

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 14, N°2 (2016)

Editorial

Hace un par de meses, una reunión sobre la despenalización del aborto organizada por el Centro de estudiantes del Colegio Carlos Pellegrini para alumnos de 1° año, suscitó un debate público importante en relación al tema salud sexual y reproductiva. Durante la presentación, el tema derivó en el posible uso de misoprostol para interrumpir el embarazo. El hecho en cuestión generó una gran polémica por diferentes motivos:

- Primero, porque quienes estaban dando la charla no eran profesionales de la salud, sino representante de una agrupación política
- Segundo, se debatió sobre si es apropiado tratar estos temas entre niños de 13 años
- Tercero, porque las autoridades del colegio desconocían que se iban a tocar estos temas en la presentación organizada por el centro de Estudiantes
- Cuarto, porque posteriormente fue publicado en el Facebook de la agrupación Mujeres del Nuevo Encuentro, militantes de la agrupación política que daba la charla *"Hoy estuvimos en el Pellegrini con pibes y pibas de primero y segundo año del secundario charlando sobre nuestra militancia de aborto seguro con pastillas"*

Siendo un tema tan sensible como lo es todo lo referente a la interrupción del embarazo está claro que el tratamiento de estos temas para alumnos de un colegio secundario debe estar a cargo profesionales de la salud, que estén capacitados para transmitir la información correcta en términos sencillos, apropiados y comprensibles para los adolescentes. Por otra parte, debería haber una supervisión sistemática de las autoridades del colegio de las charlas organizada por el Centro de Estudiantes; no solo de los temas relacionados con la salud, sino de todos. También está fuera de toda discusión que el debate acerca de la interrupción legal del embarazo excede a cualquier posición partidaria; exige eventualmente un debate social.

Un tema que sí da lugar a la controversia es si es adecuado presentar un debate sobre el aborto en la escuela a niños/adolescentes de 13 años. En ese sentido, las opiniones han sido diversas, y la mayoría con argumentaciones coherentes. Para muchos, los chicos de 13 años no están lo suficientemente maduros para tratar un tema tan complejo y polémico como el aborto. Otros comentaron que si bien la asistencia no era obligatoria, algunos padres podían no estar de acuerdo que estos temas fueran tratados dentro del colegio sin la supervisión de los docentes de la institución. Sin embargo, debemos admitir que tengan o no la madurez, estén sus padres de acuerdo o no, hoy los chicos conocen estos temas y los tratan con sus pares. Por esta razón, la mejor estrategia no es evitar hablar del tema y evadir nuestra responsabilidad como educadores. Por el contrario, debemos buscar las oportunidades para proporcionarles la mayor cantidad y calidad de información posible. Hablar de despenalización del aborto no significa habilitar para que las mujeres queden embarazadas y luego aborten; no significa fomentar el ejercicio de la sexualidad sin responsabilidad... total, "después se puede abortar". Todo lo contrario: significa hablar de derechos de la mujer. Significa promover una situación de equidad, para que todas las mujeres -independientemente de su situación social y económica- tengan una respuesta por parte del sistema de salud en el caso extremo de tener que interrumpir la gestación. Y que si esa es su decisión, puedan tener acceso a ese sistema de salud para interrumpir su embarazo de forma segura, sin riesgos para su salud.

De todos modos, nuestro desafío es aún mucho mayor que lograr la despenalización del aborto. Es nada más y nada menos que lograr, a través de la anticoncepción, bajar la tasa de embarazo no planificado, que en todo el mundo es de al menos, el 50%; con el agregado de que un 10% o más de estos embarazos terminará en un aborto....

Cada vez disponemos de más opciones anticonceptivas, más seguras, con menos efectos adversos. Sin embargo, el número de embarazos no planificados no baja. Comencemos a cuestionarnos si nosotros, como profesionales de la salud, estamos cumpliendo adecuadamente nuestra función de formadores y promotores en salud sexual y reproductiva, facilitando el acceso y promoviendo un uso adecuado de los métodos anticonceptivos

Derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia desde una perspectiva de género

El lugar de los varones en las políticas públicas

AUTORES:

Carpineta M, Volz F, Blacher M, Pagés L, Vázquez E.
Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

maricarpineta@gmail.com

Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

Objetivos

- Describir diferencias según género en el conocimiento y acceso a prestaciones sobre derechos sexuales y reproductivos,
- Indagar en las nociones de los varones sobre métodos anticonceptivos, test de embarazo y anticoncepción oral de emergencia.

Métodos

Se realizaron 3 grupos focales con 12 alumnos/as de 4^a año cada uno, en 3 escuelas técnicas que habían participado en las etapas previas de la investigación. Se utilizó una guía de pautas y dos moderadores por grupo. Se establecieron categorías para el análisis de los resultados.

Resultados

En este estudio se evidenciaron patrones de cuidado y temáticas definidas y condicionadas por género. Los varones mostraron un mayor conocimiento relacionado al preservativo pero no han respondido a preguntas sobre métodos anticonceptivos, anticoncepción hormonal de emergencia y embarazo dado que no se reconocen como usuarios de los mismos.

Conclusiones

En su discurso los varones demuestran interés en prácticas de cuidado; sin embargo, existen aún barreras socioculturales que dificultan un acceso equitativo a la información y prestaciones para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos. Es un desafío incluir a los varones en políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva que posibiliten disminuir esta inequidad. Confiamos en que esta investigación sea un estímulo para el diseño de las mismas.

Palabras claves: adolescentes, equidad, género, masculinidad, sexualidad.

Abstract

Objetives

- a. To describe gender perspective in knowledge and access to services about sexual and reproductive rights.
- b. To investigate male knowledge of contraceptive methods, pregnancy testing and emergency contraception.

Methods

The study was carried out in 3 secondary technical schools. Three focal groups were applied to a sample of 36 teenagers aged 15 to 17 years. Data analysis were performed through established categories.

Results

This study showed that patterns of care and defined themes were conditioned by gender. Males had more knowledge related to condom but they did not answer to questions about contraception methods, hormonal emergency contraception and pregnancy because they were not recognized as users of them.

Conclusions

In their words males show interest in care practices; however, there are still cultural barriers to equitable access to information and services to ensure their sexual and reproductive rights. It is a challenge to include men in public policies on sexual and reproductive health to reduce this inequity. We hope that this research will be an input to design them.

Key Words: adolescents, equity, gender , masculinity, sexuality.

Introducción

La sanción de leyes sobre Salud Reproductiva y Procreación Responsable a nivel nacional y de la Ciudad propuso un cambio de paradigma desde la noción de control de la natalidad a un paradigma de garantía de derechos, asegurando de esta forma la igualdad, entre mujeres y varones, en el acceso a la información y a las prestaciones considerando la autonomía como eje central de la demanda (Gogna, 2005; Ley Nac. N° 25.673; Ley N° 418).

En el ámbito educativo la ley Nacional 26.150 y la Ley de la Ciudad de Buenos Aires 2110, promulgadas ambas en el año 2006, instalan legalmente la Educación Sexual Integral (ESI) en el ámbito escolar y han ido delineando una política pública que otorga a la escuela un rol privilegiado como espacio de promoción y protección de derechos.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de las personas caracterizada por complejos y multifacéticos aspectos en que la sexualidad se constituye como uno de los principales ejes de construcción de la identidad. Durante la etapa adolescente, la definición de la identidad sexual y el

posicionamiento respecto al género son claves en el desarrollo psicosocial. La sexualidad está fuertemente influenciada tanto por los cambios corporales propios de esta etapa, producto de modificaciones hormonales, como por los mandatos sociales y culturales que inciden en la construcción de las identidades sexuales, según la correspondencia de género y edad. Estos mandatos se expresan en estereotipos tradicionales y ampliamente difundidos. Por ejemplo, en el varón se valora el inicio temprano de las relaciones sexuales como una suerte de rito de pasaje a la adultez, existiendo presiones familiares y de pares para ajustarse a los requerimientos de su género. Así, el estereotipo masculino es un varón sexualmente activo, heterosexual e independiente. Por el contrario, en el caso de las mujeres se espera la pasividad y la disponibilidad para otorgar placer a la pareja masculina (sexualidad deserotizada y organizada para la procreación). Estas expectativas acordes al género operan decisivamente en la iniciación sexual de las y los adolescentes (Checa, 2003).

El concepto de género se refiere a la construcción social y cultural que se organiza a partir de la diferencia sexual. Supone definiciones que abarcan tanto la esfera individual- incluyendo la subjetividad, la construcción del sujeto y el significado que una cultura le otorga al cuerpo femenino y masculino-, como la esfera social- que influye en la división del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías entre unos y otras.

En este contexto, trabajar sobre cuestiones de género permite visibilizar las diferencias que aparecen al indagar acerca de los niveles de conocimiento y acceso a los derechos sexuales y reproductivos, según sea varón o mujer.

Tradicionalmente, a lo largo de la vida se debe adaptar la conducta según corresponda ser varón o mujer, a reconocer lo que se debe, cuáles son los derechos y las obligaciones y qué respuestas se espera ante cada situación. En el ámbito familiar, desde que se nace se ponen en marcha una serie de acciones diferenciadas según se trate de un nene o una nena: expectativas de los padres, tipo y color de vestimenta, juguetes que recibe, estimulando conductas diferentes.

En el ámbito de la salud, los modelos sociales para hombres y mujeres están presentes en los materiales médicos, en las expectativas que tienen los/as profesionales respecto de sus pacientes, en el tipo de información que le brindan y en el modo en que la transmiten.

Por su parte en el ámbito educativo, dichos modelos sociales están presentes en los diseños curriculares y pedagógicos de cada materia, en las expresiones espontáneas que los docentes manifiestan, a través de las expectativas que tienen respecto de sus alumnos y alumnas y en las propuestas de actividades recreativas.

Los estudios sobre masculinidades ¹ y los programas sobre sexualidad y reproducción señalan que desconocer el rol de los hombres en el proceso sexual y reproductivo es una pérdida para intervenciones eficaces. En función de las indagaciones que venimos realizando (2012-2014) ² con adolescentes escolarizados, es que nos hemos propuesto analizar en profundidad las diferencias por género, con énfasis en los varones, respecto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos específicos

- a- Describir diferencias según género en el conocimiento y en el acceso a prestaciones sobre derechos sexuales y reproductivos,
- b- Indagar en las nociones de los varones sobre Métodos anticonceptivos (MAC), test de embarazo y anticoncepción oral de emergencia (AHE).

Población y muestra

En esta tercera etapa se realizaron 3 grupos focales a alumnas y alumnos de cuarto año de tres escuelas técnicas de la CABA. El total de jóvenes participantes fue de 39 (12M y 27V).

Estos grupos focales se llevaron a cabo en las mismas escuelas en las que se habían tomado las encuestas correspondientes a las dos primeras etapas de la investigación. La decisión de relevar información sobre cuarto año se debió a indagar en una población con mayores posibilidades de haber iniciado relaciones sexuales.

Material y métodos

En las dos primeras etapas de la investigación se analizaron los datos provenientes de 1056 encuestas autoadministradas y estructuradas a alumnos/as de segundo y cuarto año (una sección por año) de 9 escuelas técnicas de la Ciudad de Buenos Aires realizadas en dos años consecutivos 2012-2013 y utilizando el paquete de datos estadísticos SPSS.

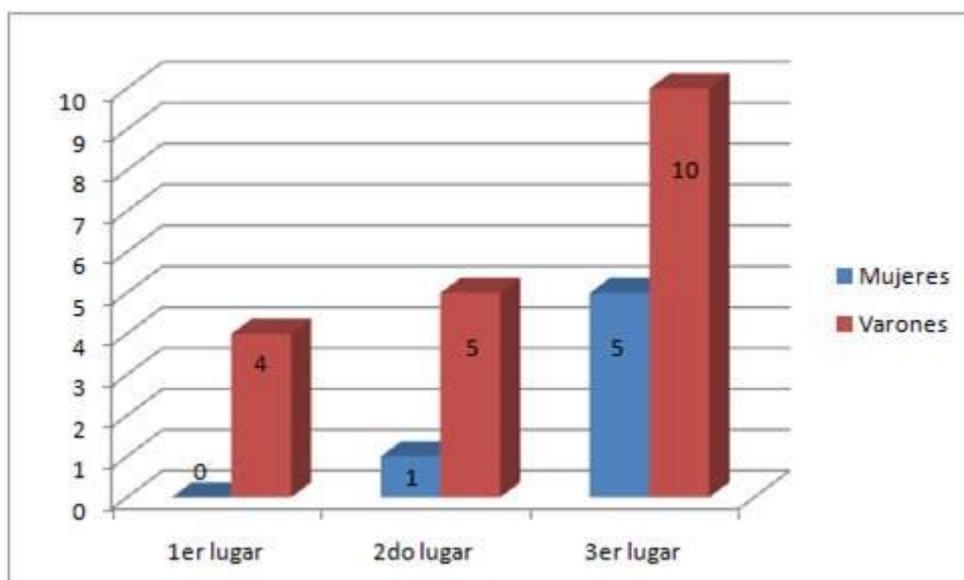
En esta tercera etapa del estudio, de tipo cualitativa, se centró en la necesidad de profundizar en las representaciones que tienen las y los adolescentes sobre las temáticas en estudio y, en particular, intentar comprender las razones por las que, en general, los varones saben menos que las mujeres en cuestiones de salud sexual y salud reproductiva. En este sentido, se optó por la realización de grupos focales por las ventajas que ofrece este instrumento a la hora de intentar interpretar respuestas con un mayor nivel de detalle y por tratarse de análisis de comportamientos y prácticas. Tal como aparece en la guía de pautas, se trabajó con las mismas líneas de análisis indagadas hasta el momento.

La técnica de grupo focal cobra la forma de entrevistas colectivas de tipo semiestructuras y que tiene por destinatarios a grupos homogéneos de sujetos, en este caso, adolescentes escolarizados con una edad promedio de 16 años. Su ventaja principal radica en que crea un ambiente propicio para el diálogo distendido, en un clima de seguridad en el que las y los participantes no se sienten intimidados o forzados a responder y la comunicación fluye espontáneamente. Para esta tarea se contó con dos moderadores por grupo que tuvieron la tarea de administrar la guía de preguntas y facilitar el intercambio de manera que todas las voces tuvieran lugar a responder.

Resultados

En función de los resultados cuantitativos de las etapas anteriores de nuestra investigación surge la necesidad de realizar una indagación cualitativa. Fundamentalmente a partir de la observación de un alto porcentaje de no respuesta por parte de los varones en preguntas tales como a quién acudirían para pedir información sobre Métodos Anticonceptivos (MAC) y a quién para realizar un test de embarazo -Gráfico 1-.

**Gráfico 1. No respuesta a la pregunta:
¿A quién acudirías para pedir información sobre MAC?**

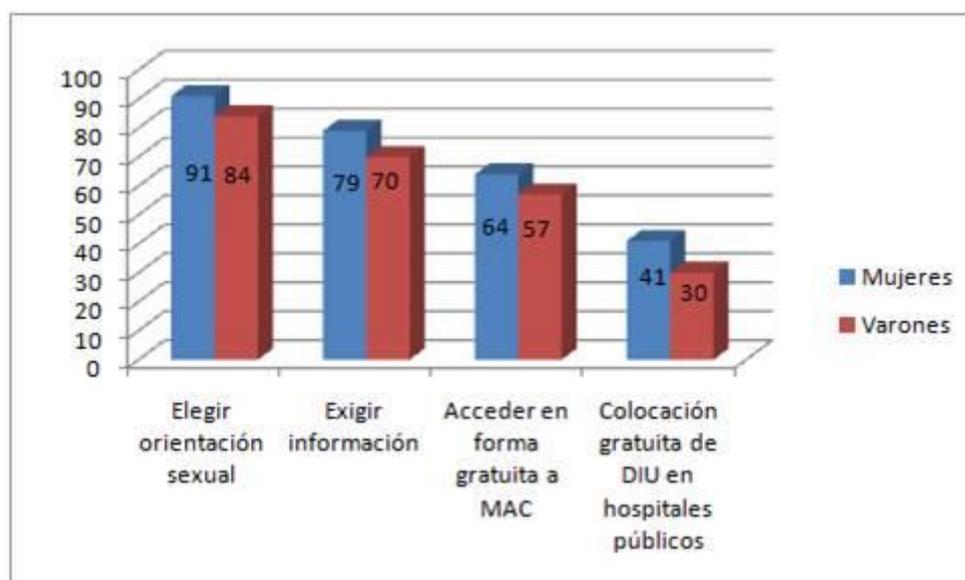


Fuente: Elaboración propia. Investigación 2012-2013

A partir de estos resultados podemos decir que existen patrones de cuidado y temáticas definidas y condicionadas por género. Por lo general, las preguntas vinculadas con MAC, Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) y embarazo eran respondidas en primer lugar por las mujeres, mientras que aquellas relacionadas con preservativos eran los varones quienes tomaban la palabra.

En el análisis cuantitativo surgió que las mujeres tienen un nivel de conocimiento mayor sobre sus derechos: elegir orientación sexual (91% mujeres-M -84% varones-V), exigir información (79%M-70%V), acceder a los MAC gratuitamente (64%M-57%V) y colocación gratuita de Dispositivo Intrauterino (DIU) en hospitales públicos (41%M-30%V) - Gráfico 2.

Gráfico 2. Niveles de conocimiento.



Fuente: Elaboración propia. Investigación 2012-2013

En los grupos focales, al indagar sobre dónde adquieren o solicitan **información**, los varones refieren encontrarla en la casa, en la escuela de manera condicionada al vínculo con el docente o referente adulto (preceptor) y en algunas ocasiones en el hospital sobre todo cuando deben realizar la consulta para el apto físico en salud. Es de destacar que en los hospitales no encuentran espacios específicos de atención para ellos.

En la voz de los varones aparecían recurrentemente frases como las siguientes: *"Yo pregunto más en casa que en el centro de salud"*

"No con todos los profesores se puede hablar del tema" "Los profes te explican los métodos, lo básico para cuidarse"

"Cuando tengo que hacerme el apto físico le pregunto dudas o lo que necesito....de entrada el tema no sale, pero después hablas y ellos te preguntan"

"Yo voy al hospital, ¿y qué tengo que pedir, turno con el urólogo para hablar de estos temas?"

En contraposición las mujeres sí encuentran en los servicios de salud espacios de consulta y atención, como por ejemplo en los servicios de ginecología. Sin embargo ellas no recurren en busca de información en el ámbito escolar porque refieren que les da vergüenza consultar a preceptores o profesores hombres.

Las mujeres relatan lo siguiente: *"mi mamá me dijo: cuando vos tengas ganas llamá a este número, pedís un turno con un ginecólogo y vas vos"*

"me da vergüenza siendo mujer consultar al profe" "Las profesoras son pocas y no tienen el perfil para preguntarle cosas"

"El médico te habla, te pregunta directamente"

Las y los adolescentes tienen conocimiento sobre su derecho a solicitar información de forma autónoma (sin compañía de adultos) *"Yo creo que para pedir info no hace falta ir acompañado"*. Sin embargo, las dudas surgen al momento de solicitar prestaciones tales como colocación del DIU o entrega de anticoncepción oral.

