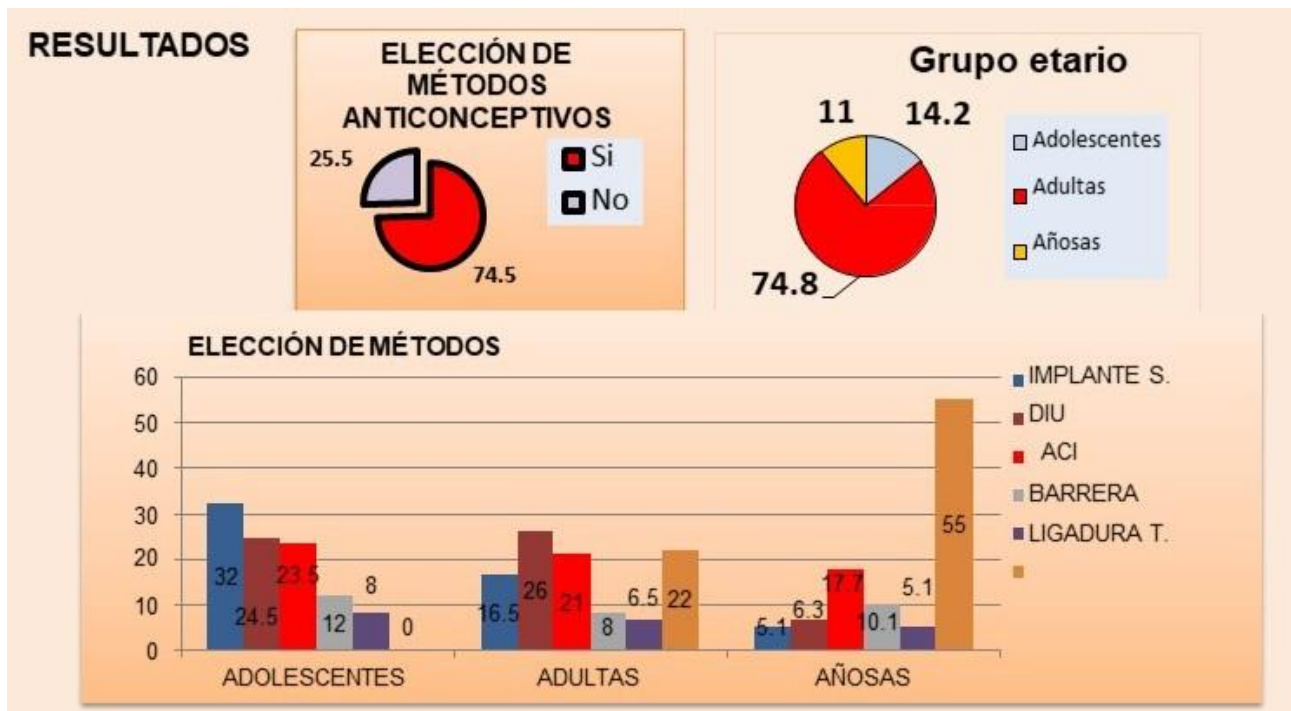
TOTAL	102	100
-------	-----	-----

TABLA 3 ELECCIÓN DE MÉTODOS ENTRE 20-34 AÑOS

MÉTODO	ABSOLUTO	PORCENTAJE (%)
IMPLANTE SUDÉRMICO	89	16,5
DIU	141	26
POP	113	21
ACI	43	8
BARRERA	35	6,5
LIGADURA TUBARIA	117	22
TOTAL	538	100

TABLA 4 ELECCIÓN DE MÉTODOS MAYOR IGUAL 35 AÑOS

MÉTODO	ABSOLUTO	PORCENTAJE (%)
IMPLANTE SUBDÉRMICO	4	5,1
DIU	5	6,3
POP	14	17,7
ACI	8	10,1
BARRERA	4	5,1
LIGADURA TUBARIA	44	55,7
TOTAL	79	100



Conclusión

La prevalencia de elección de métodos anticonceptivos fue de un 74,5%; quedando un amplio margen sin elección de un método, consideramos que esto se debe, en gran mayoría a creencias culturales y/o religiosas que condicionan su elección. Esto traería aparejado problemáticas como por ejemplo un periodo intergenésico corto que tiene consecuencias no sólo en la salud integral de la mujer, sino también a nivel familiar y social. Debemos destacar la baja elección del preservativo en todos los grupos etarios y mayoritariamente en mujeres añosas, teniendo en cuenta que es el único que además previene las Infecciones de Transmisión Sexual. Las altas tasas de elección de ligadura tubaria por parte las puérperas es resuelta con la derivación directa al consultorio prequirúrgico, para programación y seguimiento del mismo. Como Licenciadas en Obstetricia, continuamos reforzando la Consejería en Procreación en todos los ámbitos donde desarrollamos nuestra labor. Parte de nuestra tarea es que la mujer tome un rol activo en el cuidado de su salud, conozca sus derechos reproductivos, y así poder decidir el momento adecuado para llevar adelante un embarazo.

Bibliografía

1. "Métodos Anticonceptivos-Guía Práctica para los profesionales de la Salud". Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) de Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Agosto 2014.
2. "Anticoncepción Postparto" Dra. Gisel Ovies Carballo. Instituto Nacional de Endocrinología, Departamento de Salud Reproductiva, Zapata y D, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba. 1999.
3. Artículo de Revisión: "Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS". Daniela Capella S1,2, Andrea Schilling R3, Claudio Villaroel Q1,4. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2017.
4. Guía "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos". Organización Mundial de la Salud. Tercera edición. 2018.

Profilaxis Pre- exposición para la prevención del VIH en mujeres

AUTORES:

Luciana Spadaccini ^a, Omar Sued ^b



Sobre los autores

- a. Médica especialista en enfermedades infecciosas. Sub-investigadora en fundación Huésped. Profesora de Microbiología de la UBA. Miembro de la comisión directiva de sida y ETS de la Sociedad Argentina de Infectología.
- b. Médico especialista en enfermedades infecciosas. Doctor en Medicina. Director del área de investigaciones en Fundación Huésped. Presidente de la Sociedad Argentina de Infectología.

Introducción

En Argentina se estima que 139.000 personas viven con VIH, por año se notifican 5.800 casos nuevos, los cuales la mayoría (68%) ocurren en hombres. El 98% de las infecciones se producen por relaciones sexuales sin protección: en los hombres el 56,3% ocurre por relaciones sexuales con otros hombres y el 42 % por relaciones sexuales con mujeres; en mujeres, sin embargo, el 97,1% de las infecciones ocurre por relaciones sexuales con hombres. ¹

En mujeres, los nuevos diagnósticos de VIH ocurren principalmente en el grupo etario de 25-34 años, seguido por el grupo de 35-44 años. Con respecto al nivel de instrucción alcanzado al momento del diagnóstico, el 43 % de las mujeres que se infectan han terminado o superado la educación media ¹.

La prevalencia del VIH es mucho más alta en determinadas subpoblaciones, siendo de 34% en mujeres transgénero, de 12 a 15 % en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y de 2 a 5% en trabajadores/as sexuales (en comparación con el 0,4 % en jóvenes y adultos de la población general) ¹. En estas subpoblaciones es donde se concentran los sujetos en alto riesgo de adquirir la infección por VIH y que son los candidatos a recibir la profilaxis pre- exposición (PrEP).

