

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 13, N°2 (2017)

Editorial

Ciarmatori Silvia

Sección Planificación Familiar, Servicio de Ginecología
del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Presidente de AMAdA



El debate que nos merecemos

En los últimos días se ha iniciado en el parlamento el debate por la despenalización del aborto: un debate instalado desde hace décadas en la sociedad, pero solo recientemente incorporado a la agenda política. Es mandatorio que se trate de un debate serio, profundo, transversal, respetuoso, responsable, apolítico, que vaya más allá de cualquier interés partidario.

En un tema tan sensible, complejo y polémico es inevitable que confronten innumerables argumentos que sostienen las diferentes posiciones. Muchos de estos argumentos –no todos– tienen su lógica y no deben descalificarse. Desde la mirada de la salud pública, la legalización de la interrupción del embarazo intenta dar respuesta a una situación devastadora que existe en nuestro país. Con más de 500.000 abortos por año, con un 17% del total de las muertes maternas debidas a abortos entre los años 2014 y 2016, con el hecho de que 2 de cada 10 de las mujeres fallecidas por causas maternas murieron por abortos inseguros, y considerando que la muerte por abortos inseguros es la primera causa individual de muerte materna desde 1980 en la Argentina, es imposible que los responsables de la salud pública no busquen una respuesta a esta situación. Desde la mirada de la salud, la despenalización del aborto intenta generar un marco de igualdad de oportunidades para que toda mujer que tome la difícil decisión de interrumpir la gestación, independientemente de cual sea su causal, su situación socio económica y del lugar geográfico en que se encuentre, pueda tener acceso a un aborto en condiciones seguras, sin riesgo de vida, en forma gratuita y con adecuada contención emocional. En el año 2013, casi 50.000 mujeres se internaron en los hospitales públicos por problemas relacionados con el aborto: 2 de cada 10 tenían 19 años o menos; 3 de cada 10 tenían entre 20 a 24 años. Esto muestra la vulnerabilidad de las mujeres más jóvenes, y generalmente más pobres, en la problemática del aborto.

Por supuesto que la despenalización del aborto no basta para solucionar el tema de la interrupción del embarazo. Puede ser una parte de la solución, pero las acciones deben iniciarse en etapas anteriores. Por eso, desde nuestra sociedad convocamos a todos aquellos que estén involucrados de una manera u otra en la atención de las mujeres, a comprometerse con un desafío muchísimo más ambicioso: la prevención del embarazo no intencionado. Para que esto sea posible, es indispensable la acción coordinada de los sistemas de Educación, Salud y Justicia, y por supuesto, profundos cambios culturales. Deben contar, entre los principales objetivos, garantizar el acceso universal a los servicios públicos de salud sexual y reproductiva; garantizar los mejores estándares de educación sexual, ofrecer un fácil acceso a los diferentes métodos anticonceptivos, asegurar la provisión continua de los métodos de forma gratuita, acompañada de un adecuado asesoramiento y monitoreo sostenido del uso de los mismos y promover el acceso a la anticoncepción post evento obstétrico.

Al decir de las mujeres, como lo expresaron en la marcha del 8 de marzo: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”.

El debate que nos merecemos

Fuentes

- Silvia M y Pantelides A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N°87, Cepal. Santiago de Chile. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842_2
- Anuarios de Estadísticas Vitales – Información básica. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en base a egresos hospitalarios por diagnóstico de 2013

Aceptabilidad del implante subdérmico y el perfil sociodemográfico de sus usuarias, durante el primer año de uso

AUTORES:

Rall P¹, Dejean L², Luna M³, Lafranconi M⁴, Parera C⁵, Crudo D⁶
¹²³⁴⁵ Médico/a Generalista, CAPS 10 de General San Martín;
⁶ Economista, Residencia de Administración Hospitalaria del Hospital Pirovano de la CABA
pablo.m.rall@gmail.com
General San Martín, Buenos Aires, Argentina



Resumen

Objetivo

Describir la aceptabilidad del implante subdérmico (IS) y el perfil sociodemográfico de sus usuarias, durante el primer año de uso.

Materiales y métodos

Estudio individuado, observacional y longitudinal realizado entre octubre de 2014 y mayo de 2016, en dos centros de salud de General San Martín, Buenos Aires. Por medio de controles trimestrales y el registro de la discontinuación precoz del IS, se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y variables asociadas a su aceptabilidad.

Resultados

El 50% de las usuarias tenía entre 17 y 29 años, el 26% era nuligesta y el 40% presentaba sobrepeso u obesidad. El 51% no usaba ningún método anticonceptivo (MAC), o usaba solo preservativo, previamente. El IS fue elegido por su percibida superioridad y/o insatisfacción con otros MAC (34%), comodidad (24%) y seguridad (17%). El patrón de sangrado más frecuente asociado a su uso fue la amenorrea (36%). Las dos terceras partes de las usuarias presentaron efectos adversos. En promedio, el 84% refirió una satisfacción ≥ 8 (en una escala de 1-10) con el IS. La tasa de extracción luego de 12 meses fue del 20%.

Conclusiones

Los resultados son un aporte a la discusión sobre el potencial beneficio de la incorporación universal del IS al primer nivel de atención, en el marco de la estrategia de reducción del embarazo no deseado.

Palabras claves

Anticoncepción; Implante subdérmico; Atención Primaria de la Salud

Abstract

Background

The paper describes the acceptability and the sociodemographic profile of subdermal implant users during the first year of use.