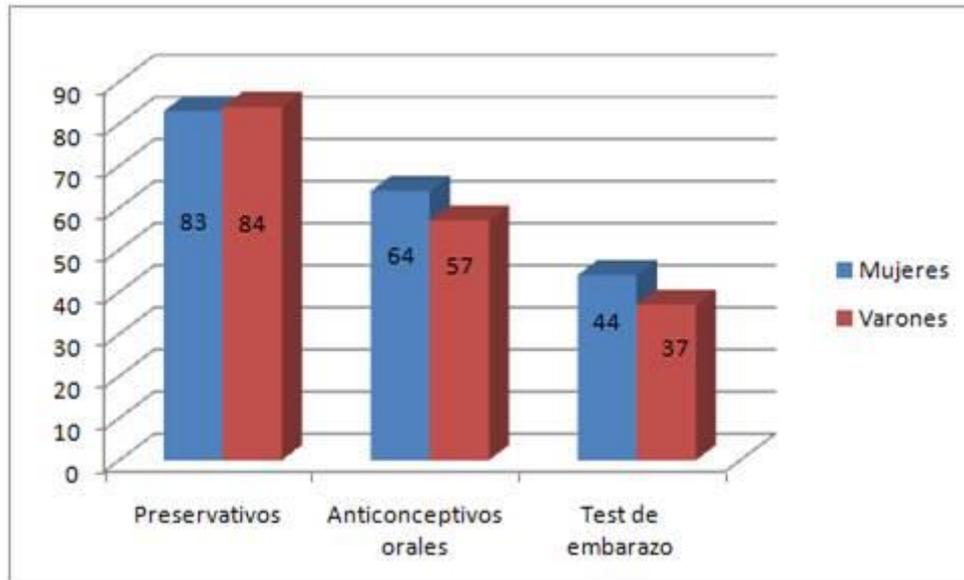
Los varones dicen: *"Podemos ir solos a hacernos un examen de VIH, pedir preservativos o pastillas; para el DIU tenés que ir acompañado"*

"Hasta donde yo sé, ningún MAC puede ser negado cuando se pide"

Las mujeres agregan: *"Me parece que para pedir pastillas necesitas la compañía de un adulto si sos menor" "no es obligatorio ir con un adulto a pedir MAC o AHE; si para un DIU"*

El tema del **preservativo** fue el que contó con la mayor participación de los varones. Respecto a prestaciones que pueden solicitar en un hospital sin compañía de un adulto, la gran mayoría sabe que puede ir a pedir preservativos; y éste es el único ítem donde los varones conocen más que las mujeres (83%M-84%V). Para solicitar anticonceptivos orales o un test de embarazo, ellas saben más (64%M-57%V y 44%M-37%V respectivamente) -Gráfico 3.

Gráfico 3. Autonomía. ¿Qué se puede solicitar en un hospital sin la compañía de un adulto?



Fuente: Elaboración propia. Investigación 2012-2013

Los datos cuantitativos nos permiten afirmar que la dación gratuita de preservativos y su uso para prevenir enfermedades de transmisión sexual son temas ampliamente instalados. Sin embargo, su técnica de uso no es la correcta: no se utiliza desde el inicio de la relación sexual ni con todas las personas (depende si se la conoce o no).

Apareció fuertemente el tema de la confiabilidad de preservativos que se otorgan gratuitamente.

Los varones cuentan: *“Cuando no conoces a la persona, generalmente te lo pones al principio” “En relaciones ocasionales se usa la mitad de las veces”*

“Yo me compro los míos, confío más en la marca que en los del hospital” “En los que te da el gobierno no confío”

Las mujeres agregan: *“Para sexo oral no” “Los chicos no quieren ponerse un preservativo”*

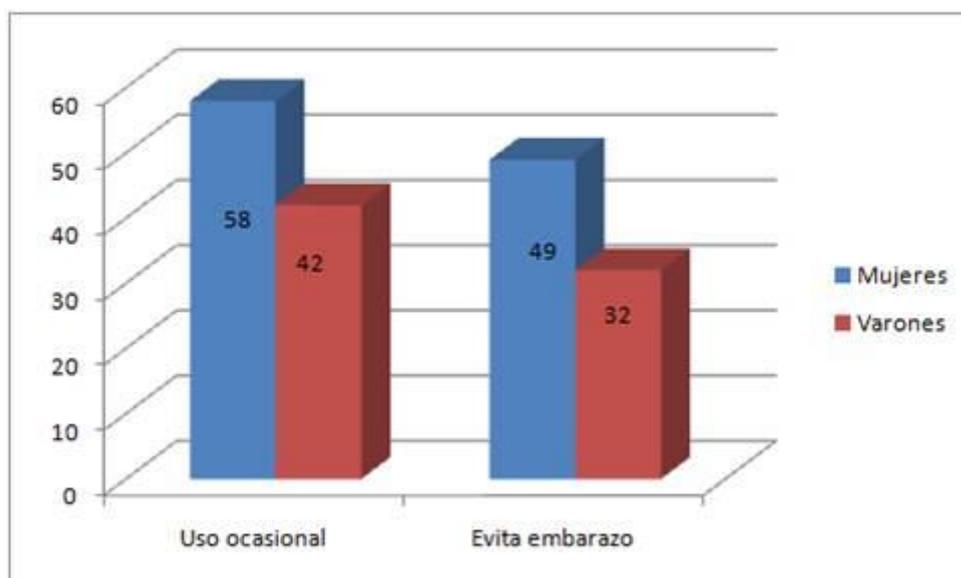
“me contaron que los del gobierno se rompen o están pinchados”

Al preguntar sobre los test de embarazo los varones argumentan que es un tema de mujeres: *“Se encarga la mujer” “y...depende de la preocupación”.*

Las adolescentes tienen una posición activa en este tema: *“Quizá antes me hubiese dado vergüenza, ahora lo veo como más común; en la farmacia veo que una piba compra preservativos y nadie la mira mal,” “cuando va el hombre se sabe que no es para él, en cambio si va la mujer...”*

Respecto de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia si bien existe un alto nivel de desconocimiento en ambos sexos, las mujeres saben más respecto a su uso ocasional (58%M-42%V) y que evita un embarazo no deseado (49%M-32%V) -Gráfico 4.

Gráfico 4. Anticoncepción Hormonal de Emergencia



Fuente: Elaboración propia. Investigación 2012-2013

Los varones al no reconocerse como usuarios de la misma, consideran que no hace falta saber sobre AHE: *"Yo no uso AHE"* o bien saber acerca de cómo es su utilización: *"por ese nombre (la pastilla del día después), se puede tomar un día antes o un día después"*.

Las mujeres expresan sus dudas y certezas: *"Me dijeron que no puede usarse más de dos veces al año; pero conozco chicas que la usaron y no les paso nada"* *"No es un método abortivo"*. *"Tenés que tomarlo cuando no usas preservativo o se pincha, pero la verdad es que la toman cuando no lo usan"*

Un tema que nos interesó indagar fue la información ligada a la **equidad de género** que reciben las y los adolescentes. Los varones reconocen que la información debería ser más equitativa; y esto se ve reflejado en sus comentarios: *"claro no es que sólo las mujeres se tienen que informar, los hombres también"*. *"Hay cosas que importan más a las mujeres y cosas que importan más a los varones"*. *"Debería ser una charla balanceada, que le explique a los varones lo que le pasa a las mujeres y a ellas lo que nos pasa a nosotros; no lo que le pasa a cada sexo por separado"*

Las mujeres afirman que les gustaría que los varones tengan más responsabilidades en el cuidado. *"Básicamente a las mujeres les enseñan a cuidarse de los hombres y a los hombres les enseñan a cuidarse a ellos mismos"* *"A mí me hicieron probar como poner un preservativo y yo no tengo pito"*. *"La responsabilidad recae en las mujeres porque son las que llevan el bebé en la panza"*

Discusión

Este estudio se propuso analizar en profundidad las diferencias por género respecto de los niveles de acceso a prestaciones y conocimiento sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. Este artículo puede ser de utilidad para hacer visibles algunos imaginarios existentes en relación a la salud sexual y salud reproductiva (SSyR) de los varones.

En Argentina existe un marco legal que ha modificado la demanda y el acceso a las prestaciones en salud sexual y salud reproductiva. Sin embargo permanecen vigentes aún contenidos tradicionales que definen discursos y mandatos de responsabilidad y cuidado claramente diferenciados por género.

Hasta mediados de la década de 1990 la gran mayoría de las investigaciones y de las políticas y programas de SSyR estuvo centrada en los comportamientos de las mujeres, excluyendo a los varones ya sea deliberadamente o por omisión (Zamberlin, 2003)

Los varones son reconocidos como sujetos que en la adolescencia deben transitar el “ritual de iniciación sexual” como un devenir innegable, y el preservativo tiene una presencia fuerte en el mismo (Jones, 2010). Sin embargo en nuestro estudio, los/as adolescentes refieren que no los utilizan siempre con todas las personas, ni desde el inicio de la relación sexual. Vazquez y Ochoa (2012) plantean respecto al comportamiento sexual desprotegido de los varones que éste no se explica solamente por la falta de educación sexual o de acceso a preservativos, sino que tiene su origen en las creencias, actitudes y prácticas sociales con relación al ejercicio de la sexualidad; de ahí las actitudes, la hegemonía masculina y el abuso de los comportamientos frente a las dificultades que padecen las mujeres en las relaciones de poder.

Los varones son pensados en el imaginario social como sujetos con disponibilidad e iniciativa permanente, y sexualmente activos. Específicamente en el sistema de salud no encuentran espacios de atención que los reconozca como usuarios y la dación universal y gratuita de preservativos se encuentra también a disponibilidad en otros espacios sociales. Según Zamberlin (2003) se debería entregar preservativos de manera gratuita en los servicios de salud y habilitar otros espacios educativos o recreativos donde los/as adolescentes puedan obtenerlos gratuitamente. En nuestra investigación ellos no buscan información específicamente en hospitales o en profesionales de la salud y son reticentes a utilizar los preservativos que se ofrecen gratuitamente. Prefieren comprarlos porque confían en determinadas marcas.

Entre las mujeres el amor justifica una experiencia sexual. Ellas deben dar explicaciones de su iniciación sexual y presentan, aún hoy, dificultades para expresar su deseo sexual. La información que los adultos les brindan está ligada a la biología, la menstruación y lo reproductivo, donde la necesidad de control es fuertemente asociada a una idea de riesgo (Faur, 2015). La reproducción es inherente a la actividad sexual. La idea de la responsabilidad de un embarazo es exclusivamente de la mujer y para ellas, los servicios de salud ofrecen una amplia oferta de prestaciones que ellas conocen y utilizan (Carpineta et al, 2015)

Sin embargo, se puede percibir a partir de nuestra investigación, cierta transformación en los roles de género y una mayor igualdad en las relaciones sociales e interacciones sexuales. Los varones dicen querer involucrarse en las cuestiones de cuidado, y las adolescentes reclaman que para que haya equidad en el acceso a información y prestaciones, se debe incluir a los varones y que la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva sea compartida, resaltando el valor del cuidado mutuo.

Según Vásquez y Ochoa (2012) los estudios sobre salud sexual desde la perspectiva masculina son pocos; las políticas y servicios de salud, centran su atención en las necesidades de la mujer, situación que limita la participación y la identificación de las necesidades de los hombres frente a esta problemática. La inclusión de la diversidad cultural y de género, especialmente de la perspectiva masculina, constituye un reto para el diseño integral de Programas y Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Argentina.

No se trata solamente de promover la participación de los varones en la salud sexual y salud reproductiva para mejorar la salud de las mujeres. Sino de “imaginarlos como actores con sexualidad y reproducción y con necesidades propias a ser consideradas tanto en la interacción con las mujeres, como en proceso de construir su identidad masculina” (Figuroa 1998 citado en Andrade y Herrera 2001).

Conclusiones

En este estudio decidimos profundizar en los discursos de los jóvenes, especialmente en las voces de los varones. Ellos expresan deseos de conocer y participar más en los temas de cuidado referidos a la salud sexual y a la salud reproductiva, pero continúan existiendo barreras sociales y culturales que lo dificultan.

Analizamos también, que las políticas públicas sobre salud sexual y salud reproductiva con perspectiva de género refuerzan y perpetúan situaciones de inequidad en el acceso a la información y prestaciones, dejando por fuera al colectivo de los varones como usuarios del sistema de salud.

Basados en el marco legal existente y en las tensiones que generan los discursos reinantes sería una propuesta reflexionar sobre la inclusión de los varones en las cuestiones de cuidado y generar estrategias que efectivamente favorezcan la equidad de género en salud sexual y salud reproductiva.

Tal como lo plantean Herrera y Rodríguez (2001), analizar las relaciones de poder entre los géneros, la forma cómo se construyen las identidades de hombres y mujeres, el peso de los roles, estereotipos y expectativas sociales en la conducta sexual es una entrada no sólo a un mejor conocimiento del tema, sino también al desarrollo de estrategias y políticas públicas sensibles a las necesidades de hombres y mujeres. Si bien las diferencias culturales y socioeconómicas marcan diversas formas de masculinidad, existe un modelo de masculinidad que enfatiza la fuerza física, el riesgo, la competencia, y el poder sobre las mujeres y sobre otros hombres considerados inferiores. Es en este contexto donde más se evidencia la vulnerabilidad de la mujer, y el motivo por el que la ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley N° 25.673) menciona como uno de sus objetivos: "Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable". (Art. 2, punto g). Tal vez por esto las acciones en materia de políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva que incluyan a los varones, son aún muy limitadas.

Gran parte de los estudios realizados sobre la SSyR tomaron como objeto de estudio a la población estudiantil de colegios y universidades, por esta razón se recomienda incluir en dichas instituciones, planes o programas de acuerdo a los intereses y necesidades expresadas por los jóvenes.

No se han abordado la perspectiva masculina sobre SsyR de los padres de familias, familiares cuidadores y profesores, ésto constituye una oportunidad de investigación ya que este grupo poblacional, es en cierta medida el responsable de la socialización y educación de la población escolar y joven.

Por lo anterior, las políticas de salud deben orientarse en reconocer e incluir las pluralidades masculinas para mejorar su conducta sexual y reproductiva y hacerlos partícipes de las prácticas en SSyR.

Referencias

- Aubel, J.: "Guidelines for studies using the group interview technique", OIT, Ginebra, 1993.
- Benavente R., Vergara P. Sexualidad en hombres y mujeres. Diversidad de miradas. Santiago, Chile: FLACSO, 2006
- Checa, S., Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Paidós, 2003.

- Errandonea, A.: "¿Metodología cualitativa versus metodología cuantitativa?", Cuadernos de Clacso, N° 35, Montevideo.
- Faur, E. (Coord) La Educación Sexual Integral en la Argentina Balances y desafíos de la implementación de la ley (2008-2015). Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015.
- Gogna M. Estado del Arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002). CEDES, 2005.
- Herrera, G. y Rodríguez, L.: "Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva" en Andrade, X. y Herrera, G. (ed) Masculinidades en Ecuador, FLACSO y UNFPA (2001)
- Jones, D.: Sexualidades Adolescentes. Amor, placer y control en la Argentina contemporánea, Buenos Aires, CLACSO, 2010.
- Ley Nacional N° 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
- Ley N° 418. Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/programas/s_sexual/archivos_pdf/ley_418.pdf
- Ochoa-Marin, S. y Vásquez-Salazar, E. "Salud sexual y reproductiva en hombres" en Revista Salud Pública N° 14 (1): 15-27, 2012.
- Vasilachis de Gialdino, I.: Métodos cualitativos I. Editorial C.E.A.L., Buenos Aires, 1993.
- Zamberlin, N.: "Reflexiones sobre la doble protección en varones adolescentes", en Checa, S. (comp.) Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, Buenos Aires, Paidós, 2003.

Salud Escolar - GCABA

Investigación SS y SR GUÍAS DE PAUTAS. GRUPOS FOCALES

Guía de pautas – Docentes, directivos, preceptores, DOE.

Presentación:

1. Esta investigación es la etapa cualitativa de un trabajo que viene desarrollándose hace dos años en escuelas técnicas de la CABA y tiene por objetivo indagar acerca de los niveles de acceso de los adolescentes a información y prestaciones sobre salud sexual y salud reproductiva.
2. Rueda de presentación de los asistentes. Nombre y actividad que realiza.

Objetivo: Indagar la opinión de referentes educativos acerca del lugar de la escuela respecto de la salud sexual y la salud reproductiva.

1. Qué opinan sobre el lugar de la escuela respecto de la salud sexual y reproductiva
2. Qué saben sobre la ESI?
3. Se encuentran con situaciones en las que tienen que tratar estas cuestiones con los alumnos:
 - a. Formales. Cuáles?
 - b. Informales. Cuáles?
 - c. Creen que hay diferencias por género?
4. Existe en la escuela alguna instancia / espacio / referente sobre la temática?

5. Y fuera de la escuela?
6. Saben ustedes a quién / dónde recurrir si un alumno les solicita algo relativo a la ss y sr?
7. Desde / Con la escuela tuvieron algún tipo de comunicación acerca de esta temática? (Charla, reunión, curso, material)
8. En esas propuestas encuentran diferencias por género?
9. Participaron de alguna capacitación sobre estos temas?

Guía de pautas – Docentes, directivos, preceptores, DOE.

Presentación:

1. Esta investigación es la etapa cualitativa de un trabajo que viene desarrollándose hace dos años en escuelas técnicas de la CABA y tiene por objetivo indagar acerca de los niveles de acceso de los adolescentes a información y prestaciones sobre salud sexual y salud reproductiva.
2. Rueda de presentación de los asistentes. Nombre, edades.

Objetivo: Indagar qué saben y qué opinan los jóvenes acerca de temas relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva.

1. Cómo obtienen información sobre anticoncepción (QA P2):
 - a. Cómo creen que llegaron a saber lo que saben.
 - b. Si tienen que buscar más información a dónde /quién acuden? (Médico, Hospital / Centro de Salud, Familia, amigos, escuela, farmacia)
2. La escuela les brinda información sobre salud sexual? Les gusta / están de acuerdo con la manera en que lo hace?
3. Les parece que sirve / es efectiva?
4. Les parece que debería ser de otra manera?
5. Creen que la escuela actúa distinto respecto de varones y mujeres sobre estos temas?
6. Nuestra investigación viene indicando que los varones y las mujeres no saben las mismas cosas sobre esta temática:
 - a. Deberían saber las mismas cosas?
 - b. Porqué creen que sucede esto?
 - c. Hay cosas de / para varones y otras de / para mujeres? (salud femenino – sexualidad masculino?).
7. Conocimiento vs usos de MAC
 - a. Qué métodos anticonceptivos conocen?
 - b. Cuáles creen que son los más usados?
 - c. El preservativo se usa siempre? Y desde el inicio de la relación sexual?
 - d. Quién se encarga de conseguir / comprar un test de embarazo?
 - e. Qué saben sobre Anticoncepción Hormonal de Emergencia?
8. En qué ocasiones asisten a Hospitales o Centros de Salud? Indagar Porqué sí y por qué no (QA – p3 y p4).
 - a. Y para obtener información?
 - b. Conocen si existen espacios ahí que informen? Qué brinden atención? Que den MAC? (Colocación de DIU? Realización de test de VIH? Entrega de anticoncepción de emergencia? Anticoncepción oral / pastillas?)
9. Se puede acceder a todos estas cosas yendo solo y siendo menor de edad (QA - p5 Y p6)?