El tratamiento antirretroviral (TARV) en las personas que viven con VIH, previene el descenso de los linfocitos T CD4 (reduciendo la incidencia de enfermedades oportunistas) y evita la replicación viral, disminuyendo las copias virales por ml de sangre hasta niveles que no pueden ser detectados por los análisis convencionales, lo que se denomina "*carga viral indetectable*" ². Además de este efecto individual en la morbimortalidad de las personas con VIH, el TARV tiene un gran impacto poblacional al disminuir la carga viral comunitaria, es decir la cantidad de personas que pueden transmitir la infección a través de las relaciones sexuales; esto se conoce como *Tratamiento como prevención del VIH* y se basa en el concepto I=I (Indetectable =

Intransmisible). Este concepto nace en 2016, respaldado por múltiples estudios clínicos ^{3,4,5,6} que avalan la ausencia de transmisión sexual del VIH en personas que están en tratamiento antirretroviral de manera continua y con carga viral indetectable por más de 6 meses. Esto es de gran importancia a nivel individual, ya que permite a las parejas en las que uno de los miembros tiene VIH y el otro no (parejas serodiscordantes), reiniciar relaciones sexuales no protegidas sin riesgo de transmisión, mejorando la intimidad de la pareja, reduciendo el miedo y la ansiedad, disminuyendo el estigma y permitiendo la planificación familiar. Es importante mencionar que si bien el concepto I=I se refiere exclusivamente a la transmisión por vía sexual² tiene un importante impacto en la transmisión materno infantil del VIH, ya que la carga viral materna es el factor de riesgo más importante para la transmisión del VIH a un recién nacido. Sin embargo, la evidencia científica actualmente disponible no permite extrapolar el I=I a la transmisión perinatal (post-parto o lactancia) ni al uso de jeringas u otros materiales cortopunzantes.²

Para materializar los efectos del tratamiento como prevención, la OMS propuso para el año 2020 un ambicioso objetivo para contribuir al fin de la epidemia de sida, que se conoce como los tres 90: 1) que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico, 2) que el 90% de las personas diagnosticadas con VIH reciban TARV y c) que el 90% de las personas que reciben tratamiento estén indetectables. La modelización sugiere que lograr estos objetivos antes de 2020 permitirá a la comunidad mundial acabar con la epidemia de sida en 2030.

¿Cómo lograr el 90/90/90?

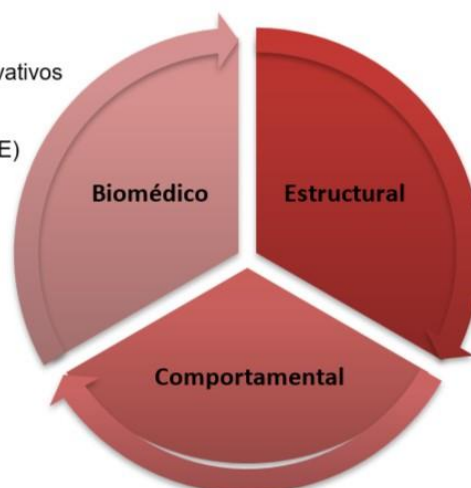
La expansión masiva de testeo de VIH, la implementación de la *Prevención combinada* en aquellas personas en riesgo que son VIH negativas, y el inicio inmediato de TARV a las personas que tienen VIH son las principales medidas para lograr este objetivo.

La Prevención combinada para las personas sin VIH pero que están en riesgo de adquirirlo es un conjunto de programas que combinan intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, con el propósito de prevenir la infección por el VIH (Figura 1)

Figura 1. Prevención combinada del VIH

Intervenciones Biomédicas:

Ofrecer testeo de VIH, preservativos y lubricantes.
PrEP.
Profilaxis post-exposición (PPE)
Circuncisión masculina



Intervenciones estructurales:

Abordaje de género y contra la violencia de género.
Leyes para proteger derechos
Intervenciones para la reducción del estigma

Intervenciones comportamentales:

Educación sexual integral
Asesoramiento sobre reducción de riesgo
Campañas de marketing social (Ej: uso de preservativo)

Que es la Profilaxis Pre-Exposición

La profilaxis pre exposición (PrEP) es una intervención prometedora para prevenir la adquisición del VIH. Tiene beneficios tanto individuales como a nivel de la salud de la población y es una valiosa herramienta para complementar los esfuerzos de salud pública para eliminar el VIH. A su vez, también sirve como puerta de entrada para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

La PrEP se refiere al uso de antirretrovirales en personas VIH negativas que tienen alto riesgo de contraer el virus. La OMS propone esta estrategia en subpoblaciones que tienen una incidencia de VIH del 3% anual, y que en general son los HSH, las mujeres transgénero, las/os trabajadoras/es sexuales y las personas que tienen parejas VIH positivas que no tienen la carga viral indetectable.

El objetivo de la PrEP consiste en lograr altas concentraciones de antirretrovirales en mucosas (oral, genital, rectal) y sangre para prevenir la infección en caso de exposición. Constituye una medida altamente costo efectiva cuando se aplica en poblaciones con riesgo significativo de adquirir VIH.

Al momento, la única medicación oral aprobada para el uso de PrEP en mujeres es el tenofovir/emtricitabina o Truvada®, su uso diario mostró una eficacia mayor al 95% en términos de reducción del riesgo de infección por VIH. Esta eficacia depende de la adherencia a la medicación⁷, ya que las concentraciones vaginales de tenofovir son 100 veces menores que las rectales. Es por ello que la PrEP debe administrarse de manera diaria en mujeres para ser efectiva (a diferencia de lo que ocurre en HSH donde la administración intermitente, Ej.: 4 veces por semana, ha demostrado ser protectora).⁸

Articulada con otros componentes de la Prevención combinada (como la educación sexual integral, el uso de preservativos, la circuncisión masculina, la profilaxis post-exposición, etc.), la PrEP permite además un diagnóstico y tratamiento temprano de casos incidentales de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

La buena adherencia a la PrEP requiere no solo de un manejo adecuado por los propios individuos, sino que también debe tener en cuenta los factores sociales y contextuales, especialmente para las mujeres. El estudio de PrEP en mujeres africanas (FEM-PrEP) puso en evidencia el peso de las barreras culturales (como el estigma sobre actividad sexual) que en este estudio se asoció a una muy baja adherencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, que aborden el riesgo de VIH con una mirada amplia, a fin de identificar mujeres en riesgo, que puedan ser escuchadas y acompañadas para asegurar una buena adherencia⁹.

La PrEP es generalmente bien tolerada, pero se deben informar los posibles efectos adversos, dentro de los más frecuentes se presenta la cefalea, náuseas y dolor abdominal leve que habitualmente no requieren tratamiento y desaparecen espontáneamente dentro del primer mes. Asimismo, por el uso de tenofovir, se debe monitorear la función renal y riesgo de osteopenia-osteoporosis, en particular en las personas con factores de riesgo. En base a los estudios clínicos de PrEP, se constató que los efectos adversos sobre la función renal y la aparición de desmineralización ósea en caso de presentarse son reversibles con la suspensión de la profilaxis.

PrEP en mujeres

La complejidad de los factores asociados con el riesgo de contraer el VIH en las mujeres se ha caracterizado por mucho tiempo en la literatura y apunta a la interacción de predictores de riesgo biológicos, junto con factores socio- conductuales, estigma e inequidad socioeconómica¹⁰. Por ello, las mujeres no pueden ser consideradas como subpoblación de riesgo *per se*, sino que ante cada mujer deben evaluarse los determinantes sociales que incrementan la vulnerabilidad. Estos incluyen la falta de educación formal, la pobreza, el uso de drogas y la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Desde el 2012, año en que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó el uso de Truvada® para PrEP, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una serie de recomendaciones basadas en la evidencia que consideran cómo ofrecer PrEP a las mujeres con riesgo sustancial de contraer el VIH¹¹.

Actualmente las recomendaciones de PrEP en mujeres incluyen a ^{8,12}:

- Mujeres con múltiples parejas sexuales,
- Mujeres trabajadoras sexuales,
- Mujeres con al menos un episodio de sexo vaginal y/o anal receptivo sin uso de preservativo en los últimos seis meses con una pareja sexual con infección por VIH que no está indetectable.

En la práctica, muchas mujeres con una pareja VIH positiva consultan por la necesidad de recibir PrEP. En este contexto debe recordarse el concepto I=I y reforzar la necesidad de que la pareja tome la medicación en forma correcta, y se realice los controles en forma periódica (cada 4-6 meses) para asegurar que se encuentra indetectable, ya que la carga viral aumenta a los pocos días de suspender el tratamiento. El concepto I=I permite ofrecer a las parejas serodiscordantes la oportunidad de proceder a la concepción en forma natural si desean concebir. En consecuencia, en el caso de que una mujer VIH negativa desee concebir y su pareja VIH positiva este indetectable, no hay evidencia que la PrEP a la pareja VIH negativa reduzca aún más el riesgo de transmisión sexual. ¹³

En el caso de que una mujer VIH negativa desee concebir y su pareja VIH positiva no se encuentre indetectable, se puede utilizar PrEP como medida de protección de la mujer, y las guías recomiendan comenzar su uso un mes antes de la concepción y continuarlo hasta un mes después de la misma, limitando las relaciones sexuales sin preservativo al periodo periovulatorio. ¹⁴

La implementación de PrEP requiere de servicios de salud en condiciones de recibir a las poblaciones descritas previamente y con personal capacitado para ofrecer testeo basal y periódico de VIH, descartar infección por el virus de la hepatitis B (HBV), indicar vacunación y testeo de otras ITS, realizar consejería, provisión de preservativos y salud sexual orientada a diferentes grupos y edades, soporte para estrategias de reducción de daño, referencia a servicios de prevención de adicciones y soporte social. Dado que la adherencia es un factor clave en el éxito de la PrEP debe discutirse en profundidad este aspecto antes de recomendarla.

Es importante enfatizar que la PrEP, es una herramienta más de prevención dentro de la *Prevención Combinada*¹¹ y para lograr el objetivo (prevenir nuevas infecciones) es importante actuar tanto sobre las intervenciones biomédicas, como las estructurales y comportamentales.

En nuestro país, la PrEP se encuentra aprobada por ANMAT, pero todavía no se proporciona en forma gratuita como una medida de salud pública. La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosis ha tomado recientemente la decisión de llevar a cabo un proyecto piloto de

implementación de la PrEP en el contexto de la estrategia de Prevención Combinada, que estaría disponible durante el año 2020.

Bibliografía.

1. Boletín N° 36 sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina, Diciembre 2019. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina, 2019. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019-vih-sida-its.pdf>
2. Documento de consenso de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina, 2019. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001546cnt-2019-08-28-indetectable-igual-intrasmisible.pdf>
3. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med.* 2016 Sep 1; 375(9):830–9.
4. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Lunzen J van, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 2016 Jul 12;316(2):171–81.
5. Bavinton, B. Grinsztejn, N. Phanuphak, F. Jin, I. Zablotska, G. Prestage, et al. HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. In 2017 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <http://programme.ias2017.org/Abstract/Abstract/5469>
6. A. Rodger, V. Cambiano, T. Bruun, P. Vernazza, S. Collins, G.M. Corbelli, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. In Amsterdam, Netherlands.; 2018 [cited 2018 Aug 30]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jia2.25148>
7. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *New England Journal of Medicine.* 2012; 367(5):399–410.
8. VII Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2018-2019, Sociedad Argentina de Infectología, Comisión de SIDA y ETS.
9. Yun K, Xu JJ, Zhang J, Li JM, Hu QH, Chu ZX, Jiang YJ, Geng WQ, Shang H, Wang N. Female and younger subjects have lower adherence in PrEP trials: a meta-analysis with implications for the uptake of PrEP service to prevent HIV. *Sex Transm Infect.* 2018 May;94(3):163-168
10. [Hodges-Mameletzis I](#), [Fonner VA](#), [Dalal S](#), [Mugo N](#), [Msimanga-Radebe B](#), [Baggaley R](#). Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention in Women: Current Status and Future Directions. *Drugs.* 2019 Aug; 79(12):1263-1276
11. UNAIDS. Data 2018 Report, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2018
12. Who implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Julio 2017.
13. [Davies N](#), [Heffron R](#). Global and national guidance for the use of pre-exposure prophylaxis during peri-conception, pregnancy and breastfeeding. *Sex Health.* 2018 Nov;15(6):501-512
14. Panel on Treatment of Pregnant Women with HIV Infection and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Transmission in the United States. Available at <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelinesPerinatalGL.pdf>. Accessed 12 October 2019 .

PREGUNTAS AL EXPERTO con la Dra. Nelly Minyersky: Las implicancias y consecuencias de la reforma del Código Civil y Comercial con respecto a la Salud Reproductiva

AUTOR:

Dra. Lovisolo María Laura¹, Dra. Eugenia Trumper²

1. Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infanto Juvenil CEMIC

2. Médica Ginecóloga, Expresidente SAGIJ y AMAdA, Docente UBA,

Coordinadora del Comité de Salud Sexual y Reproductiva FASGO

Mail: marialaura_lovisolo@hotmail.com



Parte 2

Retomando el tópico de los *derechos personalísimos*, en especial el derecho a la salud, y el concepto ya explicitado de *competencia médica* (ver [Parte 1: Revista AMAdA Volúmen 15, N° 1](http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/volumen-15-n-1-2019/314) <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/volumen-15-n-1-2019/314>) continuamos la entrevista a la Dra. Nelly Minyersky para esclarecer dudas acerca del actuar médico correcto en relación a la reforma del Código Civil y Comercial (CC y C) en lo que respecta a métodos anticonceptivos y a la interrupción legal del embarazo (ILE).



¿Qué sucede con respecto a los LARCs (DIU-Cu/DIU-Lng/Implante subdérmico)? ¿Son considerados métodos invasivos?

Se considera que las prácticas de salud sexual y salud reproductiva en general, y todos los métodos anticonceptivos transitorios en particular, incluyendo **los implantes y los dispositivos intrauterinos, no son prácticas "invasivas que comprometan el estado de salud"** en los términos del art. 26 del CC y C. El término "invasivo" está ligado totalmente al hecho de si compromete su estado de salud o pone en peligro su vida, y debe ser interpretado conforme la [resolución 65/2015 del Ministerio de Salud](#). Esta resolución contempla dos ejes fundamentales: Que el derecho a la salud de los NN y A es un derecho humano y se debe pensar en ellos como titulares de capacidad progresiva, y tener en cuenta siempre su interés superior para interpretar, en especial, los

derechos sexuales y reproductivos. Subraya además que todo el ordenamiento jurídico interno debe respetar los estándares mínimos de la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos. Y el documento concluye que, tal y como la misma norma lo establece, a partir de los 13 años las y los adolescentes pueden consentir de forma autónoma las prácticas sanitarias, salvo en los casos en que se trate de “tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o esté en riesgo la integridad o la vida” en los cuales “la o el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores”.

¿Es necesaria la presencia de uno de los padres o responsables a cargo? ¿Debe ser el padre/madre o puede ser un hermano, tía o cualquier otro mayor de la confianza del adolescente?

Las prácticas sanitarias que requieren acompañamiento para la decisión en el período entre los 13 y los 16 años, son aquéllas en que existe evidencia científica que muestra una probabilidad considerable (alta) de riesgo o en la que se generen secuelas físicas para las personas menores de edad y no sólo en aquellas en que tal consecuencia pudiera existir. En consecuencia, **tanto el asesoramiento como la implementación de cualquiera de los métodos anticonceptivos reversibles disponibles (incluida la colocación de implantes subdérmicos y de DIU) no requieren de la presencia de un adulto acompañante excepto, que por alguna razón en particular esté en riesgo la integridad o la vida de la paciente.** En estos casos prescribe que el o la adolescente debe prestar consentimiento con la asistencia de sus padres.