Métodos anticonceptivos quirúrgicos en un hospital privado de comunidad

Autores:

Ciarmatori S⁽¹⁾, Velazco A⁽²⁾, Izbizky G⁽³⁾, Rey Valzacchi G⁽⁴⁾, Orti M⁽⁵⁾

Introducción

Los métodos anticonceptivos quirúrgicos – ligadura tubaria (LT) y vasectomía- constituyen unas de las formas de anticoncepción más utilizadas en países desarrollados desde hace varias décadas. En nuestro país, fueron aprobados en agosto del año 2006, por la ley 26130. Dicha ley establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud, pudiendo acceder a las mismas toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado, que debe quedar correctamente documentado en la historia clínica. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, en cuyo caso es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquélla. Así mismo establece que dichos procedimientos deben ser realizados sin cargo para el requiriente en los establecimientos del sistema público de salud y también para los agentes de salud contemplados en la Ley 23.660, las organizaciones de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, quienes tienen la obligación de incorporar estas intervenciones médicas a su cobertura de modo tal que resulten totalmente gratuitas. En cuanto a la objeción de conciencia la ley remarca que toda persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia pero ésta no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial, quienes están obligados a dar respuesta a dicha solicitud. ^(1,2)

La esterilización femenina es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mundo, elegido por el 19% de las mujeres entre 15 a 49 años casadas o con una unión estable. Su utilización es mayor en Asia (23,4%), Latino América y el Caribe (26%) y menor en África (1,7%) y Europa (3.8%) ^(3,4) En los Estados Unidos, la esterilización femenina ocupa el segundo lugar en frecuencia dentro de los métodos más elegidos por las mujeres, con una prevalencia de un 25,1% dentro de las opciones anticonceptivas, representando a un 15,5% de las mujeres entre 15 y 44 años. Ocupando el primer lugar está la anticoncepción oral con una prevalencia de un 25,9% representando a un 16% de mujeres en edad reproductiva. ⁽⁵⁾

La única indicación para la esterilización quirúrgica es el deseo de la mujer, es por ello que su decisión basada en su autonomía debe estar acompañada de una correcta consejería. Las mayores tasas de elección de este método se encuentran entre las mujeres con mayor paridad, mayor edad y pareja estable, siendo mayor a su vez en la población con menos recursos económicos y nivel educativo.

Si bien no contamos con estadísticas en nuestro país, en Estados Unidos, en el año 2006 se realizaron aproximadamente 643.000 ligaduras tubarias, donde la esterilización del intervalo mostró un descenso del 12% entre los años 1995 y 2006 mientras la esterilización durante el postparto se mantuvo estable con una incidencia de entre un 8 a 9 % de todos los nacidos vivos ⁽⁶⁾. Era de suponer que con la ley del 2006, que facilitaba en forma gratuita los procedimientos

quirúrgicos, su demanda iba a aumentar, sin embargo, sin contar con estadísticas oficiales, no impresiona ser uno de los métodos anticonceptivos más elegidos.

Objetivo:

El objetivo del siguiente trabajo es describir las variaciones en la frecuencia anual de los métodos anticonceptivos – Ligadura tubaria (LT) y vasectomía- desde que se implementó su práctica como forma de contracepción, en un Hospital Privado de Comunidad, el Hospital Italiano de Buenos Aires

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de cohorte. Se seleccionaron todos los pacientes a quienes se les hubiera practicado un método anticonceptivo quirúrgico (LT o vasectomía) de agosto 2006 a diciembre 2014, en el Hospital Italiano de Bs. As (HIBA). En el caso de las LT, se consignó el tipo de LT: obstétrica (LTo) o del intervalo (LTi). Para las LTi se utilizó coagulación bipolar por vía laparoscópica y en las LTo, la técnica de Pomeroy modificada en la cesárea. Todos los pacientes fueron debidamente asesorados previamente al procedimiento y firmaron consentimiento informado

Resultados

Durante el periodo evaluado se efectuaron en el HIBA un total de 509 procedimientos anticonceptivos quirúrgicos: 95 LTi (18,7%), 341 LTo (67%) y 71 vasectomías (14,3%) (Fig 1). El número de procedimientos que se realizaron de cada tipo, en cada año, se muestra en la tabla 1 (ver tabla 1)

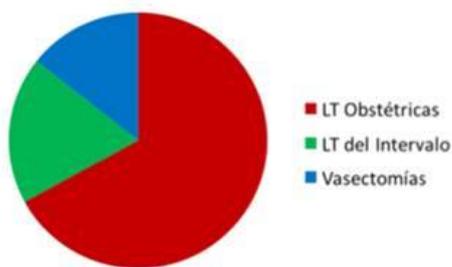


Fig 1

Año	LT o	LT i	Vasectomías	TOTAL	% LT o	% LT i	% Vasectomías
2006	3	0	0	3	100,0%	0,0%	0,0%
2007	9	6	1	16	56,3%	37,5%	6,3%
2008	25	9	2	36	69,4%	25,0%	5,6%
2009	40	18	3	61	65,6%	29,5%	4,9%
2010	44	13	11	68	64,7%	19,1%	16,2%
2011	52	8	10	70	74,3%	11,4%	14,3%
2012	47	14	7	68	69,1%	20,6%	10,3%
2013	63	15	23	101	62,4%	14,9%	22,8%
2014	58	12	16	86	67,4%	14,0%	18,6%
TOTAL	341	95	73	509	67,0%	18,7%	14,3%

Tabla 1

Proporción de los diferentes métodos quirúrgicos N° de procedimientos realizados y proporciones, por método, por año

La proporción de LTi en relación a las LTo fue un poco menor al 20 %, en coincidencia con lo reportado en la literatura. La realización de LTo ha mostrado una franca tendencia en aumento a lo largo de todo el periodo de estudio. Sin embargo, tanto para la LTi como para la vasectomía, después de mostrar un incremento en los primeros años, se observa una tendencia mucho más estable en su frecuencia (Figura 2).

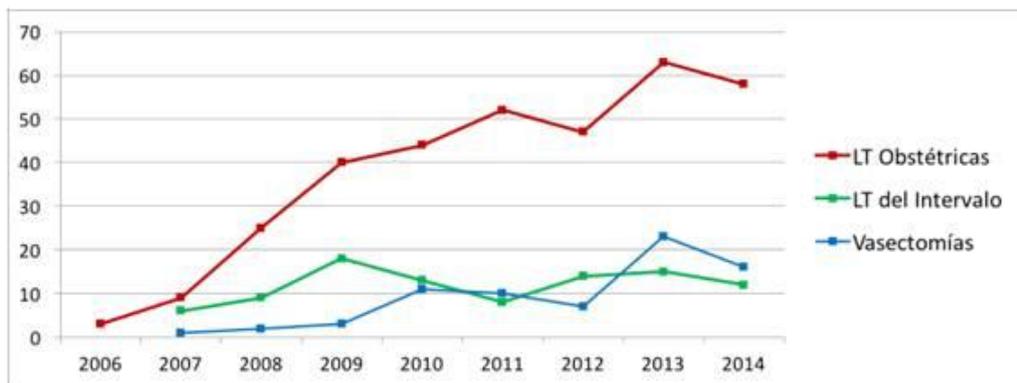


Figura 2. Frecuencia de los diferentes métodos quirúrgicos, año a año

Conclusiones

La LT y la vasectomía fueron aprobadas legalmente en nuestro país en el año 2006. Si bien los métodos quirúrgicos están dentro de los métodos más elegidos en los países desarrollados, en la Argentina no se cuenta con una estadística que muestre su elección en nuestra población. Antes de su aprobación, se sospechaba que existiría una gran demanda de los mismos; sin embargo, posterior a su legalización, la demanda no pareció ser tan importante, al menos en nuestra población estudiada. A pesar de haberse facilitado el acceso a las distintas opciones de anticoncepción quirúrgica, la LT obstétrica continúa siendo el método quirúrgico más elegido. Sería interesante investigar si el tipo de población atendida en nuestro hospital (población de nivel socio económico medio principalmente) ha influido en los resultados encontrados.

Bibliografía

1. Ley 26.130 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina Agosto 2006
2. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Anticoncepción Quirúrgica Mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, Mayo 2008
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Contraceptive Patterns 2013. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsW all2013.pdf>
4. Jones J, Mosher W, Daniels K. Current Contraceptive use in the United States, 2006-2010, and changes in patterns of use since 1995. Natl Health Report 2012
5. Daniels K, Daugherty J, Jones J, Mosher W. Current Contraceptive Use and Variations by Selective Characteristics Among Women Aged 15-44: United States, 2011-2013. Natl Health Stat Report 2015
6. Chan LM, Westhof CL, Tubal Sterilization Trends in the United States. Fertil Steril 2010; 94:1

Autores

- 1-Médica Servicio de Ginecología- Jefa Sección Planificación Familiar-Hospital Italiano Bs As- Presidente AMAdA
 - 2-Médica Servicio de Ginecología- Subjefa de Servicio- Sección Planificación Familiar-Hospital Italiano de Bs As
 - 3- Médico Servicio de Obstetricia- Subjefe del Servicio- Hospital Italiano de Bs As
 - 4- Médico Servicio de Urología- Sección Andrología- Hospital Italiano de Bs As
 - 5- Médica Servicio de Ginecología- Sección Planificación Familiar- Hospital Italiano Bs As
- Mail: mariela.orti@hoapitalitaliano.org.ar

Dispositivo Liberador de Levonorgestrel: ¿Cuál es su Lugar en el Sangrado Uterino Anormal?

Autor

Dr. David Escobar Paredes
Cirugía Endoscópica Ginecológica
Profesor Adjunto Universidad de Chile
FACOG, MBA© en Salud
daescobarp@gmail.com

Introducción

Las alteraciones en el sangrado menstrual tienen sus definiciones precisas, pero no existe un término apropiado para el concepto general. Si bien estas alteraciones podrían semánticamente ser denominadas como metrorragia, este término se asocia equivocadamente con cantidad. Es por esto que en la literatura extranjera se utiliza el concepto de Abnormal Uterine Bleeding (AUB), Sangrado uterino anormal (SUA), para englobar a todas las alteraciones de frecuencia y cantidad en relación a flujo rojo, excluyendo causas relacionadas con embarazo y patología de cuello uterino. Recientemente la FIGO ha adoptado la terminología (PALM-COEIN) para agrupar todas las entidades etiológicas del SUA ⁽¹⁾

El SUA constituye uno de los principales motivos de consulta en ginecología y es responsable de una importante proporción de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos que la mayoría de las veces culmina en la histerectomía. La histerectomía es una solución definitiva, aunque no siempre justificada, pues es conocido que al revisar las piezas quirúrgicas enviadas a anatomía patológica solo en un 50 % de ellas se observa evidencia de enfermedad orgánica.

En EEUU se realizan 600.000 histerectomías anuales. Se estima que en este país, un 35 % de las mujeres están histerectomizadas antes de los 65 años contrastando por ejemplo con el 15 % de mujeres histerectomizadas antes de los 70 años en Italia, país que cuenta con un sistema de salud más social, lo que hace evidente también un trasfondo económico en la toma de decisiones.

En la última década se han sumado nuevas alternativas, tanto para mejorar el diagnóstico como para ofrecer tratamientos médicos y quirúrgicos más racionales que ayuden en su conjunto a evitar histerectomías innecesarias. Esta propuesta pretende presentar ordenadamente las alternativas hoy disponibles y mostrar una sugerencia de algoritmo de manejo del SUA.

Diagnóstico en SUA

La clínica, ecotomografía transvaginal (ECO TV) y estudio histológico de material endometrial obtenido mediante legrados uterinos han demostrado con el paso del tiempo ser insuficientes para tomar una conducta correcta respecto al SUA. Ejemplo de esto es el alto porcentaje de falsos positivos de la ECO TV en el diagnóstico de patología endouterina ⁽²⁾ y el alto porcentaje de posibles falsos negativos del legrado uterino. La ECO TV tiene un rol indiscutido en la ginecología pero no siempre es capaz de identificar patología intracavitaria focal. Respecto al legrado uterino debemos recordar que es solamente una toma de muestra endometrial, es un procedimiento ciego, y que en el 60 % de los casos solo se logra legrar menos del 50 % de la superficie de la

cavidad endometrial. Además, de las muestras obtenidas hasta un 30 % es insuficiente para diagnóstico anatomopatológico(3). Estas situaciones evidencian la necesidad contar con nuevos elementos de apoyo al diagnóstico del SUA.

El desarrollo de ópticas y su utilización en otras áreas de la medicina hicieron posible la incorporación de la histeroscopia como una importante herramienta en la evaluación y tratamiento de la paciente con SUA. En efecto, con la histeroscopia diagnóstica (HCP) se logra una óptima visualización de la cavidad uterina, y de esta forma es posible establecer con una alta probabilidad la causa del SUA. Los informes histeroscópicos son sugerentes de una determinada patología, pues es la histología quien continua entregando la certeza diagnóstica. La HCP siempre debe ir acompañada de una biopsia dirigida, con la sola excepción de la Atrofia Endometrial. La HCP ha demostrado ser un examen confiable, con pocas contraindicaciones y complicaciones, y que entrega valiosa información en problemas ginecológicos frecuentes. En la actualidad, gracias a la introducción de ópticas más finas (2,9 mm), es posible contar con histeroscopios con canal de trabajo los cuales no superan los 5 mm de diámetro y que permiten entre otras cosas: toma de muestras directas para el estudio histológico, resección de pequeños pólipos endometriales, cateterización tubaria para esterilización, lisis de sinéquias y extracción de DIU.

La ultrasonografía, por su parte, también ha logrado notables avances. El primero de ellos es el aporte de la histerosonografía (HSG), la cual al distender la cavidad uterina y separar las paredes aumenta notablemente sus resultados diagnósticos acercándola a la histeroscopia, sobretodo en diagnósticos de pólipos y miomas, aunque difícilmente en anomalías endometriales menos aún en aquellas focales. El uso de la ecotomografía tridimensional (ECO 3D) también es un aporte interesante en el diagnóstico de causas orgánicas del SUA aunque sin duda es la histerosonografía tridimensional (HSG 3D) la cual podría igualar la sensibilidad y especificidad de la HCP. No obstante lo anterior, es importante resaltar que el gold standard para todos estos procedimientos diagnósticos sigue siendo la anatomía patológica, y que para establecer la capacidad diagnóstica de cualquiera de ellos es fundamental determinar la forma en que se obtiene el material para estudio histológico y así evitar las disparidades de resultados que se observan en la actualidad. Si la HCP es o no superior a HSG, ECO 3D o HSG 3D en el diagnóstico de patología endouterina, no debe ser materia de discusión, pues todos estos exámenes persiguen el mismo objetivo, identificar patología focal. Su utilización dependerá de los medios y experiencia disponibles en cada centro.

Tratamiento en SUA

Una vez realizada la evaluación diagnóstica señalada -excluidas las neoplasias cuyo tratamiento escapa a los objetivos de esta propuesta- los caminos terapéuticos son tres: Tratamiento farmacológico en base a cualquiera de las alternativas actuales; Tratamiento quirúrgico ablativo focal (cirugía conservadora); y Tratamiento quirúrgico no conservador, básicamente hysterectomía en cualquiera de sus formas.

Tratamiento farmacológico: Existen distintas alternativas, todas ellas comparadas en múltiples publicaciones, existiendo revisiones en el Cochrane que esclarecen las mejores opciones para el manejo. En estas publicaciones se ha establecido que el uso de ácido tranexámico provoca una mayor reducción en las mediciones objetivas del SUA en comparación a placebo u otros tratamientos médicos -específicamente antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y progestágenos cíclicos- además de provocar menos efectos colaterales. Los AINEs reducen significativamente el SUA en comparación a placebo, pero son menos eficaces que antifibrinolíticos, y sin diferencias al compararlos con anticonceptivos (ACOs) y progestágenos cíclicos. Los progestágenos cíclicos, administrados desde el día 15 o 19 hasta el 26, no ofrecen ventajas sobre ACOs y AINEs y solo

tendrían utilidad en el manejo a corto plazo del SUA. No existen revisiones en relación a progestágenos de depósito que si tienen importancia en el tratamiento de hiperplasias endometriales sin atipias ^(4, 5, 6).

Mención aparte merece la utilización del dispositivo intrauterino con 52 mg de levonorgestrel en su rama vertical, que libera 20 microgramos de esta progestina diarios por al menos 5 años (DIU-LNG, Mirena®, Bayer S.A.). Si bien es un DIU con indicación de anticonceptivo, produce una intensa atrofia endometrial mediante la reducción de la expresión de los receptores de estrógenos y progesterona endometriales, entre alguno de los mecanismos comprobados. Numerosas publicaciones internacionales y algunas nacionales ^(7, 8) demuestran su utilidad en el manejo del SUA. De acuerdo a revisiones recientes, el DIU-LNG es superior al tratamiento con progestágenos cíclicos, y superior a los otros tratamientos médicos en el largo plazo considerando las pérdidas hemáticas y la satisfacción de la usuaria ⁽⁹⁾. El DIU-LNG tiene esta segunda indicación (SUA) aprobada en más de 110 países. EL DIU-LNG es la primera elección en SUA en guías NICE del Reino Unido, demostrando además la mejor relación costo-efectividad en el manejo del SUA. ⁽¹⁰⁾

Existe un grupo especial de pacientes en las cuales la indicación del DIU-LNG es perentoria: pacientes de alto riesgo quirúrgico. Al respecto es interesante mencionar nuestra experiencia ⁽⁸⁾ con la utilización de este DIU, con criterios específicos (Tabla 1), como alternativa a la histerectomía en este grupo de pacientes (ASA 2 y 3). En ella se usa DIU-LNG en cardiópatas, nefrópatas, trastornos de coagulación, obesas mórbidas, demostrando una objetiva disminución de la metrorragia de acuerdo a Pictorial Charts ⁽¹¹⁾ utilizando como índice de menorragia un score mayor a 185 puntos. Este hecho es de gran importancia considerando las distintas frecuencias de mortalidad perioperatoria reportadas en relación a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia.

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión de DIU-LNG en SUA

Criterios para el uso de SIU-LNG en pacientes con Sangrado Uterino Anormal	
CRITERIOS DE INCLUSION	CRITERIOS DE EXCLUSION
Utero < 12 semanas al tacto	Cáncer ó HE con Atipias
Histerometría < 10 cm	Mioma que deforma cavidad
Utero < 12 cm longitud x ECO	Mioma (s) > 3 cm
Categoría 1-2 OMS	Categoría 3-4 OMS

Tratamientos quirúrgicos conservadores: Hasta 30 % de los SUA son causados por Pólipos Endometriales (PE) o Miomas Submucosos (MS) y es por esto que es el resectoscopia el instrumento central en el manejo quirúrgico conservador del SUA. La resección histeroscópica es la intervención quirúrgica menos invasiva y de más rápida recuperación en SUA, con tiempos quirúrgicos promedio que difícilmente exceden los 30 minutos. Sus resultados a largo plazo son excelentes y sin duda pueden evitar muchas histerectomías que en estos casos claramente es un sobre-tratamiento ⁽¹²⁾.

Otra posibilidad quirúrgica que ofrece la histeroscopia quirúrgica es la Ablación o Resección Endometrial (RE) que consiste en la remoción del endometrio y miometrio superficial. Está indicada en mujeres con paridad completa, refractarias a tratamiento médico, en úteros de mediano volumen y sin patología neoplásica. Esta técnica en manos competentes resulta exitosa en el manejo del SUA en el 90 % de los casos ⁽¹³⁾.