¿En qué caso se requiere consentimiento de los padres para la implementación de un MAC de no correr riesgo la vida o la integridad física de la paciente?

En todas aquellas pacientes que no han cumplido aún los 13 años de edad.

¿Cómo se procede desde el punto de vista legal en el supuesto caso en que el acompañante adulto NO esté de acuerdo con el MAC elegido por el adolescente?

De haber conflicto entre ambos, prima el interés superior de NN y A; básicamente teniendo en cuenta la opinión médica respecto a las consecuencias o no del acto.

Ello implica que **desde los 13 años** (salvo en los casos en que fuera de aplicación una norma especial que otorgase mejor derecho a una menor edad) **las personas pueden acceder a los métodos anticonceptivos transitorios en forma autónoma.** En este sentido, es importante recordar que el o la adolescente, con el asesoramiento de la o el profesional, determinará, de acuerdo con las condiciones del caso concreto, cuál es el método más adecuado. Esta decisión la tomará sobre la base de los criterios de elegibilidad (criterios técnicos basados en la evidencia) y la aceptabilidad de cada método para el o la adolescente.

¿Qué rol juega el Consentimiento Informado?

Sabido es que en materia de consentimiento informado de menores de 18 años, cuando se trata de la toma de decisiones referidas al propio cuerpo y a la salud, el concepto jurídico de capacidad no coincide con el bioético de competencia. La capacidad legal para adquirir derechos y contraer obligaciones debe distinguirse del especial discernimiento que debe tener una persona para asimilar una información brindada respecto del acto médico y, en función de ella, adoptar una decisión mediante la adecuada evaluación de las distintas alternativas, sus consecuencias, beneficios y riesgos.

El consentimiento informado, aunque pudiera tener lugar en el marco contractual de la relación médico-paciente, tiene una fisonomía particular que no se confunde con el

consentimiento o capacidad como elemento esencial en la formación del contrato, sino que **se vincula con la legitimación para disponer de derechos relacionados con su propio cuerpo**, o sea que se aplica el concepto de competencia médica y los art. 25 y 26 del CCyCN.

¿Qué sucede concretamente si la paciente presenta una infección o una perforación como consecuencia de la colocación de un DIU?

Cualquiera de las dos complicaciones tiene que ver con las vicisitudes del mismo acto: no hay un riesgo legal para el profesional, salvo el caso de mala praxis. Su responsabilidad es la misma que tiene respecto a pacientes adultos ya que atendiendo a la paciente no cometió ilícito alguno.

¿Qué sucede en el caso de los MAC irreversibles? ¿Existe una edad límite para realizar la ligadura tubaria bilateral a alguien que lo manifieste como deseo de anticoncepción conociendo otros MAC y el carácter definitivo de la práctica?

La ley establece la mayoría de edad en los 18 años pero el CC y C al ampliar derechos y ser superior en jerarquía a la ley y posterior a ésta, hace que **pueda realizarla a partir de los 16 años cuando fuera por causal salud**; es decir, cuando exista una razón médica que lo justifique. En este caso, alcanza con la firma del adolescente. **En cambio, si el motivo de la solicitud de la ligadura tubaria solo radica en el deseo, entre los 16 y 18 años puede ser discutido.**

¿Qué sucede si la paciente es nulípara?

El derecho se aplica independiente de la paridad de la paciente.

¿Es necesaria la evaluación psiquiátrica/psicológica de la adolescente a la que se le realizará una LT?

No, son actos de beneficencia como otros actos que esten relación con los cuidados de la salud; excepto en menores de 16 años al igual que se requiere en estos casos de la evaluación de un comité de ética.

¿Qué sucede si la persona presenta una discapacidad mental?

Se requiere siempre el consentimiento de la persona con discapacidad. No se le puede prohibir el derecho a la reproducción por lo tanto debe prestar el consentimiento tanto para MAC como para ILE, en los términos que consigne el Código Civil.

Ahora bien, pasando al tema ILE, según la legislación vigente, se debe garantizar el acceso a la interrupción del embarazo en los casos contemplados por el [artículo 86 del Código Penal](#) (1921), el [fallo FAL](#) de la Corte Suprema de Justicia (2012), el [Protocolo sobre interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud](#) (2015) y su actualización reciente (2019):

- Si el embarazo es producto de una violación, entendida como cualquier relación sexual no consentida o en un marco de violencia de género, ante el consentimiento y la sola declaración jurada de la denunciante ante el profesional interviniente.
- Si el embarazo pone en riesgo la vida o la salud, definida en la legislación nacional e internacional como Salud integral, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica y social (OMS/ Ley Básica de Salud).

El fallo FAL y el protocolo son de plena aplicación

Considerando que el 13% de los nacidos vivos por año en el país corresponde a madres menores de 20 años y que en el 2016 se produjeron 2.419 nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años y 96.905 nacimientos de madres entre 15 y 19 años, le consultamos algunos aspectos que suelen generar dudas al hablar de ILE, en especial a partir de la reforma del CC y C.

¿Cuál es el deber del equipo de salud ante la solicitud de ILE?

El equipo de salud **debe asesorar y acompañar** a quienes consultan **respetando los derechos a la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la salud, la información y la no discriminación**. También debe realizar el procedimiento o proveer el medicamento apropiado (Misoprostol) sin demoras innecesarias no pudiendo pasar más de 10 días "corridos". **El equipo de salud tiene la obligación legal** de aplicar el art. 86 del Código Penal (CP), es decir, **realizar la práctica legal del aborto si se encuentra dentro de las causales que establece el CP**.

¿Cuáles son los requerimientos para el acceso al ILE?

Para acceder a la interrupción legal del embarazo **no se requiere presentar una autorización judicial**. En caso de violación (ya sea por la pareja, un conocido o un extraño), solo se requiere una declaración jurada de la mujer que requiere el procedimiento en la que manifieste que el embarazo es producto de una violación. **No se necesitan pruebas ni denuncia policial y/o judicial. Sí se requiere el consentimiento informado**.

¿Son los casos contemplados por la ley punibles?

Son "no punibles" lo que significa que ni la mujer ni el/la médico/a que realiza el procedimiento pueden ser denunciados/as ni sancionados/as.

¿A partir de qué edad puede una niña y/o adolescente solicitar la ILE?

La Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles del año 2012 del Ministerio de Salud establece que la regla en materia de capacidad para requerir la interrupción surge de la ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del art. 4o de su decreto reglamentario 1282/2003 y el art. 921 del nuevo Código Civil (discernimiento de las personas a partir de los 14 años). En consecuencia, la solución anterior al nuevo CC y C. reconoce el derecho a requerir la interrupción legal del embarazo a partir de los 14 años. Pero recordemos que, según el art. 26, CC y C se presume que la adolescente tiene aptitud por sí para decidir tratamientos invasivos que no comprometen su estado de salud o esté en riesgo su integridad o su vida. Si estos tratamientos comprometen la salud de la adolescente, esta debe prestar su consentimiento, pero con la asistencia de sus progenitores. La resolución referida prescribe que los términos que se utilizan son interdependientes, entonces los tratamientos que necesitan la asistencia de un mayor de edad reúnen las características de invasividad, peligro y riesgo grave para su integridad física o su vida. Reiteramos que el término invasividad aislado no tiene sentido científico, porque cualquier ingesta, inclusive la de una "Aspirina", podría considerarse invasiva.

La persona mayor de 16 años, conforme a lo establecido en el art. 26, in fine, del CC y C tiene plena capacidad para ejercer los derechos que otorga la presente ley.

¿Cuáles son los derechos que a su criterio se le niegan a una niña que solicita una ILE y no es practicada?

Citando a Cladem, que una niña menor de 15 años afronte un embarazo que no consintió, deseó o buscó supone tres tipos de violación a sus derechos: a su integridad, por cuanto muchas de esas relaciones no fueron consentidas; segundo, a su libertad, por cuanto se la obliga a llevar a término un embarazo no buscado ni deseado, y tercero, la obligatoriedad de convertirse en madre contra la propia voluntad.

¿Puede una ley provincial o nacional tener un espíritu opuesto a la Constitución Nacional?

Nada puede contradecirla.

- **Teniendo en cuenta que el Fallo FAL es de alcance Nacional, ¿qué sucede en las provincias donde se amparan en sus protocolos particulares para no realizar el ILE?**

Algunas provincias determinaron protocolos restrictivos, incluso en cuanto a la edad gestacional en forma inconstitucional. El **CC y C es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todo el país.**

Entonces, puede por ejemplo, una provincia oponerse a la interrupción del embarazo en caso de una violación?

Los médicos no pueden oponerse, independientemente de la provincia donde ejerzan, dado que el Código Penal, que como dije antes rige a nivel nacional, prevé la interrupción legal del embarazo en caso de violación, entre otras causales. *Existe un protocolo para la interrupción legal del embarazo al que no todas las provincias están adheridas, sin embargo ello no exime a los profesionales de acatar la normativa.* Los y las que se opongan a practicar la ILE deberían tener una sanción al menos administrativa. Y en algunos casos, su conducta puede asimilarse al delito de abandono de persona.

La negativa de atender una adolescente por parte del profesional interviniente debe constar en la historia clínica de forma fundada y con bases científicas.

RESUMEN

- El derecho a la salud es un derecho humano del orden de los derechos personalísimos y se debe pensar en los NN y A como titulares de capacidad progresiva.
- Se debe tener en cuenta siempre su interés superior para interpretar en especial los derechos sexuales y reproductivos teniendo en cuenta que **cuando se amplían derechos la interpretación no puede ser restrictiva.**
- Se debe reconocer la capacidad progresiva en el ejercicio de los derechos personalísimos
- Los niños, y niñas menores de 13 años, salvo que sus condiciones excepcionales así lo acrediten, que deban requerir servicios médicos, podrán prestar su consentimiento con la asistencia de un progenitor o un allegado de su confianza (art. 59 del Cód. Civil).
- Los adolescentes entre 13 y 16 años podrán requerir los servicios de salud y deberán prestar su consentimiento, salvo si se tratare de procedimientos médicos que sean invasivos y comprometan su estado de salud y/o provoquen un riesgo grave en su vida o integridad física. En este caso, su consentimiento debe completarse con el asentimiento de sus progenitores o allegado de su confianza.
- Es decir, que se reafirma que todas las prácticas de anticoncepción transitorias pueden ser consentidas autónomamente desde los 13 años, al igual que todas las prácticas de salud reproductiva que no supongan riesgo grave para la salud, la vida o la integridad.

- El adolescente a partir de los 16 años debe ser considerado como un adulto en el cuidado de su propio cuerpo.
- **Las leyes deben interpretarse a favor de los derechos de las personas.**

Consultas:

- Convención sobre los derechos del Niño
- CEDAW
- Código Civil y Comercial
- Artículo 86 del Código Penal
- Ley 26.061
- Ley 418 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo
- Resolución 65/2015 del Mtrio de Salud
- Programa Nacional de Derechos Reproductivos
- Resolución 1/2019 del Mtrio de Salud

Novedades Congreso AMAdA noviembre 2019, parte I

AUTORES:

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

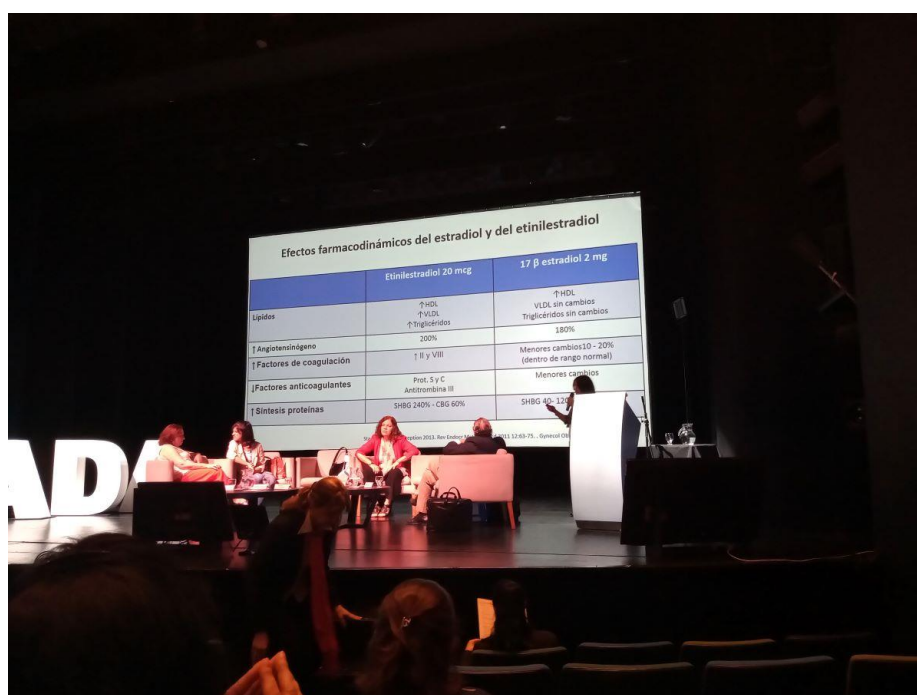


En noviembre de 2019 se realizó el X congreso AMAdA internacional "Salud Sexual y Reproductiva. De lo Biológico a lo sociocultural". Con este lema se expresaba lo trascendente y amplio del concepto de Salud Sexual y Reproductiva, pero también la amplitud propia del temario que abarcó temas biológicos y técnicos, así como culturales y relacionados al ámbito de Salud Pública y derechos.

La idea de este artículo es poder brindar alguna visión respecto de los temas que se tocaron y las principales conclusiones de algunas de las presentaciones. Dicha visión ciertamente será incompleta dado lo vasto y profundo del programa sus temáticas, pero lo intentaremos.

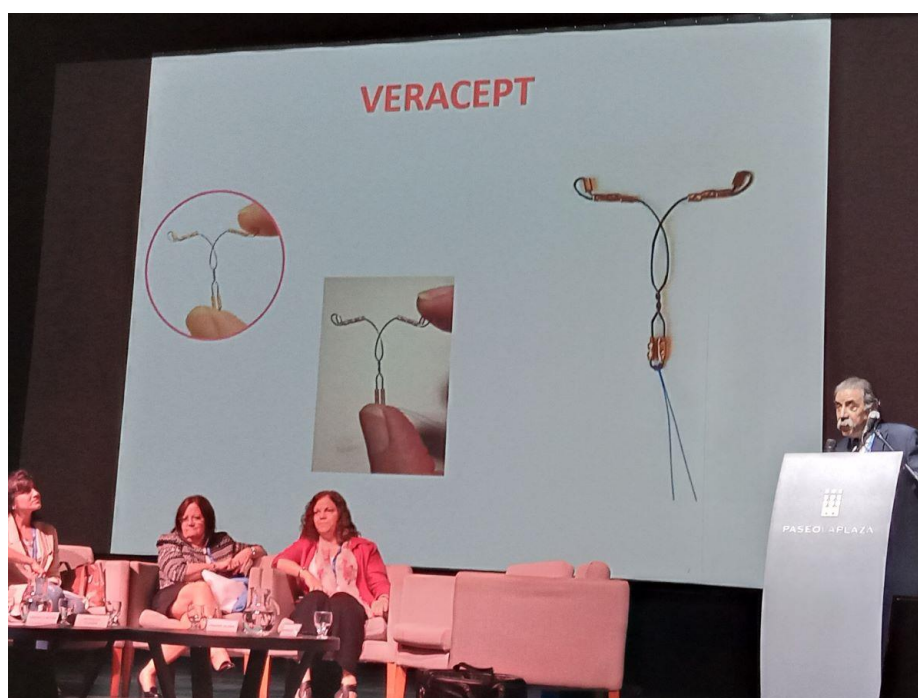
Simposio 1. Tecnología y ciencia básica: de la investigación a la usuaria