Existen otros métodos ablativos puros: Ablaciones con Laser-técnica touch y non touch- y la Ablación con roller ball, que en conjunto con la RE son denominados métodos ablativos de primera generación. Si bien sus resultados son similares, la RE tiene la gran ventaja de proveer mucho material el cual puede ser estudiado histológicamente a diferencia de los otros métodos ablativos. La gran desventaja de los tres es que requieren de experiencia. Por esta razón se idearon otros métodos con curva de aprendizaje menor: Ablación térmica, Ablación con radiofrecuencia y Crioablación (métodos ablativos de segunda generación). Estos últimos son más fáciles de realizar, requieren de menor experiencia endoscópica pero sus resultados no superan a la RE, la cual sigue siendo el gold standard de acuerdo a revisión del Cochrane ⁽¹⁴⁾.

Una revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados comparó la ablación con el DIU-LNG para el tratamiento de mujeres con SUA. A los 6 meses, el DIU-LNG había reducido la pérdida sanguínea tanto como la ablación, y las reducciones persistieron a los 12 y 24 meses. La tasa de fallas fue similar y ambos métodos produjeron mejorías similares en la calidad de vida. Sin embargo, las usuarias del DIU-LNG no necesitaron otro método anticonceptivo por separado ⁽¹⁵⁾. Considerando que el DIU-LNG tiene la misma efectividad que los métodos ablativos de endometrio con la ventaja adicional de ofrecer anticoncepción y mejor relación costo-efectividad, se excluyen de esta propuesta de manejo los métodos ablativos endometriales.

Tratamiento quirúrgico no conservador: 20 años atrás este consistía básicamente en la Histerectomía Abdominal (HA) y la Histerectomía vaginal (HV), siendo esta última reservada solo para aquellas pacientes con prolapso genital completo. Desde entonces se comenzó a realizar la HV en pacientes sin prolapso, renovándose el interés por la cirugía vaginal. Contemporáneamente irrumpe la Laparoscopia en Ginecología. A finales de los 80 se publica la primera Histerectomía por vía laparoscópica (HL) y de ahí en adelante sus variaciones por ej. Histerectomía Vaginal asistida por Laparoscopia (HVAL). Una variante de la HA clásica es la HA por minilaparotomía utilizando un anillo de silicona que separa atraumáticamente los tejidos. Este anillo diseñado para minilaparotomías (3 a 9 cm) permite un campo operatorio reducido, pero óptimo para cirujanos experimentados.

El ACOG sugiere que la vía para realizar una histerectomía debe ser acorde a las características de la paciente y a la experiencia del cirujano. Sin embargo, de acuerdo a las casuísticas publicadas por diferentes grupos de trabajo, ha sido solo la experiencia del cirujano la que ha prevalecido en la toma de decisión, motivando la necesidad de comparar los resultados de cada técnica evaluando distintos parámetros. De esta manera se han realizado muchas publicaciones las cuales fueron revisadas ⁽¹⁶⁾ y en donde -luego de evaluar recuperación, complicaciones, satisfacción de la paciente y gastos asociados- se concluye que toda vez que es posible se debe realizar una HV, en segunda opción HVAL y finalmente HA. La HVAL tiene un rol como ayuda a una HV,

sobretudo en pacientes con cirugías previas, historia de dolor pélvico crónico o cuando se desee realizar SOB. No obstante, se reconoce la existencia de grupos quirúrgicos con gran experiencia en HL que pueden demostrar similares resultados con excepción de los costos asociados.

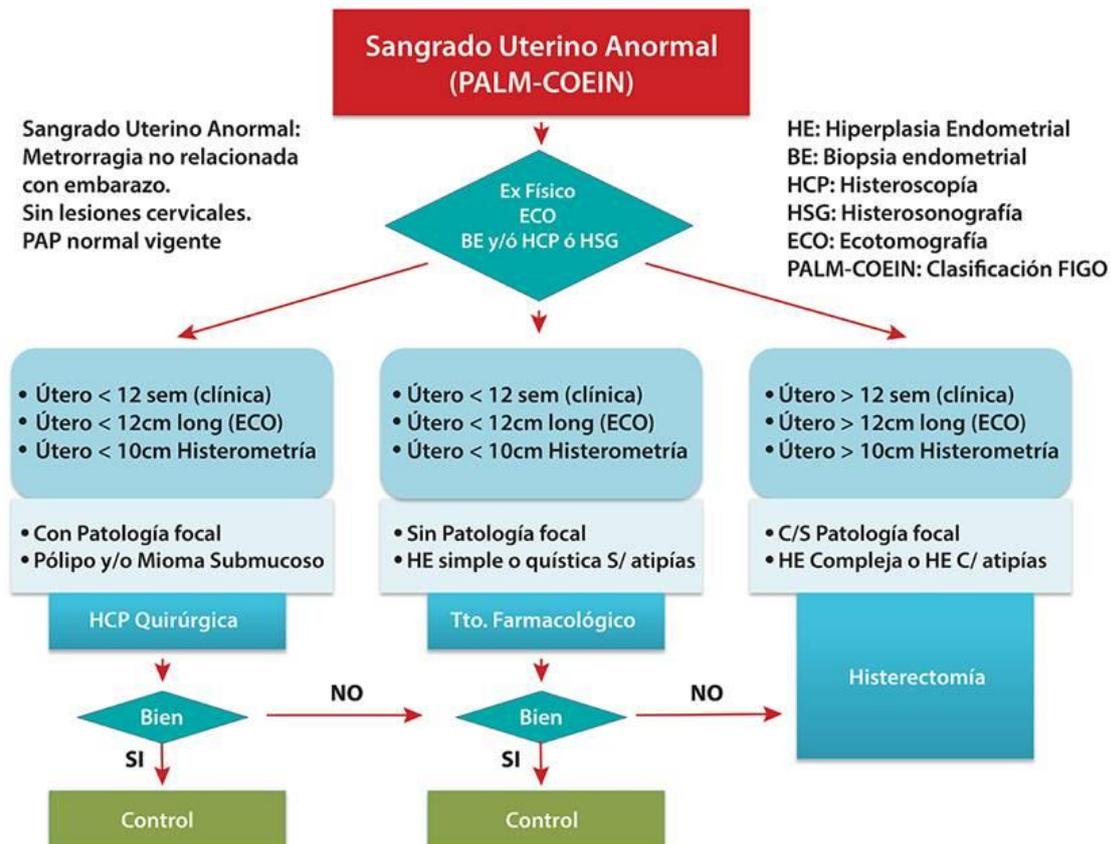
Otro aspecto interesante, y que ha sido motivo de discusión, es el referido a la Histerectomía Subtotal (HS). Esta cirugía tiene como gran ventaja -al compararla con HA total- que tiene menos complicaciones: daño ureteral, vesical, hemorragias y posibilidad de transfusión e infecciones además de ofrecer no dañar estructuras de sostén y piso pélvico, evitando prolapsos e incontinencia de orina de esfuerzo. Como no acorta vagina y no deja una cicatriz en ella, también era posible plantear que aquellas pacientes sometidas a esta cirugía tendrían mejor calidad en su actividad sexual, comparadas con aquellas sometidas a una HA total. Sin embargo una revisión del Cochrane en este sentido ⁽¹⁷⁾, demuestra que no existen diferencias entre la HA total e HS al evaluar parámetros urinarios, digestivos y sexuales. Es decir la indicación actual de la Histerectomía Subtotal es solamente evitar complicaciones en pacientes que ofrecen mayor dificultad desde el punto de vista técnico.

Propuesta de manejo del SUA (Algoritmo)

El esquema propuesto aplica para aquellas mujeres con SUA mayor a 3 meses, de acuerdo a recomendación FIGO. Debe considerarse en todo momento los deseos de fertilidad futura de la paciente. Se debe comenzar con evaluación clínica completa y estudio básico hematológico para ver repercusión del SUA en hematocrito-hemoglobina y descarte de coagulopatías. En líneas generales, es indispensable en la evaluación identificar a aquellas mujeres con patología orgánica focal para ofrecerles un tratamiento acorde. Si esto no se logra, se debe continuar con los tratamientos farmacológicos validados en la actualidad, con plazos determinados. Si este manejo fracasa se debe continuar con las alternativas quirúrgicas: Histerectomía, de preferencia por vía vaginal.

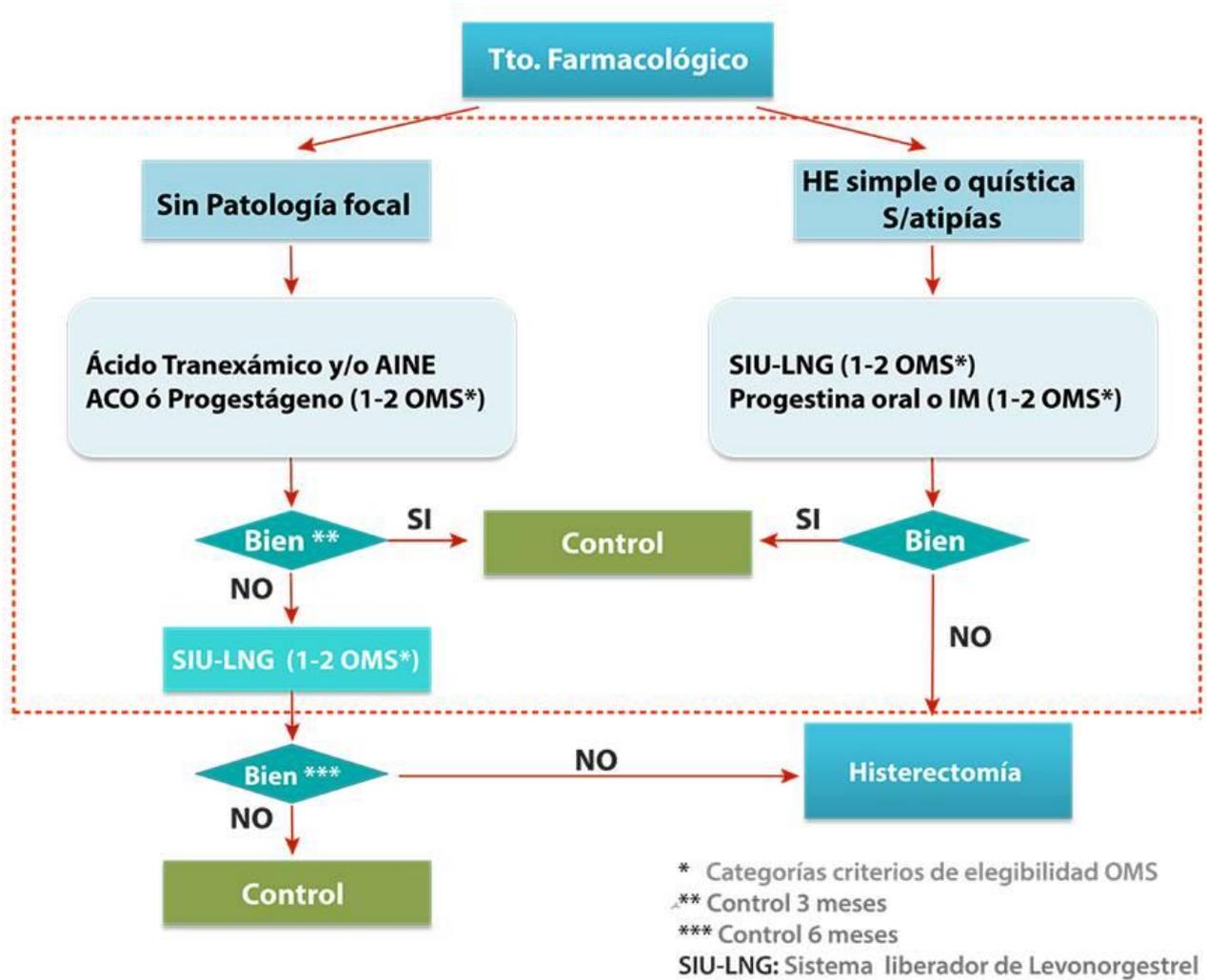
Desde el punto de vista diagnóstico, el manejo actual involucra la evaluación clínica acompañada de una ECO TV, HCP y biopsia directa o dirigida. Si no se cuenta con HCP debe realizarse una HSG y toma de biopsia dirigida. Otra buena alternativa es evaluación clínica más ECO 3D con biopsia dirigida o bien evaluación clínica más HSG 3D con su respectiva biopsia. Este manejo permite identificar las causas focales del SUA y por lo tanto seleccionar a aquellas pacientes que se beneficiarán de un tratamiento conservador. (Figura 1)

Figura 1 Algoritmo de tratamiento SUA



El tratamiento de SUA con medicamentos está indicado en úteros de mediano tamaño, en los cuales no se ha identificado una patología focal, con excepción de hiperplasias endometriales sin atipias. De acuerdo a la evidencia existente, la primera opción de tratamiento es ácido tranexámico en episodios puntuales o DIU-LNG como tratamiento prolongado. Como segunda opción es posible utilizar AINE o ACO o progestágenos de depósito, este último en caso de hiperplasia endometrial sin atipia. Si se inicia tratamiento con ácido tranexámico, ACO y/o AINE, se debe evaluar en tres meses. Si no hay mejoría y se cumplen los criterios de inclusión y exclusión, se debe continuar con DIU-LNG. Los resultados del DIU-LNG, siempre y cuando las condiciones de la paciente lo permitan, no deben ser evaluados antes de 6 meses. Si estos tratamientos y tiempos planteados no logran controlar adecuadamente el SUA es necesario continuar con las alternativas siguientes. (Figura 2)

Figura 2 Tratamiento farmacológico en SUA



El manejo quirúrgico conservador está centrado en el uso del resectoscopio como tratamiento de tumores intracavitarios en úteros de mediano volumen. Posterior a esta cirugía se evalúan resultados y en caso de persistencia de SUA se maneja con tratamiento farmacológico siguiendo esquema del párrafo anterior, incluida la posibilidad del DIU-LNG. Puesto que los tumores intracavitarios aumentan el riesgo de expulsión de DIU-LNG es conveniente primero la resección de ellos vía histeroscópica.

La histerectomía es el tratamiento definitivo del SUA. Sin embargo, es un procedimiento quirúrgico que implica diversos riesgos. Para llegar a cualquiera de las alternativas de histerectomía es necesario tener una apropiada indicación y cumplir con el manejo propuesto, con excepción de úteros de gran volumen o numerosos miomas sintomáticos los cuales no responderán a tratamientos médicos o cirugías conservadoras. (Figura 3, 4)

Figura 3. Tratamiento quirúrgico no conservador en SUA

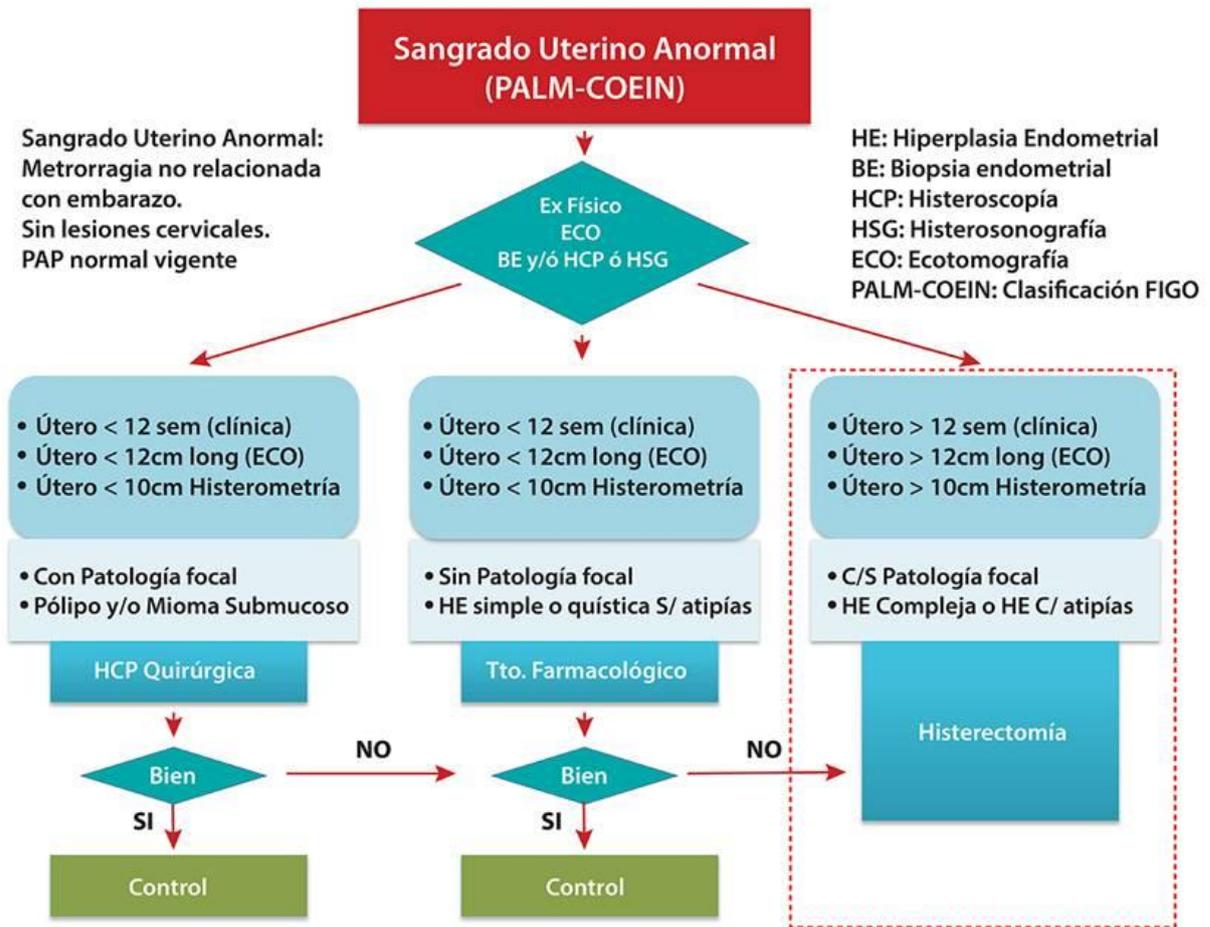
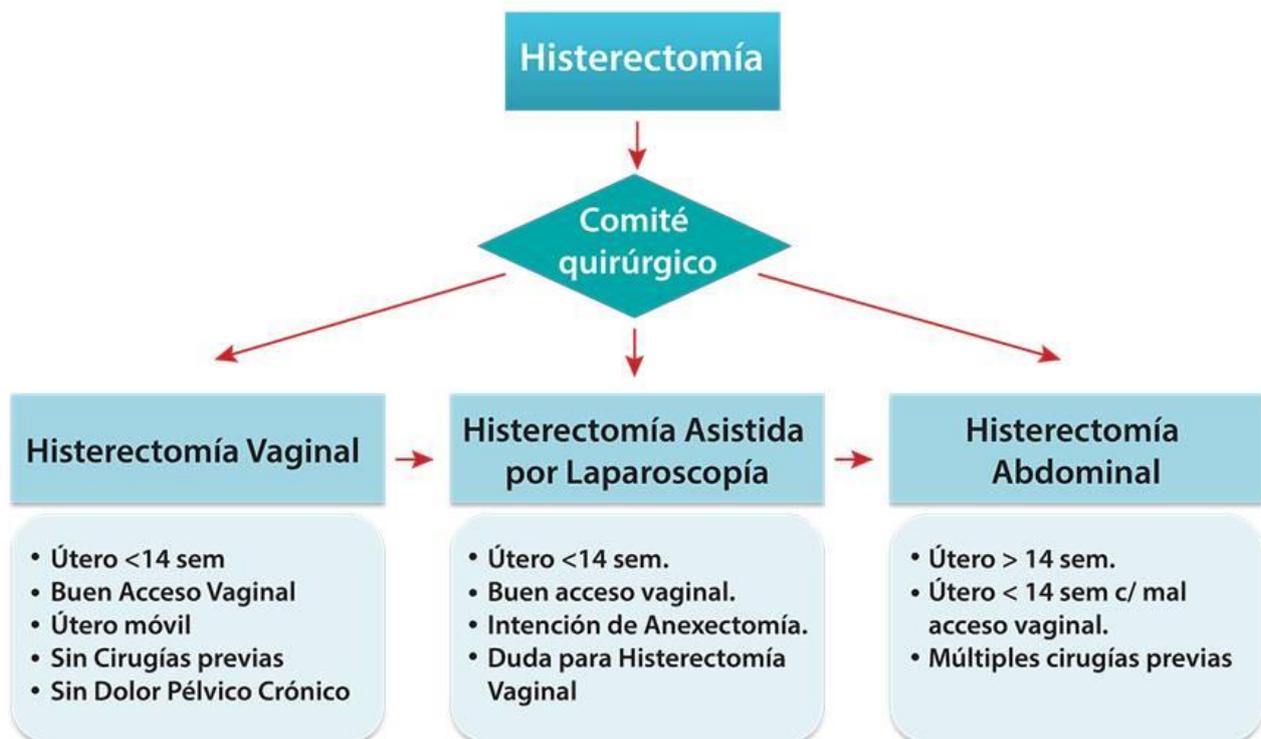


Figura 4 Vía de la Histerectomía



Análisis fármaco-económico del DIU-LNG en el manejo del SUA

El análisis costo efectividad (ACE) es una herramienta central en las estrategias de micro-gestión de la oferta, que adquiere gran relevancia en la contención de costos en salud, gran preocupación de los Sistemas de Salud a nivel mundial.

Un ACE comienza con el enunciado del problema, para luego continuar con una exhaustiva revisión de los resultados de las alternativas a comparar, obtenidos de medicina basada en evidencia. Posterior a ello se realiza la recopilación de datos con miras a obtener el costo de las intervenciones, se establece la relación costo/efectividad, se realiza análisis de sensibilidad para comprobar resultados, y finalmente se elaboran las conclusiones y recomendaciones. Lo que busca el ACE no es necesariamente que se gaste menos, sino que se gaste mejor. Busca la eficiencia del gasto en relación a los resultados.

Las cuatro metodologías básicas del ACE son: costo-minimización, costo- efectividad propiamente tal, costo-utilidad y costo-beneficio.

En el ACE costo-minimización solo se comparan costos, y es posible realizarlo siempre y cuando los resultados a comparar de las alternativas sea el mismo. Como los resultados son los mismos solo se opta por elegir aquella alternativa de menor costo. Por esta razón su aplicación es muy limitada. En las tres metodologías restantes se incorpora la variable resultado creando los cuadrantes del ACE (Figura 5).

Figura 5 Plano del análisis costo efectividad



Las intervenciones médicas (tratamiento, cirugía, etc.) menos costosas y más efectivas son llamadas Dominantes frente a la alternativa comparada y deben ser incorporadas sin mayor análisis. Las intervenciones más costosas y menos efectivas son llamadas Dominadas y deben ser

excluidas sin mayor análisis. Las menos costosas pero menos efectivas (Cuestionable) y las más costosas pero más efectivas, son las que justifican un ACE detallado.

En el ACE, costo-efectividad, se dividen los costos expresados en \$ por el resultado expresado en unidades naturales (por ejemplo, éxito de un determinado tratamiento, número de embarazos evitados, número de histerectomías evitadas, etc). Permite evaluar distintas alternativas con distintos resultados.

En el ACE, costo-utilidad, se dividen los costos expresados en \$ por el resultado expresado en medidas de utilidad. La medida de utilidad más ampliamente usada es el QALY (Quality Adjusted Life Years) que mide los años de vida ajustados por calidad. Los años de vida se ajustan por un ponderador de calidad el cual se obtiene de cuestionarios validados. El cuestionario más utilizado es el EQ-5D. Un QALY es un año de vida en óptimas condiciones de salud. Este análisis permite comparar alternativas en distintas áreas de la medicina. Por ejemplo se pueden comparar alternativas que generen más QALYs entre distintas especialidades.

En el ACE costo-beneficio, se dividen los costos expresados en \$ por el resultado expresado también en \$. Este es un análisis aún más amplio, que permite comparar en forma intersectorial distintas alternativas o estrategias que pueden ir más allá del ámbito de la salud.

Los resultados pueden estar expresados por su relación costo/efectividad ó mejor aún por ICER (Incremental Cost Effectivity Ratio) que es el índice incremental de las alternativas analizadas, y que se obtiene al restar los costos de las alternativas divididos por la diferencia de los resultados (Figura 6). Las alternativas mejores son aquellas que obtenga un menor ICER en relación a una alternativa estudiada.

Figura 6 Costo-efectividad incremental (incremental cost effectivity ratio)

$$\text{ICER} = \frac{\text{Costo alternativa comparada} - \text{Costo nueva alternativa}}{\text{Resultado alternativa comparada} - \text{Resultado nueva alternativa}}$$

Estudios de ACE con DIU-LNG en el manejo del SUA

Uno de los primeros estudios en que se realiza ACE con DIU-LNG (Mirena®, Bayer) es el publicado por Hurskainen y cols en JAMA 2004 ⁽¹⁸⁾. En este estudio clínico randomizado se evaluó la histerectomía (n=115) versus DIU-LNG (n=117) luego de 5 años de seguimiento, en pacientes en lista de espera para histerectomía, registrando los costos directos e indirectos en cada grupo y los resultados en término de QALYs obtenidas por EQ-5D.

En el análisis de costo se incluyeron los costos directos de uso de servicio hospitalario (costos de la hospitalización, procedimientos, consultas pre y post intervención, y medicamentos) y los costos indirectos (días de enfermedad y pérdida de productividad). Como parte del estudio se incorporaron los costos directos e indirectos relacionados con complicaciones en el grupo de pacientes sometidas a la histerectomía en forma inicial y los costos directos e indirectos por menorragia (consultas, medicamentos, transporte, etc) en el grupo de pacientes con DIU-LNG, en los años de seguimiento.

Del grupo de pacientes con DIU-LNG solo el 42 % de ellas fue histerectomizada finalmente, incorporando los costos de la intervención y sus complicaciones en este grupo. De aquellas que tenían DIU-LNG in situ al cabo de los 5 años, 75% de ellas estaban en amenorrea u oligomenorrea, 19% con sangrado irregular y 6% con sangrado escaso.

Los resultados en términos de QALYs obtenidas por EQ-5D y de satisfacción usuaria, no demostraron diferencias significativas entre los grupos estudiados durante el periodo evaluado. De esta manera y con iguales resultados no se realizó determinación de ICER. Por lo tanto, el análisis realizado es un ACE de tipo costo-minimización. El costo total promedio del grupo de pacientes de DIU-LNG, incluido el costo de la histerectomía en aquellas pacientes sometidas finalmente a esta intervención, fue un 39,5% más bajo que el costo total promedio de las pacientes sometidas a histerectomía como intervención inicial (US\$ 2.817 grupo DIU-LNG versus US\$ 4.660 grupo histerectomía), luego de 5 años de seguimiento.

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), institución dependiente del NHS Británico, publicó en 2007 una extensa revisión ⁽¹⁰⁾, con 606 citas bibliográficas, y un detallado ACE evaluando todas las alternativas existentes para el manejo del Sangrado Menstrual Abundante (SMA). En esta revisión se analizó los resultados publicados para todas las alternativas, y se indexó con su respectivo nivel de evidencia, elaborando pautas con grados de recomendación. Fueron evaluados: ácido mefenámico, ácido tranexámico, anticonceptivos orales combinados, DIU-LNG, métodos ablativos de primera y segunda generación e histerectomía.

En anexo fármaco-económico de estas guías se presenta ACE con una simulación mediante modelo de Markov. Este modelo es ampliamente usado y validado en estudios de costo efectividad y consiste en utilizar algoritmos elaborados por medicina basada en evidencia para el manejo de una determinada patología, con las probabilidades de éxito de cada acción, e introducir un número virtual de pacientes, generalmente 1000, simulando resultados en término de costos y efectividad.

En las guías NICE el ACE se realizó considerando QALYs como resultado. Por lo tanto, este es un estudio costo-utilidad. Destaca de estas guías que todas las alternativas, sean estas tratamientos farmacológicos o quirúrgicos, son dominadas por DIU-LNG. Dicho de otra manera, DIU-LNG está en cuadrante dominante: es menos costoso y más efectivo. De acuerdo a la conclusión de estas guías, es el tratamiento de primera línea del SMA (Tabla 2)

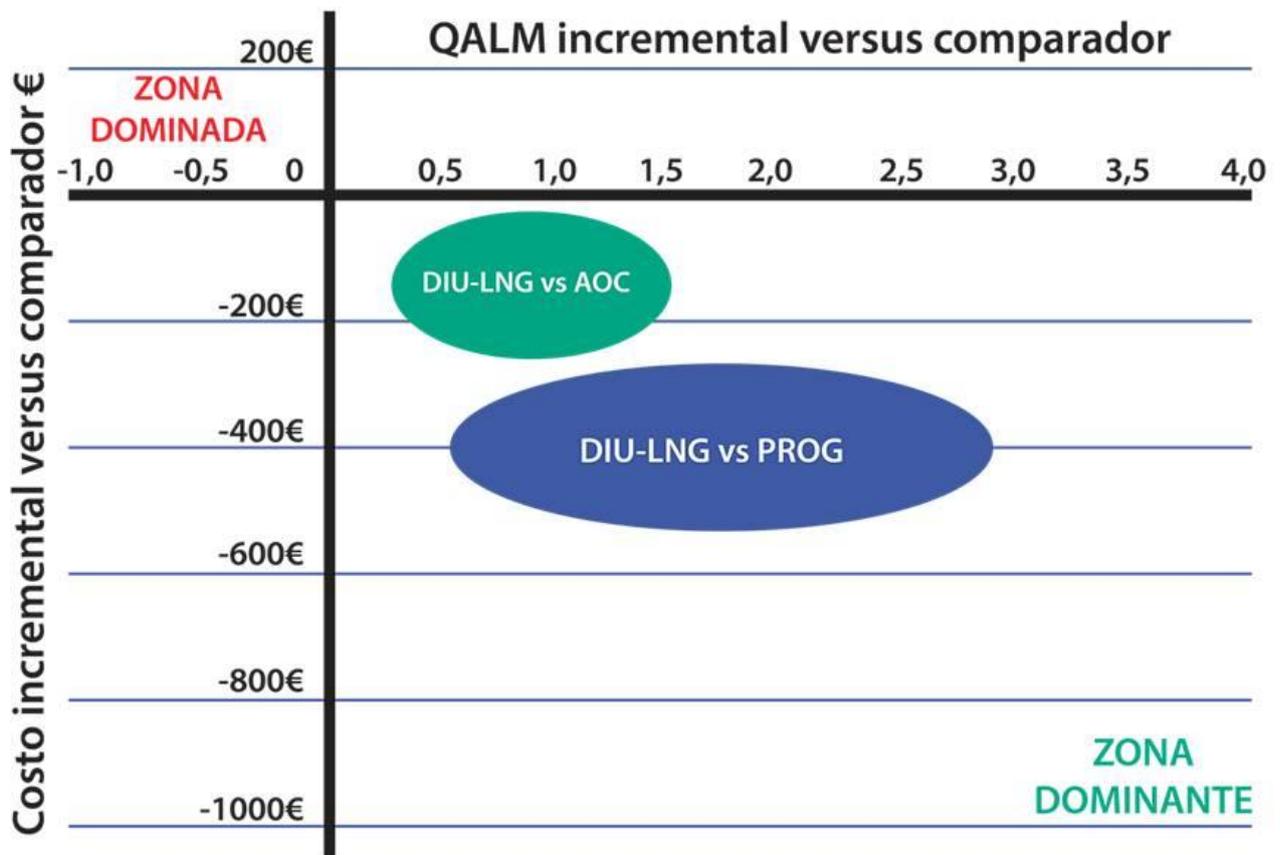
Tabla 2 Resumen de ACE de todos los tratamientos para Sangrado Menstrual Abundante en 1000 mujeres en 5 años. NICE 2007

Tratamiento	Costo total Libras (£)	Efecto total (QALYs)	Costo-Utilidad (£/QALYs)	ICER (£/QALYs)
Sin tratamiento	24.000	2.444,82	9,82	---
DIU-LNG	1.177.910	3.818,89	308,43	840
Acido tranexámico	1.490.387	3.751,07	397,33	Dominado por DIU-LNG
Acido mefenámico	1.529.051	3.699,38	413,37	Dominado por DIU-LNG
AOC	1.714.601	3.610,71	474,83	Dominado por DIU-LNG
Cirugía	1.642.623	3.596,81	456,66	Dominado por DIU-LNG

Una publicación española ⁽¹⁹⁾, del tipo costo-efectividad y también del tipo costo-utilidad, usando modelo de Markov, con cohorte hipotética de pacientes y evaluando a anticonceptivos orales combinados (AOC), progestágenos cíclicos (PROG) y DIU-LNG en el SMA, con un horizonte de 5 años, demostró la dominancia de DIU-LNG en relación a las otras dos alternativas farmacológicas. Las medidas naturales de efectividad utilizadas fueron: meses libre de síntomas (SFM) y meses logrados sin cirugía (SuFM). La medida de utilidad usada fue una derivación del QALY, que en vez de ser años ajustados por calidad de vida fue de meses ajustados por calidad de vida (QALMs) obtenidas por encuesta tipo EQ-5D, donde 1 QALM es un mes en óptimas condiciones de salud. DIU-LNG resultó dominante sobre AOC y PROG (menos costoso y más efectivo) en las evaluaciones costo-efectividad y costo-utilidad.

Luego de los análisis costo efectividad, se realizó análisis de sensibilidad para la costo-utilidad, demostrándose que aún al cambiar datos sensibles de las variables estudiadas, DIU-LNG continua teniendo la mejor relación costo efectiva (Figura 7). Este trabajo de fármaco-economía coincide con la recomendación de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: DIU-LNG debe ser tratamiento de primera línea en SMA en guías clínicas españolas.

Figura 7 Plano Costo-efectividad de 10.000 pacientes simuladas en estudio español



Resultado de análisis de sensibilidad: DIU-LNG con ICER negativo al compararlo con AOC (casos en óvalo verde). DIU-LNG con ICER negativo al compararlo con PROG (casos en óvalo azul). Adaptado de Lete I. et al. Eur J Obstet Gynecol (2010)

En Chile existen 2 trabajos aún no publicados. En el primero de ellos se realizó un sencillo ACE de DIU-LNG versus Ablación endometrial termal con Thermachoice®⁽²⁰⁾, utilizando la probabilidad de éxito de cada una de las alternativas, obtenida de revisión de literatura (número de histerectomías evitadas como medida natural). Se efectuó simulación con 100 pacientes, determinando costos de cada una, incluyendo su fracaso y posterior histerectomía. En este ACE de tipo costo-efectividad, DIU-LNG demostró tener una mejor relación costo-efectividad: 49% menor al comparar con Thermachoice®. Un segundo trabajo, aún en curso, utilizando también histerectomías evitadas como resultado, es decir nuevamente ACE de tipo costo-efectividad, está demostrando la utilidad clínica y económica de DIU-LNG como alternativa a la histerectomía en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

En conclusión, todos los trabajos análisis costo efectividad de DIU-LNG en SUA, sean costo-minimización, costo-efectividad o costo-utilidad, demuestran en forma coincidente e incuestionable que el DIU-LNG es la mejor alternativa costo-efectiva. Por esta razón, EL DIU-LNG es tratamiento de primera línea en SMA en guías NICE y de Finlandia. Toda esta evidencia debiera ser considerada en nuestros países para mejorar el acceso al DIU-LNG.

Bibliografía

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS for the FIGO Menstrual Disorders Working Group. *Fertile Steril* 2011; 95 (7): 2204-2208.
2. Escobar D, Alvarado C, Bueno F. Análisis comparativo entre ultrasonografía transvaginal e histeroscopia diagnóstica en patología endouterina. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2000; 65(3): 183-187.
3. Smith J, Schulman H. Current dilatation and curettage practice: A need for revision. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 516-518.
4. Lethaby A, Farquhar C, Cooke I. Antifibrinolíticos para el sangrado menstrual abundante (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006.
5. Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Fármacos antiinflamatorios no esteroideos para la menorragia. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006.
6. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Progestágenos cíclicos para el sangrado menstrual abundante. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006.
7. Valdés P, Sánchez R. Dispositivos intrauterinos con levonorgestrel. Una nueva alternativa terapéutica en el sangrado uterino anormal de origen orgánico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69 (1): 35-38.
8. Escobar D, Alvarado C, Valdés P, Varas C. Uso de DIU-LNG como alternativa a la histerectomía en pacientes de alto riesgo quirúrgico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 70 (4):217-221.
9. Lethaby A, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestagen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding (Cochrane review). *Cochrane Library*, Issue 3, 2006.
10. NICE 2007 Clinical guideline 44. Heavy menstrual bleeding. Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NHS. Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (www.nice.org.uk/CG044).
11. Janssen C, Scholten P, Heintz P: A simple visual assessment technique to discriminate between menorrhagia and normal menstrual blood loss. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 977-982.
12. Escobar D, Alvarado C, Schwarze J. Resección de pólipos y miomas por vía histeroscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999; 64(1): 15-20.
13. Alvarado C, Escobar D, Barros J, Gonzalez R, Corvetto M. Resección Endometrial Transcervical: Una alternativa a la Histerectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67 (6): 456-460.
14. Lethaby A, Hickey M, Garry R. Técnicas de destrucción endometrial para la menorragia. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006.
15. Kaunitz, Meredith, Inki et al. LNG-IUS & Endometrial ablation. Systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2009 (5): 1104-1116
16. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Travender E, Curr E, Garry R. Abordajes quirúrgicos para la histerectomía por enfermedades ginecológicas benignas. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006.
17. Lethaby A, Ivanova V, Johnson N. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions (Cochrane review). *Cochrane Library*, Issue 2, 2006.
18. Hurskainen R. et al. Clinical outcomes and costs with the Levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia. Randomized trial 5-Year follow-up. *JAMA*, 2004. Vol 291, No. 12.
19. Lete I. et al. Economic evaluation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysfunctional uterine bleeding in Spain. *Eur J Obstet Gynecol* (2010).
20. Escobar D. et al. Ensayo: Análisis costo efectividad del uso de DIU-LNG versus Ablación endometrial termal como alternativa a la histerectomía. Diplomado en gestión de organizaciones e instituciones de salud 2010. Universidad Andrés Bello.

Estetrol (E4) en Anticoncepción

Novedades del 14th Congres of the European Society of Contraception and Reproductive Health, Basilea, Suiza, 4 al 7 de mayo de 2016

La siguiente presentación es un resumen de las exposiciones de los Doctores.L. Shulman (USA), C. Kluft (The Netherlands) y J.M. Foidart (Bélgica) que se completó con una búsqueda bibliográfica.