Del etinilestradiol al estradiol y estetrol, Dra. Peyrallo. Se realizó una revisión a través del tiempo de cómo fueron evolucionando los estrógenos utilizados en anticoncepción y se remarcaron en esta presentación las principales diferencias en los mismos. La revolución de poder contar con estradiol en anticoncepción, una molécula si bien menos potente que el etinilestradiol, mucho más neutra a nivel metabólico. El estradiol versus el etinilestradiol produce un menor impacto en los lípidos (aumento de HDL pero no de VLDL ni triglicéridos), menor aumento de factores de coagulación y menor impacto sobre aumento de síntesis de proteínas hepáticas.

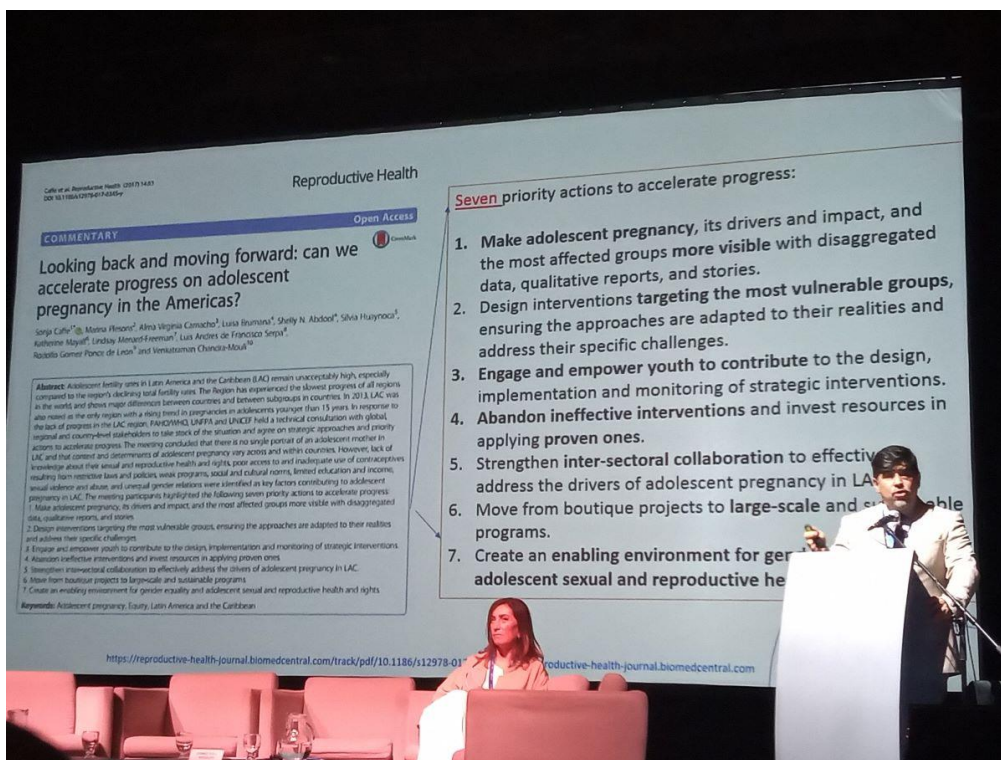


La vedette del momento, es el estetrol. El mismo es un estrógeno que sólo se produce en el hígado fetal durante la gestación, tiene gran neutralidad metabólica, y la particularidad de actuar diferente según el tejido diana, actuando como un SERM (modulador selectivo de los receptores de estrógenos), ya que por ejemplo active el receptor E alfa nuclear pero no actúa en la membrana. Se dice, como dijo la Dra Peyrallo en su charla, que es el primer NEST (Native Estrogen with Selective action in Tissues). En la mama sería una especie de antagonista de los estrógenos endógenos lo cual lo hace muy promisorio para poder ofrecer anticoncepción más personalizada a cada usuaria. Ya se está utilizando en anticoncepción combinado con progestágenos (tendría buena eficacia según primeros estudios publicados) y también en terapia hormonal menopáusica.

Nuevos sistemas de liberación en anticoncepción, Dr Luis Bahamondes. El Doctor Bahamondes, uno de los invitados extranjeros que concurren, habló sobre nuevas tecnologías de liberación en anticoncepción, focalizándose en el uso de los anillos, y especialmente en el de uso en forma anual (13 ciclos) por parte de la usuaria, haciendo la anticoncepción accesible para poblaciones especiales con barreras de acceso al sistema de salud entre otros. El anillo en cuestión es combinado de Segesterone (progestágeno también llamado Nestorone) y etinilestradiol. Nos acercó la información de un estudio publicado en The Lancet 2019, donde se observó una eficacia anticonceptiva aceptable con un IP 2.98 (2.13 - 4.08) en 2265 pacientes. Respecto al DIU de cobre esférico que se encuentra aprobado en algunos países; mencionó como inaceptablemente altas sus tasas de expulsión. También se refirió en su charla a los diferentes tipos de SIU, y la aparición de diferentes laboratorios a nivel internacional comercializando el producto más conocido (SIU LNG 52 mg), posibilitando algunos estudios con uso extendido (más allá de los 5 años) del mismo. Podríamos entonces contar en el futuro con más años de uso aprobado de dicho dispositivo. Nos presentó otros estudios sobre diferentes combinaciones: anillo con acetato de nomegestrol o etonorgestrel + 17 beta estradiol, en fase IIb, con buena eficacia y buen control del ciclo y de la dismenorrea. Presentó también, la anticoncepción intrauterina Veracept (cobre en un marco flexible de nitinol y en un insertor muy pequeño), un DIU liberador de indometacina (agregada en un intento de disminuir el aumento de sangrado con el DIU) y el microchip, un anticonceptivo implantable de larga duración que permite modos on y off para cuando la usuaria desea y no desea anticoncepción. A su vez se encuentra en estudio un anillo con anastrozol y levonorgestrel, para tratamiento de endometriosis con anticoncepción asociada.



La conferencia ¿Puede la anticoncepción moderna reducir la mortalidad materna? Estuvo a cargo del Dr. Rodolfo Ponce de León, otro de nuestros invitados extranjeros, asesor de CLAP y OPS. El disertante presentó en primer término las necesidades insatisfechas en anticoncepción, y el aumento de la brecha entre regiones en tasas de fecundidad temprana. Quedó claro que el uso de anticoncepción moderna no sólo impacta favorablemente en la mortalidad materna, sino también reduciendo defunciones de recién nacidos y defunciones posteriores de lactantes. Sumando la anticoncepción moderna completa y la atención médica adecuada se podrían reducir el 75% de muertes maternas y neonatales. Además la anticoncepción resulta una de las prácticas más costo efectivas, porque al disminuir la carga de embarazos no planificados también se reducen costos enormes del sistema de salud, incluyendo aquellos derivados de abortos en condiciones inseguras. En cuanto al embarazo adolescente a través de un artículo "Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas?..." se propone visibilizar el mismo, designar intervenciones a los grupos más vulnerables, aplicar estrategias probadas abandonando aquellas inefectivas, favorecer una coordinación intersectorial, propiciar un entorno que favorezca la igualdad de género y derechos sexuales y reproductivos.