Dra. Silvia Bonsergent

Médica ginecóloga especialista en ginecología infantojuvenil Hospital Británico de Bs. As.

silviabonsergent@yahoo.com.ar

El estetrol (E4) es un estrógeno natural cuya molécula es producida durante la vida fetal, y fue descubierta por el grupo de Egon Diczfalus en el Instituto Karolinska de Estocolmo en el año 1965. Redescubierto en 2001 para uso en humanos en los países bajos, fue probado en 2013 para su uso en anticoncepción (Estetra®) por el grupo de Jean Michel Foidart. Actualmente se encuentra en Fase III para su uso en anticoncepción en combinación monofásica 24/4 con drospirenona (Estelle®: 15mg E4/ 3mg drospirenona, DRSP) y en Fase II para tratamiento de síntomas vasomotores en el climaterio, desarrollado por Mithra Farmacéutica. Esta combinación innovadora presenta una muy buena eficacia y tolerancia en las investigaciones realizadas.

E4 posee una baja afinidad por el receptor alfa estrogénico (ER α) compensado por una elevada biodisponibilidad oral con respecto al Estradiol (E2) y una prolongada vida media (20-28 hs). Además no se une a la proteína transportadora de esteroides sexuales (SHBG), tiene poco impacto en la producción de SHBG por el hepatocito en humanos y se excreta como sulfato o glucuronato conjugados principalmente en orina en contraste con otros estrógenos que son excretados principalmente por la bilis realizando circuito enterohepático.^{3, 5} Por lo tanto el E4 tendría menor impacto en la inducción enzimática a nivel hepático y menor riesgo de enfermedad biliar. No tiene metabolitos activos (no es sustrato del Citocromo P450) y se metaboliza por conjugación. El E4 es producido por el hígado fetal, cruza la barrera placentaria y se encuentra en sangre materna a las 9 semanas de gestación. Los niveles fetales son 10 a 12 veces más altos en el feto que en la madre. Es considerado un modulador selectivo de los receptores de estrógeno endógeno.⁷

E4 se une a ambos receptores estrogénicos α y β con 4 a 5 veces mayor afinidad por el ER α .

E4 tiene un perfil distintivo de activación del receptor α estrogénico ya que activa el ER α nuclear pero carece de efectos en el ER α de membrana, como se puede ver en la figura 1. Este efecto repercute en su particular perfil de acción ya que contribuye a su elevada eficacia en la inhibición del eje, a su escaso impacto sobre la mama y a su acción sobre el hueso y el metabolismo que analizaremos a continuación. Los ratones transgénicos que carecen de ER α de membrana son infértiles ya que no ovulan, lo que demuestra que este receptor es necesario para alcanzar la ovulación, siendo el E4 un buen candidato para su uso en anticoncepción.⁶

Los estudios preclínicos probaron que el E4 es eficaz para inhibir la ovulación de forma similar al Etinil Estradiol (EE). En estudios recientes Fase II (2 combinaciones de E4/DRSP y 3 combinaciones E4/LNG vs 20 μ g EE/ 3mg DRSP) estas combinaciones fueron investigadas por sus efectos en la inhibición de ovulación y en los biomarcadores de la hemostasia. Observándose mínimo impacto tanto en los marcadores de coagulación como en los de fibrinólisis ^{4,6}.

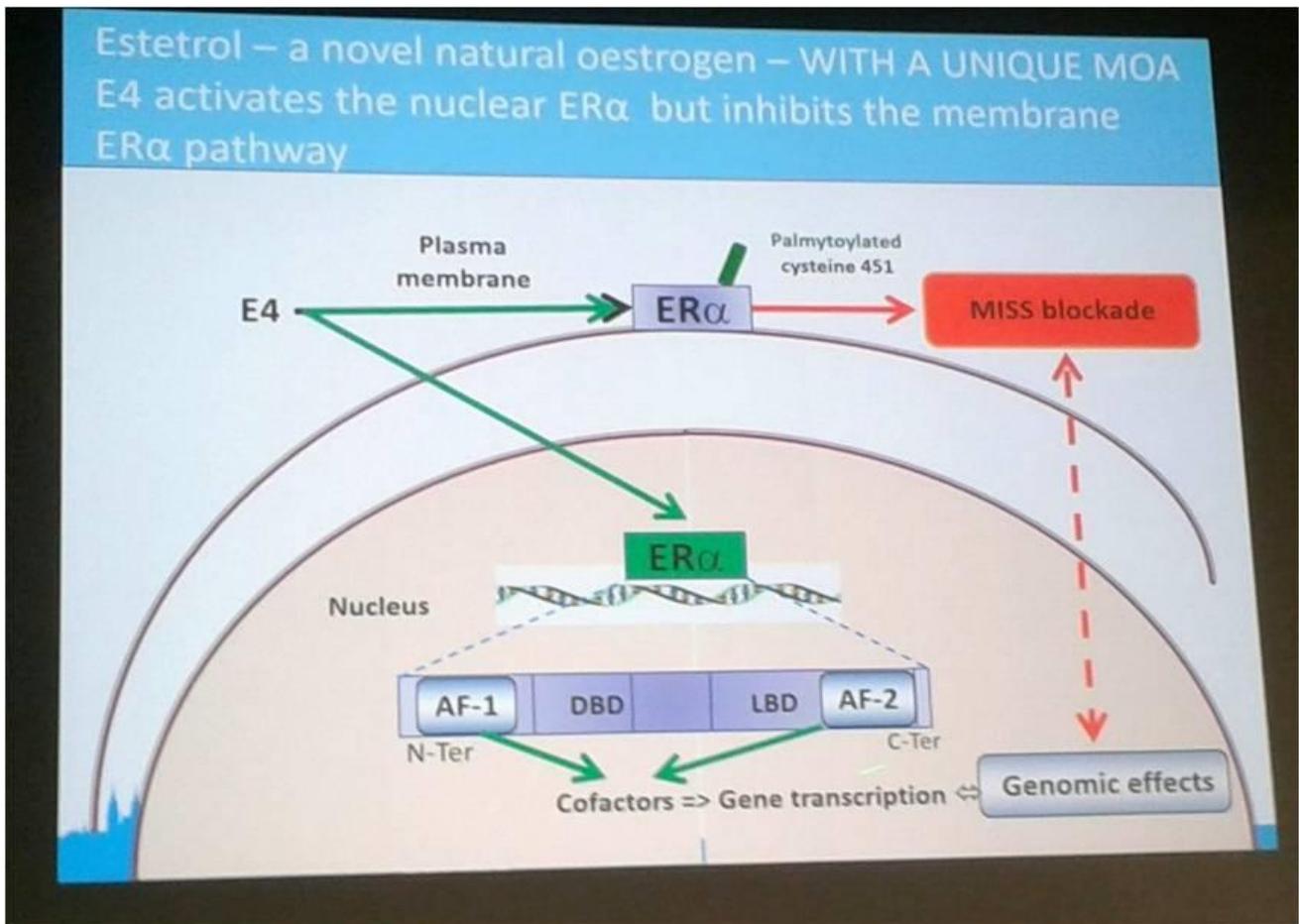


Figura 1: Extraído presentación C. Klufft.

En 2016 se están desarrollando 2 ensayos clínicos pivotaes Fase III, uno en Europa y Rusia y otro en EEUU y Canadá (E4FREEDOM). Estos estudios evaluarán la eficacia anticonceptiva mediante la valoración del índice de Pearl y como objetivos secundarios la seguridad general, el patrón de sangrado y el bienestar general.

E4 posee una débil actividad estrogénica en el hígado y en el endotelio comparado con EE. Por lo tanto la combinación E4/drospirenona tiene menos efectos en las variables hemostáticas que la combinación EE/DRSP. La combinación E4 10mg/DRSP 3mg NO produce cambios hemostáticos que excedan el rango normal. DRSP parece tener un moderado efecto propio anticoagulante que se expresa en presencia de E4 el cual NO es visto cuando esta se combina con EE.^{8,9} La fuerte reducción del efecto estrogénico de la combinación E4/DRSP en el hígado y el endotelio y el efecto observado anticoagulante de esta combinación sugiere un menor efecto protrombótico que deberá ser validado en futuras investigaciones (C.Klufft).

Con respecto a la función hepática y el metabolismo lipídico se ha observado un efecto dosis dependiente en las combinaciones de E4/DRSP y E4/LNG. Hubo una disminución de los niveles de SHBG en plasma con las combinaciones E4/LNG y un ligero aumento de SHBG en las combinaciones de E4/DRSP que fue mucho menor en comparación con EE20 μ g/DRSP 3mg, como se observa en la figura 2.

Esto se considera relevante ya que el mínimo impacto de las combinaciones de E4 sobre SHBG en comparación con EE/DRSP está relacionado con la inducción de proteínas hepáticas como los factores de coagulación. Este aumento en la SHBG plasmática que se observa con los ACO podría ser interpretado como una medida de la estrogénicidad total del compuesto y utilizado como

predicador de riesgo de tromboembolismo. Si bien existe alguna controversia con respecto al uso de SHBG para predecir este riesgo, la entidad reguladora de medicamentos Europea (EMA), recomienda el dosaje de SHBG para la estimación de la seguridad trombótica de los ACO.

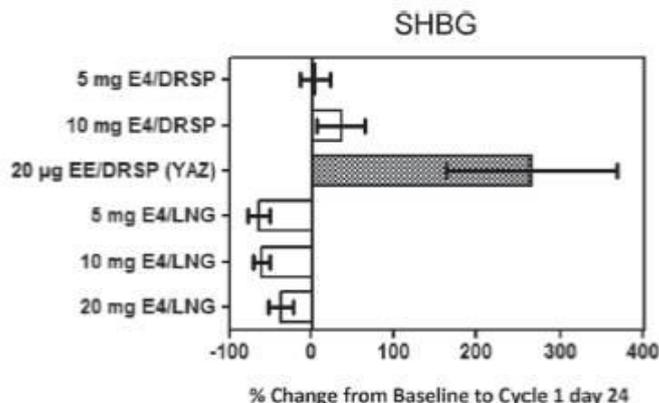


Figure 2 Mean (SD) percentage change from baseline to cycle 1 day 24 in SHBG (ITT population).

The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care

Figura 2: Extraído de Mawet y col.

El mismo efecto se observa con la ceruloplasmina. Esta proteína transportadora de Cobre en plasma es sintetizada por los hepatocitos bajo la influencia de los estrógenos. El aumento de los niveles plasmáticos de ceruloplasmina contribuye a aumentar el stress oxidativo observado en las usuarias de ACO. El efecto sobre la ceruloplasmina es mínimo con las combinaciones E4/DRSP (8,2% -16,1%) y con E4/LNG (entre -5,4% y 16,2%) mientras que con EE/DRSP se ve un aumento pronunciado del 69%.

Las diferencias entre los niveles plasmáticos de SHBG en las combinaciones con E4/DRSP y E4/LNG alcanzaron significancia estadística con respecto a la combinación EE/DRSP, mientras que en los niveles de ceruloplasmina la diferencia entre ambos grupos no fue significativa.^{1, 2, 4, 6.}

En la figura 4 se observan los cambios producidos en los lípidos y lipoproteínas con las diferentes combinaciones de E4 con respecto a EE/DRSP según Mawet y col.⁶ Como vemos, los cambios son variables siendo la mayor diferencia a nivel de los triglicéridos (TG) donde el impacto es menor en las combinaciones con E4 a diferencia de EE/DRSP: Este efecto sería beneficioso a largo plazo ya que el aumento de TG está relacionado con aumento de riesgo metabólico y cardiovascular.

Si bien el E4 actúa como un estrógeno débil en muchos sistemas como hígado o mama tiene una potencia comparable al EE en otros sistemas como en el hueso. El estudio de Mawet y col. no detectó desbalances en el turnover óseo medidos a través del dosaje de osteocalcina y C-telopéptidos.

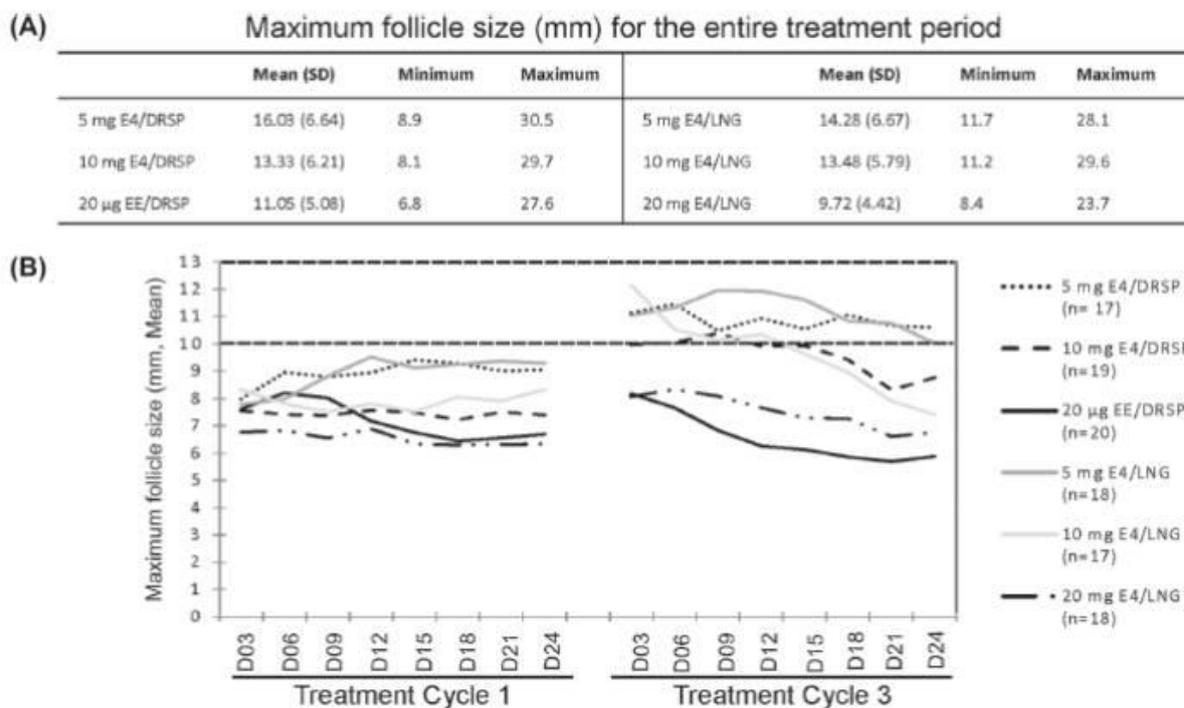


Figura 3: Valor promedio mínimo y máximo del diámetro folicular en cada grupo durante todo el período de tratamiento (A). Diámetro promedio del folículo mayor en cada grupo de tratamiento cada 3 días en el ciclo 1 y 3 (B). Extraído de Duijkers y col.

En la investigación publicada por Duijkers y col. se demostró que E4 en combinación con diferentes dosis de DRSP o LNG inhibe eficazmente la ovulación. La supresión ovárica, determinada por el diámetro máximo folicular, las concentraciones promedio y máximas de E2 y el score de Hoogland fueron adecuadas en todos los grupos de tratamiento con E4. En la figura 3 pueden observarse las variaciones en el diámetro folicular en los diferentes grupos tratados. La primera ovulación postratamiento ocurrió a los 17 días en las combinaciones de E4/ DRSP y a los 21 días promedio en las combinaciones E4/LNG. En todos los grupos tratados el período de tiempo hasta la primera ovulación fue comparable a la fase folicular normal confirmando adecuada supresión ovárica durante el tratamiento. Las diferentes combinaciones fueron seguras y bien toleradas.⁴

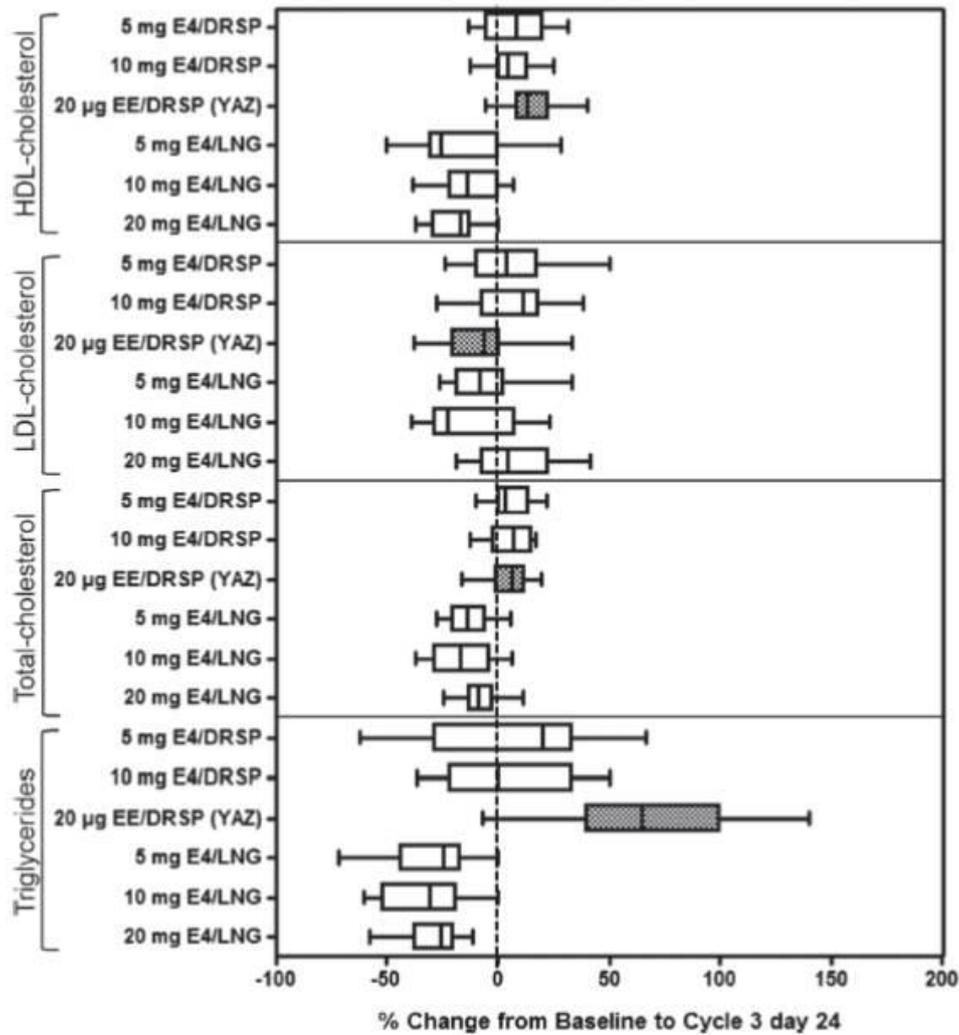


Figure 3 Box whisker plots for E₄/DRSP, E₄/LNG (all treatment groups) and EE/DRSP of relative changes from baseline to cycle 3 day 24 for lipid and lipoprotein parameters (ITT population). The edges of the boxes represent the 25th and 75th sample percentiles (quartiles); the vertical line in the boxes shows the median; and whiskers are drawn up to the smallest and largest value within 1.5 times the interquartile range.

Figura 4: Extraído de Mawet y col.

E4 vs EE y E2, CONCLUSIONES:

El estetrol (E4) tendría:

1. Menor interferencia con la función hepática, especialmente en los parámetros hemostáticos y posiblemente menor impacto en fenómenos trombóticos.
2. Elevada biodisponibilidad oral y larga vida media lo que habilita una toma diaria.
3. Menor incidencia de enfermedad hepatoiliar.
4. NO inhibición del citocromo P450 a nivel hepático con menores interacciones medicamentosas con las drogas que se metabolizan por esta vía.

5. Efecto anti-tumoral sobre la mama en presencia de Estradiol.
6. E4 no tiene metabolitos activos en contraste con E2 cuyo metabolismo conduce a la producción de catecol-estrógenos considerados carcinogénicos.
7. Perfil de buena tolerancia y eficacia anticonceptiva.

Si bien las diferencias del perfil clínico de E4 con respecto a EE son prometedoras en cuanto a su uso combinado con progestágenos para anticoncepción, son necesarios los resultados de las investigaciones de los estudios en Fase III para un mayor conocimiento con respecto al patrón de sangrado y la presencia de eventos adversos con mayor número de pacientes.

Bibliografía:

1. Apter D, et al. "Bleeding pattern and Cycle control with estetrol- containing combined oral contraceptive: Results of a Phase II, randomized, dose finding study (FIESTA). *Contraception* 2016, on line.
2. Bitzer J. "Pharmacological profile of estrogens in oral contraception." *Minerva Ginecol* 2011 Jun; 63 (3): 299-304.
3. Coelingh Bennink HJ, et al. "Estetrol review: profile and potencial clinical applications." *Climateric* 2008; 11 Suppl 1: 47-58.
4. Duijkers IJM, et al. "Inhibition of ovulation by administration of estetrol in combination with drospirenone or levonorgestrel: Results of a Phase II dose-finding pilot Study". *Eur J Cont Reprod Health Care*, 2015; 20: 476-489.
5. Gerard C, et al. "Estetrol is a weak estrogen antagonizing estradiol dependent mammary gland proliferation." *Journal of Endocrinology* (2015) 224: 85-95.
6. Mawet M, et al. "Unique effects of hepatic function, lipid metabolism bone and growth endocrine parameters of estetrol in combined oral contraceptives." *Eur J Cont Reprod Health Care*, 2015; 20(6):463-75.
7. Montt-Guevara MM et al. "Estetrol Modulated endotelial Nitric Oxid Synthesis in human endothelial Cells." *Front Endocrinol (Lausanne)* 2015; 6: 111.
8. Pluchino N, et al. "Effect of Estetrol Administration on brain and serum Allopregnanolone in intact and ovariectomized rats." *J Steroid Biochem Steroid Mol Biol*, 2014 sept; 143: 285-90.
9. Visser M, et al. "Clinical applications for estetrol." *J Steroid Biochem Mol Biol* 2009 Mar; 114 (1-2): 85-9.

Jornada de debate “El ZIKA en la agenda de Salud Sexual y Reproductiva”

Organizada por FUSA con el apoyo de la OMS/OPS

Inicio

Organizada por FUSA AC, con el apoyo de la OPS/OMS, el 5 de abril de 2016 se llevó a cabo la Jornada de debate sobre **“El ZIKA en la agenda de la salud sexual y reproductiva”**. El encuentro tuvo lugar en la Fundación Navarro Viola (CABA) y contó con la participación de funcionarios/as de gobierno e integrantes de equipos de salud, instituciones académicas, sociedades científicas y organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil.

La bienvenida estuvo a cargo de la Dra. Sandra Vázquez, Directora Ejecutiva de **FUSA AC** que compartió los objetivos de la Jornada: promover el intercambio de saberes sobre la problemática y pensar estrategias de acción y seguimiento para facilitar su implementación en las prácticas y políticas sanitarias.



En la apertura, la Dra. Dora Vilar de Sarachaga, Subsecretaria de Atención Primaria de la Salud del **Ministerio de Salud de la Nación**, señaló la importancia de celebrar este tipo de encuentros como aportes para la elaboración de estrategias de prevención y atención de la salud de mujeres y niños/as.

El debate contó con un primer bloque sobre **alertas y actualizaciones epidemiológicas** en torno al virus del ZIKA y su relación con la **salud sexual y la salud reproductiva**, con exposiciones a cargo del **Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León**, asesor regional de salud reproductiva del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) Salud de la Mujer y Reproductiva (SMR) OPS/OMS; y del **Dr. René Castro**, miembro del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Cono Sur (FLASOG). La moderación y comentarios de este primer bloque estuvieron a cargo de la **Dra. Silvia Oizerovich**, coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación

Responsable (Ministerio de Salud de la Nación).

En la segunda parte del encuentro se abrió una mesa de debate sobre **políticas sanitarias y el ZIKA**. En este segmento expusieron el Dr. José Moya, experto en epidemiología y enfermedades transmisibles (OPS) y el **Dr. Raúl Forlenza**, director de epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. La moderación de la mesa estuvo a cargo del **Dr. Ariel Karolinski** (OPS).

En el cierre, hubo lugar para el intercambio y consultas entre la audiencia y los/as expertos/as.

¿Qué es el ZIKA?

Se trata de un virus identificado por primera vez en África en la localidad de Uganda en 1947, que luego se traslada al continente Asiático, en la Isla de Pascua, seguidamente a América Latina. Actualmente, predomina en las ciudades del nordeste brasileño como Pernambuco, Paraíba y Natal, pero también se han dado casos en Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Chile, Bolivia y en Argentina.



Si bien técnicamente el vector del virus es el mosquito *Aedes Aegypti* (como ocurre con el Dengue y la fiebre Chikungunya) a partir del caudal de casos de infección por virus de Zika en Brasil y el aumento de casos de microcefalia en recién nacidos en las regiones afectadas, se han realizado estudios específicos que evidencian que el virus del ZIKA se transmite a través de las relaciones sexuales sin protección. De las investigaciones resultan que los casos de microcefalia que se registran en las regiones afectadas por el virus, se dan en recién nacidos de mujeres que están infectadas con el virus del ZIKA. También se observa un incremento de casos de síndrome de Guillain Barré.

De acuerdo a "OMS: Declaración de Emergencia en Salud Pública II" publicada en febrero de 2016, el virus del ZIKA no constituye una emergencia de salud pública por ser a nivel internacional.

En tal sentido, el virus del ZIKA tiene un impacto significativo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres por lo que es fundamental que los Estados incluyan en sus políticas sanitarias estrategias que puedan responder con celeridad a la problemática, teniendo en cuenta los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres afectadas. Alertas y actualizaciones epidemiológicas

Alertas y actualizaciones epidemiológicas

En este bloque, el **Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León** abordó los principales aspectos de la relación del virus con la agenda de salud y derechos reproductivos. En relación a las estrategias mundiales frente a una epidemia, Gómez Ponce de León explicó que al habilitar la emergencia los

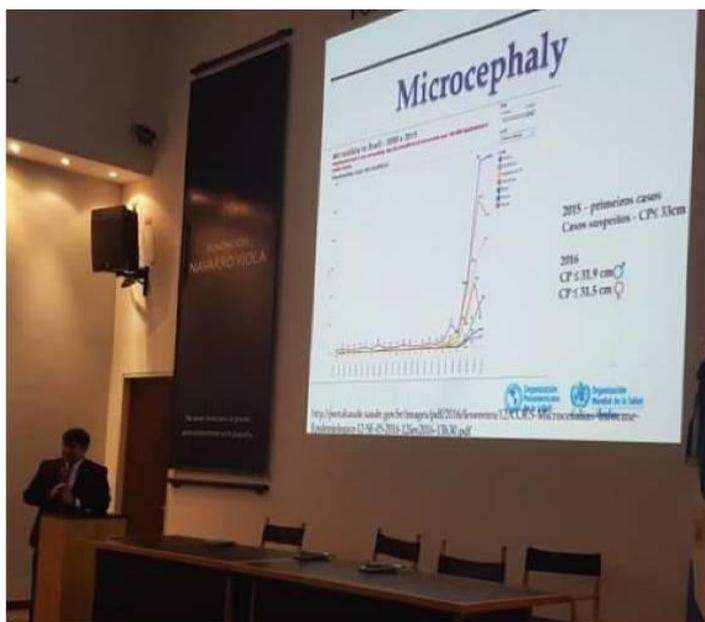
países acceden a fondos especiales y se abre la comunicación de riesgo y permite que los países de región compartan información que de otro modo sería confidencial.

El contexto de emergencia habilita a los grupos de investigación a compartir datos en tiempo real y participar de capacitación en los laboratorios.

La **Organización Mundial de la Salud** tiene la misión de producir guías y protocolos sobre diversas temáticas de salud. Este proceso de producción de contenidos que en su duración estándar es de dos años, en un contexto de emergencia se ejecuta en tiempo record con la misma rigurosidad.

Actualmente, este organismo especializado ha publicado distintos documentos sobre la problemática. Entre otros, podemos mencionar los que se encuentran disponibles para su descarga en el portal de la OMS en la sección [ZIKA: guías e informes técnicos](#)

- [Prevención de la transmisión sexual del virus ZIKA \(2016\)](#)
- [Guía para la vigilancia del virus del ZIKA y sus complicaciones \(OMS 2016\)](#)
- [Consideraciones para la atención de mujeres gestantes en contextos de alta circulación de ZIKA \(2016\)](#)
- [Manejo del embarazo en contextos del virus del ZIKA \(2016\) sólo en inglés](#)
- [Lactancia materna en el contexto del brote de virus de ZIKA](#)



En relación a la transmisión sexual del virus, el Dr. Gómez Ponce de León destacó que si bien la viremia por ZIKA dura cinco días, puede detectarse en el semen hasta cinco meses posterior a contraer el virus. Por eso se recomienda el uso de preservativo especialmente en el primer trimestre del embarazo.

Ante la consulta de si es necesario realizar una pesquisa neonatal como en el caso de la sífilis o la toxoplasmosis, Gómez Ponce de León expresó que no tiene sentido la universalización de ese método de laboratorio. Sin embargo, lo que es fundamental es que las mujeres puedan conocer su estado en el período de

ventana (5 días) a través del test PCR.

La recomendación central del experto por la OMS, se enfocó en los derechos humanos de las mujeres, y destacó como un factor clave *“que los proveedores de salud sepan que los Derechos sexuales y los derechos reproductivos sean protegidos en toda la atención”* Al respecto señaló que *“el centro no es el mosquito, sino la mujer y sus decisiones”* por lo que *“hay que preservar la privacidad de la mujer infectada con ZIKA y en el caso de estar embarazada es la mujer la que decide sin coerción”*.

En relación a los síntomas de la infección, si bien se conoce que incluye prurito, conjuntivitis, y edema asociado al rush en las piernas, también se observa un porcentaje de casos asintomáticos. *“Hay un 40% de las mujeres que no tuvieron ninguna manifestación clínica”* compartió el experto

de OPS e informó que entre los casos detectados recientemente en la Polinesia francesa, el 80% fueron asintomáticos.

Una cuestión importante es que el diagnóstico de microcefalia es pos natal, por lo que todas las medidas que se toman durante el embarazo se basan en presunciones. Cabe aclarar que la microcefalia no es una enfermedad sino un signo de enfermedad.

En ese sentido, el tamaño normal de la calota (parte superior de la bóveda craneal) puede diagnosticarse alrededor de las 20 semanas y en otros casos, a las 28 semanas. “¿Qué pasa si las mujeres deciden interrumpir el embarazo a esta edad gestacional?” plantea el experto. “[En el caso que el marco legal del país lo permita] se puede interrumpir el embarazo con el diagnóstico exhaustivo de un ecografista avezado” asegura.

El problema es el aborto inseguro y tardío. Al respecto, el médico enfatiza que es importante que la mujer conozca su estado de salud y esté informada, ya que el desarrollo neurológico del feto puede provocar un retraso mental profundo.

Antes de finalizar su presentación, el Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León recordó que en el mundo las mujeres mueren por no acceder a la salud sexual y reproductiva y advirtió que “en ese escenario en el que se juegan el sexo inseguro y la restricción legal, el resultado es el alto índice de muertes de mujeres gestantes”. Al respecto puntualizó:

- Si queremos disminuir el número de abortos debemos contar con más métodos anticonceptivos modernos.
- Cuando pensamos en aborto y ZIKA no hay dudas de que hay un vínculo entre causa y efecto.
- Hay que recordar que las mujeres tienen que estar en el centro de las políticas y eso es un deber del estado.

A continuación compartió su presentación el Dr. René Castro. En su exposición hizo hincapié en la dimensión socio-histórica de las epidemias y su impacto en la investigación. Coincidió con la Dra. Saráchaga en hacer foco en la salud de las mujeres y en el rol de ginecólogos/as.

Mediante la recuperación de los principios fundamentales de las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995) Castro marcó los derechos de las mujeres como factor central del abordaje de la epidemia de ZIKA.



René Castro señaló que en nuestros países se habla poco de la sexualidad y afirmó que el Cono Sur es una región muy pobre en materia de educación sexual. Según sus observaciones, la carencia de educación sexual se incrementa a medida que desciende la escala social. El experto de FLASOG indicó que el concepto de salud sexual es un triángulo: **salud física, mental y sexual**. La salud de todo ser humano se compone de estos tres elementos, incluso separada de lo reproductivo. De allí viene la definición acuñada en Cairo y reiterada en Beijing.

Según sus palabras esta concepción *“es una cruzada contra el mundo conservador”* y al respecto agregó que *“es muy lindo hablar de la vida por nacer pero luego, el mismo entorno que presiona a la mujer para que continúe con un embarazo no deseado es el que la deja abandonada”*

René Castro enfatizó que los países se encuentran ante la oportunidad de mejorar sus servicios de salud sexual y salud reproductiva, sobre todo en lo relativo al aseguramiento de una atención y coberturas de calidad con foco en la prevención. Para ello es menester concentrar esfuerzos en el asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos y acceso a los controles prenatales apropiados para las mujeres.

A continuación sintetizó las prioridades a tener en cuenta en el abordaje de la problemática por parte de los decisores en materia de políticas sanitarias:

- Priorización de los derechos sexuales y reproductivos
- Rendición de cuentas como parte de las políticas públicas
- Enfoque de derechos humanos
- Deberes de los gobiernos

Luego del primer bloque hubo un espacio para preguntas al panel moderado por la Dra. Oizerovich. Varias consultas giraron en torno a la cuestión de los diagnósticos por ZIKA en mujeres embarazadas y los enfoques para la atención en salud reproductiva. Nuevamente el énfasis estuvo puesto en la accesibilidad de las mujeres a la anticoncepción para prevenir embarazos de riesgo para su salud.

Por su parte, Gómez Ponce de León señaló las implicancias de los marcos legales cuyo peor escenario lo componen El Salvador y Chile, países en los que no existe ninguna posibilidad de interrumpir un embarazo de riesgo en condiciones de legalidad y seguridad para las mujeres.

Igualmente, ambos expertos destacaron que si bien el virus del ZIKA pone en peligro el desarrollo infantil, técnicamente no es incompatible con la vida.

Gómez Ponce de León sostuvo que si la mujer con toda la información decide continuar con el embarazo debe tener todo el apoyo, y si la mujer decide con toda la información (consejería no direccional) interrumpirlo se debe interpretar el marco legal de cada país desde el enfoque que permita mayor flexibilidad y accesibilidad.

Cabe recordar que en el caso argentino, se cuenta con una ley de salud sexual y procreación responsable que, a través de su programa homónimo, garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos en todo el territorio, de forma gratuita y el asesoramiento y atención en salud sexual y reproductiva. Por otra parte, el marco legal del art 86.2 del Código penal, habilita la interrupción de los embarazos encuadrados en las causales de violación y de riesgo para la salud de la mujer. Al respecto el Ministerio de Salud cuenta con el [**Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.**](#)



Las políticas sanitarias

La segunda parte de la Jornada contó con una mesa de expositores compuesta por el **Dr. José Moya**, y el **Dr. Raúl Forlenza**.

Moya realizó una introducción sobre las áreas de expansión del mosquito Aedes según los desplazamientos poblacionales y los cambios ambientales. En tal sentido, explicó que actualmente, la Argentina tiene mayor caudal de casos de dengue 01 y de fiebre Chikungunya más que de ZIKA. La fiebre Chikungunya llegó a las Américas en 2013, mientras que en el caso del ZIKA es en noviembre de 2015 que Brasil identifica el virus en recién nacidos fallecidos. Fue el Ministerio de Salud de Brasil que detecta la relación entre ZIKA y microcefalia¹.



Desde 1980 a la actualidad la curva de dengue se va incrementando en nuestra región. En 2015 se contabilizaron 2.200.000 casos de dengue en nuestro país. El Dengue se clasifica en tres tipos: Dengue sin signos de alarma; Dengue con signos de alarma y Dengue grave. El Dr. Moya explicó que “estas clasificaciones han permitido reducir la mortalidad porque la vigilancia se enfoca sobre los signos de alerta”.

A su vez, el Dr. Forlenza, a cargo de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación hizo hincapié en los aspectos clínicos del virus de ZIKA en el marco de las estrategias sanitarias. Advirtió que *“los aspectos clínicos decaen bastante ante este virus, lo que dificulta la vigilancia en ese sentido; a eso se suma que el ZIKA trae consecuencias neurológica en los fetos, y acarrea la problemática el aborto”*.

Para enfrentar esta situación, el Ministerio de Salud de la Nación adopta las recomendaciones de la OMS:

1. Capacidad de vigilancia (detectar la aparición del virus y sus complicaciones y su notificación obligatoria),
2. Capacidad de prevención y respuesta (trabajar sobre vectores y respuestas y manejo de casos y comunicación de situaciones de riesgo)
3. Investigación (colaborar el aumento de la incidencia de microcefalia y vacunas y terapéutica).

Asimismo, destacó que el principal factor son los viajeros virémicos: *“La magnitud de la interacción define el grado de riesgo en la transmisión, por eso es necesario la detección temprana y así poder responder rápidamente a la aparición de microcefalia y otras patologías neurológicas”* afirmó Forlenza.

Para la provisión de cuidados para las mujeres en edad reproductiva con posible exposición al virus de ZIKA, el Ministerio de Salud de la Nación sigue las recomendaciones de la OMS, a saber:

- Mujeres a quienes se diagnostica infección por virus Zika debieran esperar al menos 8 semanas desde la desaparición de los síntomas antes de intentar un embarazo.

- Hombres a quienes se diagnostica infección por virus Zika debieran esperar al menos 6 meses desde la desaparición de los síntomas antes de intentar un embarazo.
- Mujeres y hombres asintomáticos con posible exposición al virus debieran esperar al menos 8 semanas desde esta exposición antes de intentar un embarazo.

Durante el espacio de debate hubo varias consultas respecto al acceso a la interrupción legal del embarazo y el apoyo necesario por parte del sistema de salud en los casos que se encuadren en las causales legales para tal fin. Se insistió al respecto en la prevención de los embarazos no deseados/planificados a través del acceso a la anticoncepción oportuna y a una consejería adecuada en opciones.

Es preciso trabajar siempre desde un marco que conciba a la salud desde un enfoque integral. Esto posibilita mejorar la atención y brindar información adecuada, veraz y de calidad para la toma de decisiones.

En el cierre la Dra. Sandra Vázquez hizo énfasis en la oportunidad que tiene el país para planificar estrategias sanitarias cuando todavía no hay un contexto crítico de infecciones por ZIKA. *“Estamos un paso adelante, porque tenemos la posibilidad de trabajar con anticipación, lo que nos otorga mucha ventaja para desarrollar estrategias sobretodo en regiones que pueden ser afectadas en el futuro como NOA y NEA”* afirmó la Directora de FUSA y propuso que desde el Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se brinde todo el apoyo para tal fin.