La Dra. Fiol disertó sobre "Avances y desafíos en SS y SR en Latinoamérica". La Dra. fue otra de las invitadas internacionales, por REDISSER (Red Iberoamericana de Salud Sexual y reproductiva). La Dra. hizo un análisis de mortalidad materna en la región y luego se explayó sobre la experiencia en Uruguay sobre interrupción del embarazo mostrando cifras contundentes sobre reducción de mortalidad materna en ese país primero al comenzar los médicos a actuar en base al modelo de reducción de riesgos y daños y luego bajando más al aprobarse en ese país la interrupción voluntaria del embarazo.

Luego seguimos con el simposio Bayer SIU LNG ¿cómo elegir la mejor opción para las usuarias? Dicho Simposio estuvo a cargo de la Dra. Anita Nelson, de EEUU, reconocida investigadora en la materia.

En principio se analizaron diferentes factores que posicionan a los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs) como aquellos de primera elección dada su eficacia superior

a los métodos de corta duración en un contexto de la vida real. La Dra. nos mostró las ventajas de la inserción de un LARC el mismo día de la visita, versus la colocación en otro momento. Se disminuyó a la mitad los costos anuales en visitas médicas, se observó un 14% de embarazos no planificados versus un 48% en los casos de colocación diferida, y un 4% de abortos versus 14 % si la colocación del LARC se deja para otra visita. Se repasaron las diferencias en duración, tamaño y características del sangrado con los diferentes SIU disponibles (dos tipos en Argentina), presentando también la información del SIU LNG 12, aquel de menor tamaño y grosor que el SIU de 52 mg, pero que como aquel, también con una duración de 5 años. Además del uso de SIU en sangrado menstrual abundante, prevención de hiperplasia de endometrio durante terapia hormonal, recordó otros usos presentes en la literatura: menorragia, dismenorrea, adenomiosis y tratamiento de hiperplasia de endometrio.

Brindó también mucha información actualizada sobre implante: la no reducción de eficacia por obesidad, uso postparto inmediato seguro y eficaz sin impacto negativo sobre lactancia (importante en reducción de segundo embarazo adolescente), altas tasas de continuación post aborto (82%), mejora de patrones de sangrado gracias a diferentes tratamientos que se pueden proporcionar.

Simposio 2: Métodos anticonceptivos de larga duración- LARCs

El lado B de los LARCs, Dr. Escobar

El Dr. David Escobar, otro de nuestros invitados de Chile, dejó claro que el nuevo paradigma de eficacia en anticoncepción y escasas contraindicaciones son los LARCs, pero su presentación tuvo el objetivo de poner una mirada crítica sobre los aspectos no tan positivos que ellos presentan.

Como “problemas” de los LARCs hormonales se podrían nombrar la necesidad de capacitación para su colocación, las posibles irregularidades del sangrado, posible acné y en forma controversial el aumento de peso, así como controversial también las alteraciones del humor o depresión.

La capacitación de los profesionales, influye directamente en la oferta, constituyendo una barrera. Sería necesario, como siempre recalca el Dr. Escobar, incluir la capacitación en etapas tempranas de la carrera de medicina, donde se cuenta con muy poca formación sobre anticoncepción en general.

Analizó los patrones de sangrado con los diferentes métodos, y propuso sugerencias de manejo del mismo. Para sangrado asociado al **SIU**: descartar embarazo o patología concomitante, verificar su posición, uso de AINES o ácido tranexámico, evaluar extracción, en caso de SIU no son de utilidad el uso de estrógenos o progestágenos, y podrían ser de utilidad los SPRM (moduladores selectivos del receptor de progesterona). Para sangrado inesperado por **implante**: descartar patología concomitante, primera línea: uso de anticonceptivos combinados hasta 3 meses, progestágenos a altas dosis hasta por 3 meses (ej AMP 20 mg), desogestrel 75 mg hasta 3 meses, AINES o ácido tranexámico de 5 a 10 días, y evaluar extracción.

En cuanto al acné el disertante presentó bibliografía con alrededor de 17-18% de acné con el implante de etonorgestrel como de levonorgestrel. Tienen influencia sobre ello en parte su androgenicidad y la capacidad de contrarrestar el efecto de los estrógenos a nivel hepático. Aquellos más androgénicos también pueden tener un impacto en el metabolismo de los hidratos de carbono, vía aumento de resistencia a la insulina o por cambios en su vida media. Esto se minimiza en la práctica con progestágenos más neutros a antiandrogénicos.

Factores de riesgo para el descenso y la expulsión de los métodos intrauterinos

Dra. Valeria Bahamondes, invitada especial, nos habló sobre este tema. Dada la importancia de la anticoncepción intrauterina es fundamental analizar si existen factores que puedan predisponer a su mayor descenso o expulsión. La Dra. expresó que las expulsiones se observan en el 5-10% de los casos, y la mitad de ellas se ven dentro de los 6 meses postcolocación. Algunos factores que estarían asociados son la experiencia del operador que lo coloca, el sangrado menstrual excesivo al momento de la colocación, la colocación en posparto inmediato y post aborto, distorsión de la cavidad por miomas submucosos. La edad temprana no sería un factor de riesgo. No hay correlación demostrada con tamaño de la cavidad ni tampoco con el tipo de dispositivo.

En cuanto al postparto y su expulsión, si bien las tasas son variables y es un factor muy nombrado, nos mostró un estudio de FIGO donde en más de 700 mil inserciones postparto y post cesárea la expulsión fue de sólo un 2.6%.

En cuanto a la ecografía posterior a la inserción, no resultó según otro estudio de Faúndes y col. ser predictora de la expulsión, dado que la T de Cobre "se acomodaría" en el útero durante los 3 primeros meses.

Simposio 3: Anticoncepción reversible de corta duración

Esquemas flex de anticoncepción oral combinada, elegir cuando sangrar

La Dra. María Elisa Moltoni explicó como a lo largo de la historia se han instalado los esquemas convencionales de anticoncepción, con sangrado mensual, si bien está claro que tal intervalo libre de hormonas mensual no tiene ningún fundamento o necesidad científica. De hecho, muchos síntomas pre menstruales y una mayor posibilidad de fallas y errores del método pueden derivar de ese intervalo instalado en la práctica clínica. El rango extendido, es decir, anticoncepción sin intervalos (sin descansos o toma de placebos), resulta útil para controlar dismenorrea, hipermenorrea, dolor pelviano, Síndrome premenstrual o por motivos sociales. Se tolera bien pero a veces genera spotting en el uso a largo plazo. Por ello surgen los esquemas flex, donde el descanso se flexibiliza: se continúa el anticonceptivo en forma ininterrumpida, sin placebo y cuando la usuaria decide o bien cuando se dan 4 días seguidos de manchado, se propone una pausa (descanso) de 4 días. Este esquema sería una forma muy conveniente de reducir los sangrados derivados del uso de ACH, así como de dar a la usuaria en control de los sangrados, algo importante para mejorar la adherencia.

Cuando el SARC es la mejor opción.

La Dra. Carlota López Kaufman hizo una revisión sobre los avances en estos años en anticoncepción de corta duración. Si bien ha habido un cambio de paradigma en función de la alta eficacia y mayor continuidad de los LARCs, no pueden negarse los amplios beneficios no contraceptivos de los SARCs. La Dra. hizo una amplia revisión de tales efectos. Dichos beneficios serían la reducción del riesgo de cáncer de ovario y endometrio, y en menor medida de colon, mejoría de dolor pelviano y dismenorrea, así como su uso en endometriosis, mejoría del síndrome pre menstrual, y síntomas relacionados, uso como tratamiento en casos de acné y síndrome de ovario poliquístico. Asimismo se destacó la reducción del sangrado menstrual que acompaña a la gran mayoría de los esquemas hormonales, siendo mayor en algunos esquemas como el multifásico con Valerato de estradiol y dienogest.