A su vez, la Dra. Oizerovich advirtió que “se requiere de un trabajo mancomunado y no sólo de especialistas en ginecología, infectología y/o epidemiología. Es un trabajo que exige la participación de todo el sistema de salud”

Buenos Aires, Abril 2016



1 Posteriormente a esta Jornada la OPS confirmó la que el virus del ZIKA en mujeres embarazadas no sólo provoca microcefalia sino otras alteraciones en el desarrollo neurológico de los fetos.

Anticoncepción, drospirenona y riesgo de eventos cardiovasculares. A propósito de un artículo.

Agustina Cosentino
Maria Elisa Moltoni

La anticoncepción hormonal es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados y más desarrollados de los últimos años. Con los primeros anticonceptivos con altas dosis de estrógenos, se vieron efectos adversos importantes como las trombosis arteriales y venosas, que demostraron que la anticoncepción hormonal no resultaba inocua. Desde allí se comenzó a disminuir la dosis del estrógeno y a desarrollar progestágenos de nuevas generaciones para ver si disminuían los eventos cardiovascularesⁱ. Actualmente continúa en revisión si los progestágenos de tercera generación como la drospirenona, un progestágeno con potente efecto antimineralocorticoide, versus el levonorgestrel de segunda generación, derivado de la testosterona, tienen diferencias en los efectos adversos cardiovascularesⁱⁱ.

El objetivo del estudio LASS (Long-term Active Surveillance Study for Oral Contraceptives) fue hacer un seguimiento por 5 años más del estudio EURAS (European Active Surveillance) para poder evaluar los eventos adversos cardiovasculares raros que no pudieron ser evaluados correctamente en el estudio EURAS porque el poder estadístico fue limitado y ello no permitió ver si existía una diferencia significativa entre los distintos anticonceptivos orales (ACOs).

En una cohorte de 58,674 mujeres fueron evaluados los principales eventos cardiovasculares; tanto el tromboembolismo arterial como el infarto de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV), así como los eventos tromboembólicos venosos como la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar. El objetivo secundario fue el comienzo del uso de antihipertensivos luego del inicio del uso de ACOs.

Fueron enroladas todas las mujeres que comenzaban a utilizar ACOs por primera vez, las que cambiaban de ACO y las que retomaban los ACOs luego de estar por lo menos 4 semanas sin ACOs y **fueron monitorizadas activamente hasta 10 años** para poder evaluar la aparición de un evento adverso raro o inesperado posiblemente relacionado con la exposición a ACOs.

Las características de la población en los 3 grupos fueron similares en edad, factores socioeconómicos y de estilo de vida, factores de riesgo cardiovascular, el espectro de ACOs indicado, y los porcentajes de vida rural o urbana. Hacia el comienzo del enrolamiento se encontró que el grupo de la DRSP tenía un ligero mayor riesgo basal para tromboembolismo venoso y arritmias comparados con los otros 2 grupos de ACOs.

El seguimiento se realizaba contactando a las pacientes una vez cada 12 meses donde ellas debían contestar un cuestionario y si se reportaba un evento adverso serio, incluyendo tromboembolismo, un grupo de médicos entrenados y designados a tal fin, contactaba a la paciente y al médico tratante para clasificar al evento en confirmado o no confirmado. A los fines del estudio solamente se consideraron positivos los casos confirmados.

Se compararon tres grupos: usuarias de ACOs conteniendo drospirenona (DRSP), usuarias de ACOs conteniendo levonorgestrel (LNG) y usuarias de ACOs conteniendo otros progestágenos. Se

utilizaron ACOs monofásicos combinados de DRSP y LNG ambos con 30 mcg de etinilestradiol para eliminar las posibles influencias de la dosis del etinilestradiol y el régimen de administración.

De las 58.674 usuarias enroladas hubieron 16.534 mujeres tomando ACOs con DRSP, 15.428 mujeres con ACOs con LNG, 26.341 mujeres con otros ACOs, y 371 mujeres con anticonceptivos hormonales no orales (ACHNO), como parches, inyecciones, anillos vaginales y dispositivos intrauterinos. A pesar de que el objetivo primario del estudio EURAS era estudiar a las usuarias de ACOs, se enrolaron pacientes con ACHNO y fueron sometidas al análisis de datos.

Durante el seguimiento 18%, 21% y 24% de las usuarias de DRSP, LNG y otros ACOs cambiaron a otros ACOs o a ACHNO. También se calculó el tiempo en que las participantes no utilizaron ningún anticonceptivo por estar embarazadas o en la búsqueda de embarazo.

Eventos tromboembólicos venosos

Se encontraron un total de 306 eventos tromboembólicos venosos con una incidencia similar en todos los grupos de ACOs como de ACHNO. La incidencia en el subgrupo que no utilizó ningún anticonceptivo fue significativamente menor.

En el 20% de los casos de tromboembolismos venosos éstos se acompañaron de tromboembolismo pulmonar (TEP). La incidencia de TEP en los grupos de ACOs y ACHNO fue similar, el cual nuevamente fue significativamente menor en el grupo de no usuarias.

Por lo tanto la incidencia de eventos tromboembólicos venosos fue similar en todos los grupos de anticonceptivos.

En un análisis combinado se encontró que el mayor riesgo para un evento tromboembólico venoso fue durante los primeros 6 meses de aquellas pacientes que comenzaban a tomar el ACO por primera vez o aquellas que lo retomaban luego de haber hecho un descanso. No sucedería así para las pacientes que tomando un ACO cambian a otra formulación sin realizar descanso.

Por lo tanto las pacientes que retoman y las que cambian de ACO luego del tiempo de descanso tuvieron un riesgo significativamente mayor para desarrollar algún evento tromboembólico en especial en los primeros 3 meses en comparación con los meses subsiguientes. Se calcula que el riesgo fue mayor para aquellas que recién comenzaban.

Eventos tromboembólicos arteriales.

Se observaron un total de 84 eventos tromboembólicos arteriales: 17 IAM, 46 ACV, 15 AIT (accidente isquémico transitorio) y 6 trombosis completas de arterias intestinales o periféricas.

La comparación de DRSP con LNG, otros ACOs y LNG más otros ACOs, demostró una diferencia significativa a favor de la DRSP con un riesgo relativo menor a 1 en todos los casos, con un intervalo de confianza menor a 1, lo que demostraría un efecto protector de la DRSP con respecto a LNG y a otros ACOs.

La incidencia de IAM fue similar en todos los grupos de ACOs, ACHNO y en el grupo libre de anticonceptivos.

Inicio de terapia antihipertensiva

Un total de 2.284 mujeres (3,9%) iniciaron terapia antihipertensiva luego de haber entrado en el estudio.

Lo que se vio es que el uso de DRSP permitió de forma significativa atrasar el inicio de la terapia antihipertensiva contra todos los grupos, inclusive contra el "no uso".

Discusión y comentarios

No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de eventos tromboembólicos venosos entre los distintos grupos de ACOs.

Por el contrario se encontró una reducción significativa del riesgo de evento tromboembólico arterial y el inicio de tratamiento antihipertensivo para la DRSP en comparación con LNG y el grupo de los otros ACOs.

Se cree que la alta prevalencia de obesidad en el grupo de las usuarias de DRSP durante el primer año de reclutamiento fue debido al concepto erróneo que la DRSP "adelgaza" debido no solo a su acción progestágena sino también a su acción antimineralocorticoide.

Resulta interesante destacar que al comparar ACOs combinados de DRSP y LNG con la misma dosis de EE (30mcg), esto permitió eliminar el potencial sesgo por el efecto del estrógeno en los casos de eventos tromboembólicos.

El efecto antimineralocorticoide de los ACOs combinados de DRSP + EE han demostrado en varios estudios clínicos randomizados el efecto clínicamente relevante sobre la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica. Se cree que este efecto antihipertensivo es el que hizo que hubiera una menor proporción de mujeres que tuvieran que comenzar tratamiento antihipertensivo luego de haber iniciado el ACO con DRSP. Así también ha sido demostrado en varios estudios que el efecto antagonista de la aldosterona de la DRSP puede reducir la enfermedad cardiovascular e inclusive la mortalidad cardiovascular mas allá de su efecto antihipertensivo. Por lo tanto es posible que por esta relación sea que la DRSP haya demostrado tener un menor riesgo de eventos tromboembólicos arteriales comparando con otros ACOs.

Vale la pena la consideración que el presente estudio fue financiado por Bayer, y que en simultáneo en el año 2011 se realizó un estudio financiado por la FDAⁱⁱⁱ que no mostró los mismos resultados con respecto a los eventos tromboembólicos arteriales. La FDA no encontró números estadísticamente significativos a favor de ningún ACO, inclusive la DRSP.

Resulta importante destacar que si bien los ACOs conteniendo DRSP, según cierta bibliografía, sí tendrían un riesgo probado significativamente mayor para eventos tromboembólicos venosos que otros ACOs con LNG y con respecto a no utilización de ningún ACO, los riesgos tromboembólicos arteriales de esa combinación no están claros. De cualquier forma sí se sabe que el riesgo absoluto de eventos tromboembólicos para cualquier ACO sigue siendo bajo y es mayor cerca del inicio de la anticoncepción no así con usuarias de larga data. Por lo que no hay evidencia para discontinuar el uso de ACOs con DRSP.^{iv}

El riesgo absoluto de eventos tromboembólicos en general con ACO es 3 veces menor que en el embarazo e inclusive 30 veces menor que el observado en el puerperio.^v

- i. Lidegaard, Løkkegaard, Aksel Jensen, Wessel Skovlund, Keiding. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. *N Engl J Med* 2012;366:2257-66.
- ii. Gronich N, Lavi I, Rennert G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-based cohort study. *CMAJ* 2011. DOI:10.1503
- iii. FDA Drug Safety Communication: Updated information about the FDA-funded study on risk of blood clots in women taking birth control pills containing drospirenone. 2011
- iv. Wu C, Grandi S, Filion K, Abenhaim H, Joseph L, Eisenberg M. Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous and arterial thrombosis: a systematic review. *BJOG* 2013;120:801–811
- v. Wu C, Grandi S, Filion K, Abenhaim H, Joseph L, Eisenberg M. Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous and arterial thrombosis: a systematic review. *BJOG* 2013;120:801–811

Evidencia que apoya un mayor acceso al aborto legal y seguro

Evidence supporting broader access to safe legal abortion

Anibal Faúndes Iqbal H. Shah

International Journal of Gynecology and

Obstetrics 131 (2015) S56–S59

Traducción y comentarios:

Dra. Cecilia Martínez. Dra Lía Arribas

El aborto ilegal y realizado de modo inseguro, sigue siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Representa 14,5 % de todas las muertes, y la mayor mortalidad está dada en países donde hay leyes restrictivas acerca de su práctica. La evidencia actual demuestra que, para disminuir la mortalidad y morbilidad materna en relación al aborto, hay que lograr legalizarlo e institucionalizar su realización aumentando así el acceso a los recursos que lo convierten en un método seguro. La penalización del aborto, según la evidencia, no sólo no disminuye la incidencia de abortos provocados sino que, además, aumenta la morbilidad materna secundaria a complicaciones de la práctica en ámbitos donde está prohibido o es de uso limitado. Por otro lado, se ha visto que la despenalización no incrementa la tasa de abortos como se supone.

Un artículo publicado en marzo de 2015, expone la evidencia científica actual disponible, que sostiene que el acceso al aborto seguro y las leyes que respalden éste accionar, disminuyen la mortalidad materna asociada al aborto ilegal. En lugares como Sudáfrica, donde el aborto es legal, hay una clara disminución del número de muertes maternas. La prevención primaria para un embarazo no deseado, es un método anticonceptivo eficaz, aunque sabemos que ninguno lo es 100 %. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en 33,5 millones el número de embarazos accidentales por año. Sumado a la violencia sexual y los abusos a los que quedan expuestas miles de mujeres, incluso niñas y jóvenes, que las llevan, en algunos casos, a concebir un embarazo no deseado. El objetivo de legalizar el aborto y la interrupción del embarazo, es disminuir las muertes maternas y las complicaciones asociadas de las mujeres que no tienen acceso a su realización segura con atención sanitaria adecuada. El aborto sigue siendo estigmatizado en la sociedad, y sólo está permitido, en muchos países, cuando se trata de salvar la vida de la mujer. Una de las principales barreras es la resistencia de los profesionales a practicarlo, alegando la objeción de conciencia, aunque muchas veces la verdadera razón es el miedo al estigma social por realizar abortos legales.

El Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para aspectos de reproducción humana y salud de la mujer recomienda: ***“El deber primario de conciencia de ginecólogos y obstetras es el de proporcionar bienestar, tratamiento, y evitar daño en las pacientes que están a nuestro cuidado, y, por lo tanto, de las cuales somos responsables. Cualquier objeción de conciencia para el tratamiento de una paciente es secundaria”***. Sin embargo, en Brasil, sólo el 40 % de los ginecólogos-obstetras estaba dispuesto a ayudar a pacientes que solicitan un aborto seguro y sólo el 2 % dispuesto a proporcionarlo.

El objetivo de este artículo según sus autores es contribuir a que se comprenda que se puede estar a favor del acceso a un aborto seguro, sobre todo en mujeres pobres, que dependen de la salud pública, sin que ello signifique estar “a favor del aborto”.

¿Porqué FIGO favorece un mayor acceso a los servicios de aborto seguro?

La FIGO favorece un mayor acceso a los métodos de aborto seguro sabiendo que no es fácil sostenerlo para cualquier persona o institución en el entorno actual que vivimos, el cual es estigmatizante sobre el aborto.

La **primera razón** para favorecer este mayor acceso, es que una mujer que se enfrenta a un embarazo no planificado y que decide realizar un aborto, lo hará, sea legal o no.

Como muestran numerosos estudios, el aborto ilegal es causa de muertes y sufrimiento para la mayoría de mujeres que cursan con un embarazo no deseado. El aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna en todo el mundo en donde éste no está permitido o está limitado legalmente, siendo la disponibilidad a su acceso dificultosa. La tasa de mortalidad con abortos inseguros por cada 100.000 nacidos vivos, en Europa en el año 2008 pasó a ser de 1, mientras que en el año 1990, era de 5. En África, en el 2008 fue de 80 y en 1990 era de 100 por cada 100000 nacidos vivos. En Asia y América latina, para el año 2008 fue de 20 y 10 respectivamente, mientras que en 1990 era 30 y 50 muertes por cada 100000 nacidos vivos.

La revisión sistemática, demuestra que cada año más de 5 millones de mujeres ingresa a hospitales para recibir atención por complicaciones relacionadas a un aborto no seguro. Como queda expuesto hasta acá hay una gran desigualdad en el riesgo de morir como resultado de un aborto inseguro. Mientras que la tasa de aborto inseguro en América Latina es mayor que en África, el riesgo de muerte como resultado de éste es aproximadamente 15 veces mayor para una mujer que vive en África que para una mujer que vive en América Latina. Constituye una rara excepción, la muerte que tiene lugar en un hospital privado, para una mujer privilegiada económicamente que acude buscando atención en este contexto. La mayoría de las muertes ocurre en las casas de las mujeres más carenciadas en donde se lleva a cabo un aborto no seguro. Las mujeres más pobres de los países más pobres del mundo, son las principales víctimas de la criminalización del aborto y la falta de oportunidad al acceso de servicios para una finalización segura del embarazo. Las complicaciones agudas y crónicas, como infertilidad y dolor pélvico crónico, forman parte de las consecuencias negativas en estas mujeres, que podría prevenirse si tuvieran acceso a un aborto seguro cuando lo necesitan.

Una **segunda razón** para favorecer un amplio acceso al aborto seguro es que el principal factor de acceso a la prevención es la penalización del aborto, lo cual sólo aumenta la mortalidad y la morbilidad sin disminuir la incidencia de abortos inducidos.

El efecto de la penalización se ve reflejado en los hechos sucedidos en Rumania, donde en 1965 se prohibió abruptamente el aborto y las tasas de muerte materna pasaron de 15 por cada 100000 nacidos vivos a más de 140 en ese período. Y se redujo drásticamente cuando se eliminaron las restricciones al aborto en ese país. Las tasas de aborto más bajas se encuentran en países donde las leyes permiten ampliamente el aborto y éste, por lo tanto, es seguro como en Europa occidental, Alemania y Suiza. En los países donde el aborto está restringido, se observan mayores tasas de mortalidad. Hace algunos años la tasa de aborto resultaba ser más alta en Europa del este, que tiene leyes liberales que permiten un acceso fácil y seguro al aborto, pero a su vez en dichos países se observaba una limitación al acceso de métodos anticonceptivos eficaces; cuando mejoró el acceso, se observó una reducción de un 50 % en las tasas de aborto que pasó de 90, en 1995, a 43 cada 1000 mujeres en el año 2008.

La **tercera razón** que lleva a FIGO para promover el acceso al aborto seguro es que la despenalización reduce rápidamente la mortalidad relacionada con el aborto y, en consecuencia, la tasa total de mortalidad materna.

En Rumania, ha disminuido inmediatamente en 1989 de 170, a 75 en el año 1991. En Sudáfrica en 1994 era de 425, y pasó a un promedio de 40 por año con la promulgación de la interrupción legal de embarazo, lo que demuestra una reducción del 91%.

La **cuarta razón** de FIGO para favorecer al acceso al aborto seguro es que en un entorno jurídico más favorable, la despenalización no incrementa el número de abortos como usualmente se supone.

En algunos países, se observa un aumento inicial, posterior a la despenalización, pero es imposible determinar si se trata de un aumento real o un resultado de la falta de notificación previa.

En Turquía, los datos sobre frecuencia de aborto derivan de encuestas demográficas y de salud de mujeres que responden directamente sobre su experiencia sobre el aborto. Luego de la corrección del subregistro que devino con la reforma legal (aumentó la denuncia), el número de embarazos que terminaban en aborto han disminuido. No hay relación directa entre la legalización del embarazo y su acceso seguro, y la disminución del número de abortos. Sabemos que la reducción del número de embarazos que conduce a abortos, se debe a la disponibilidad de una mejor información junto al acceso a métodos anticonceptivos eficaces. La legalización del aborto no sólo disminuye su frecuencia, sino que promueve su prevención facilitando la oportunidad de realizar planificación familiar en estas pacientes a las que se les brinda medios seguros para finalizar su embarazo, con el fin de disminuir la repetición en gestaciones futuras. Cuando el aborto constituye un crimen y es ilegal, otro es el escenario que lo acompaña, los proveedores no suelen estar motivados en reducir su frecuencia y realizar prevención en mismo acto.

El análisis de las razones por parte de la FIGO sobre mejorar el acceso a un aborto legal y seguro, no se encuadra bajo el lema "a favor del aborto" ni intenta aumentar el número de abortos inducidos, sino que, por el contrario, se esfuerzan en disminuir el número de abortos al mínimo posible sin castigar su práctica ni negar su atención.

La reducción del número de abortos, debe quedar en claro que se logra mediante la educación y planificación familiar. Paradójicamente la interrupción legal del embarazo, es un medio que lleva a la disminución de los abortos. Criminalizar el aborto, sólo conduce a la muerte y el sufrimiento sobre todo de las mujeres más marginadas.