Revalorización de la anticoncepción con gestágenos

Dr Luis Bahamondes

En primer lugar el Dr. habló del nuevo esquema de drospirenona 4 mg sola en esquema 24+4. Presentó grandes diferencias con otros anticonceptivos de sólo progesterona, entre ellas un mejor control del sangrado. Analizó el valor del estradiol circulante en las usuarias con este progestágeno comparándolo con desogestrel y otros, no observándose niveles inferiores de estradiol plasmático, (estando ello relacionado con por ejemplo su posible impacto sobre el hueso). Destacó el Dr. la preocupación que siempre surge en torno al uso de progestágenos, y su efecto óseo, como despierta por ejemplo la medroxiprogesterona. Dicho tema sigue siendo controversial pero acorde a la bibliografía, el riesgo de fractura sería muy pequeño y no se observó al interrumpir su uso. Otra controversia que despejó el Dr. es el no aumento de riesgo de contraer el HIV con su uso versus otros MACs. Se refirió también a la escasa bibliografía que avalaría la asociación depresión y uso de progestágenos. Se planteó al final de la conferencia un nuevo uso experimental de los progestágenos: podría tener una importante actividad regenerativa en el cerebro luego de una isquemia por ACV. ¿Estamos frente a un nuevo uso potencial de los progestágenos como anticoncepción en mujeres con riesgo de stroke?

Colocación directa vs. standard del dispositivo intrauterino: Dolor en la colocación y resultados a 6 meses

Direct vs. standard method of insertion of an intrauterine contraceptive device: insertion pain and outcomes at 6 months

AUTORES:

Bastin A., Scanff A., Fraize S., Hild J., Le Lous M., Lavoue V., Ruelle Y.
y Chaaban S

The European Journal of Contraception & Reproductive Health
Care, 24:5, 399-406

Traducción y comentarios: María Sarasqueta ¹, Dra María Laura
Lovisolo²

marialaura_lovisolo@hotmail.com



Sobre los autores

1. Médica residente de tocoginecología de CEMIC
2. Médica ginecóloga, sección ginecología infanto juvenil CEMIC

Resumen

Objetivos: El método directo es un procedimiento ideado para causar menos dolor en la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU). El objetivo del estudio fue comparar la colocación de DIU con el método directo (MD) o con el método standard (MS) en términos de dolor con la colocación, efectos adversos y satisfacción a los 6 meses.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en Francia entre Junio y Diciembre del 2016.

Resultados: El estudio incluyó 535 mujeres: 281 en MD vs. 254 en MS. Las mujeres en las que se colocó el DIU con MD reportaron menor dolor. No hubo diferencia con respecto a la tasa de infección (1,4% vs 2,8%; $p:0.366$) ni con la tasa de continuación a 6 meses (89,4% vs. 89,2%; $p:0.936$). La satisfacción a los 6 meses fue mayor en el grupo MD (93,6% vs. 87,4%; $p: 0.19$).

Conclusiones: El estudio sugiere que la inserción con MD se asocia con menor dolor y no se asocia con mayor tasa de efectos adversos. La utilización del MD podría mejorar el confort de las mujeres, aumentando la adherencia al DIU como método anticonceptivo.

Introducción:

El Diu, incluyendo tanto la T de cobre como los dispositivos liberadores de levonorgestrel son métodos anticonceptivos altamente eficaces con bajas tasas de complicaciones. La preocupación asociada a la colocación suele ser una barrera para su elección como anticonceptivos de primera línea en especial en mujeres nulíparas.

El MD, pensado para causar menos dolor en la colocación fue creado en Francia en el 2005. Es también conocido como Método Torpedo. Este consiste en colocar el introductor hasta el orificio cervical interno (identificado por resistencia o por profundidad de 3-4cm) sin pasar a través de él para luego, empujar el dispositivo hacia la cavidad uterina. Esto lo diferencia del MS, donde el insertor pasa a través del orificio cervical interno y llega hasta el fondo uterino. A su vez, en el MD no se utiliza histerómetro ni pinza erina.

Materiales y Métodos:

Estudio de cohorte prospectivo sobre 541 pacientes (281 MD y 254 MS) llevado a cabo por 51 profesionales (ginecólogos, obstétricas y médicos generalistas) sin diferencias estadísticamente significativas de edad, experiencia laboral y número de colocación de DIU por año. El único criterio de exclusión fue DIU de cobre sin forma de T. A los 6 meses del procedimiento se recolectó la información a través de la comunicación directa con las pacientes evaluando como resultado primario el dolor durante la colocación y como resultados secundarios los efectos adversos, los motivos de discontinuación, las complicaciones y la tasa de satisfacción a los 6 meses.

Resultados:

Fallaron 9 colocaciones : 3 en el grupo MD vs 6 MS ($p = 0.322$).

El grupo MD, incluidas las pacientes nulíparas, refirió menos dolor durante la inserción del DIU que el grupo MS y esto fue analizado como una variable continua mediante el análisis de regresión lineal multivariante. Se señala que el grupo MS utilizó más medicación previa a la colocación del DIU que el MD.

Con respecto a los resultados secundarios se observó que la presencia de síntomas vasovagales ocurrieron más en el grupo MS ($p = .036$) y éstos se correlacionan con el dolor durante la colocación a pesar de ser el grupo que recibió más medicación analgésica previa a la inserción del DIU.

Durante el primer mes de uso, el grupo MD refirió menor dolor que el grupo MS ($p < .001$).

No hubo diferencias significativas en los efectos adversos como sangrado, expulsión, perforaciones uterinas, infecciones pelvianas, náuseas, síntomas hormonales y deseo de retirar el DIU en el seguimiento a corto plazo (1 mes) ni tampoco las hubo a los 6 meses.

En el grupo MD, el 87% y 84% de las mujeres de los MD y MS respectivamente estaban "muy satisfechas" con el procedimiento ($p = .729$) y al utilizar el análisis multivariado se extrae como dato positivo que el ambiente "relajante" de la consulta incide sobre la tasa de satisfacción con respecto a la inserción del DIU.

Comentarios:

Es posible que la técnica de inserción en sí misma del MD pueda causar menos dolor ya que el DIU colocado sin el insertor presenta menor diámetro y menor dilatación del OCI al atravesarlo y, por otra parte, el contacto físico del DIU con el fondo uterino en el MD es menos intenso que con el MS. Además, el MD al simplificar la inserción presenta menos manipulaciones intrauterinas y una duración del procedimiento más corta, pudiendo esto también estar implicado en el menor dolor. Finalmente, con el método directo no hay necesidad de usar un histerómetro y, en la mayoría de

los casos una pinza Erina, que se han descrito clásicamente como las etapas más dolorosas del procedimiento de inserción del DIU.

Sin dudas se requieren aún mayor cantidad de estudios con un n más amplio y un seguimiento a largo plazo que evalúe las diferencias entre ambos métodos de colocación teniendo en cuenta no solo la dificultad conocida en la evaluación comparativa de la escala de dolor sino también en todos los factores independientes asociados al mismo. Sin embargo, el MD parecería ser un método seguro y menos doloroso con una tasa de continuación superior al 89% que no difiere de la correspondiente al MS y, lo que es sumamente importante, con una eficacia similar.

Bastin A., Scanff A., Fraize S., Hild J., Le Lous M., Lavoue V., Ruelle Y. y Chaaban S.