Methods

An individual, observational and longitudinal follow-up study performed in two primary care facilities in General San Martín, Buenos Aires, from October 2014 to May 2016. Data on users' sociodemographic profiles, clinical background and variables linked to acceptability was collected by means of three-monthly and discontinuation follow-ups.

Results

50% of users were between 17 and 29 years old, 29% were nulligravida and 40% were overweight or obese. 51% didn't use any contraceptive method, or only used condoms, before implant insertion. The main reasons for implant use were its perceived superiority and/or dissatisfaction with other contraceptive methods (34%), its comfort (24%) and safety (17%). The main bleeding pattern observed was amenorrhea (36%). Approximately two thirds of users experienced drug-related adverse events. 84% reported an average satisfaction score of ≥ 8 (on a 1-10 scale), and the discontinuation rate after twelve months was 20%.

Conclusions

Based on the study's results, incorporation of the subdermal implant to primary health care should be assessed, within the framework of the strategy for reducing unintended pregnancy.

Key words

Contraception; Subdermal implant; Primary Health Care

INTRODUCCIÓN

El estudio describe la aceptabilidad asociada al uso del IS en dos centros de atención primaria de salud (CAPS), así como el perfil sociodemográfico de sus usuarias, durante el primer año de uso. Los IS fueron suministrados por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)^a.

A pesar de la existencia de considerable material bibliográfico en relación con el uso del IS en otros países, en la Argentina hay relativamente pocos trabajos disponibles ^(1,2) además de los resultados aún no publicados de la prueba piloto del PNSSyPR. Aún más escasos son los trabajos realizados en el primer nivel de atención, o aquellos con un seguimiento longitudinal a lo largo de 12 meses completos.

En este sentido, el estudio pretende producir resultados que sean disparadores de futuras investigaciones sobre el IS como anticonceptivo reversible de larga duración (ARLD) y que, en última instancia, fortalezcan la estrategia de prevención del embarazo no deseado delineado por el PNSSyPR ⁽³⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

Basado en la clasificación propuesta por Almeida Filho ⁽⁴⁾, se diseñó un estudio individuado, observacional y longitudinal; incluyó a mujeres en edad reproductiva, usuarias de los CAPS N° 10 y N° 20 de General San Martín, que eligieron el IS como MAC entre el 1 octubre de 2014 y el 31 mayo de 2015.

Se realizó el seguimiento de las usuarias del IS por medio de cuatro controles trimestrales a lo largo del primer año de uso. A tal fin, se confeccionó una planilla de registro en forma de cuestionario semiestructurado que se completó en el momento de la colocación, en los cuatro controles y en el momento de extracción (en caso de extracción precoz). En ella, inicialmente se registraron datos sociodemográficos, antecedentes clínicos relevantes, peso y talla. En los controles, que se realizaron en forma presencial o telefónica, se recabó información sobre el patrón menstrual, posibles efectos adversos y su impacto, y la satisfacción con el IS. En caso de extracción precoz, se registró su motivo.

Se creó una base de datos usando el programa Microsoft Access, y el análisis de los datos obtenidos se realizó con el programa Microsoft Excel. Por medio de una metodología cuantitativa, se midieron las variables en escalas nominales, ordinales y de proporción, y se agruparon y categorizaron algunos datos. Por ejemplo, el grado de satisfacción se categorizó en ≤ 4 , 5-7 y ≥ 8 . Las variables fueron resumidas utilizando técnicas de estadística descriptiva para obtener medidas de tendencia central y de dispersión para los datos numéricos, y proporciones para los nominales. Además, se investigó la asociación entre la presentación de efectos adversos (si la usuaria presentó alguno o no) y el grado de satisfacción (< 8 o ≥ 8) mediante la prueba Chi-cuadrado.

Las variables utilizadas en el estudio fueron: *edad*, *educación formal*, *trabajo*, *antecedentes ginecológicos y obstétricos*, *peso* ^b y *aceptabilidad* ^c.

Se utilizaron los criterios propuestos por la OMS para la evaluación del patrón menstrual en usuarias de MAC con progestágenos, tomando como referencia períodos de 90 días ⁽⁵⁾.

El indicador *motivo de elección del IS* se diseñó a partir de las respuestas obtenidas a la pregunta abierta "¿por qué elegiste este método para cuidarte?". Se crearon las siguientes categorías según la frecuencia de los motivos de elección del IS: Comodidad, Duración, Recomendación, Novedad, Mejor que otro/Insatisfacción, Seguridad y Otros.

La variable *patrón menstrual anual* fue diseñada para reflejar en forma integral y longitudinal los cambios en el patrón menstrual a lo largo del primer año de uso del IS. Utilizando un punto de corte de 3 o más repeticiones del mismo patrón menstrual en los cuatro controles, se clasificaron los patrones de las usuarias en predominantes (ej. Amenorrea). En el caso de que no se cumpliera este requisito, y la combinación de los patrones que se presentaron pudiera agruparse, se clasificaron en patrón menstrual anual mixto "para más" o patrón menstrual anual mixto "para menos". El primer patrón incluye sangrado frecuente, sangrado prolongado y sangrado abundante; el segundo incluye amenorrea y sangrado infrecuente. El patrón menstrual del resto de las usuarias (que no cumplían con estos requisitos) se clasificó como otros.

RESULTADOS

De las 212 usuarias que se colocaron el IS, 102 completaron doce meses de seguimiento. A lo largo de este período, se hicieron 149, 134, 121 y 102 controles a los tres, seis, nueve y doce meses, respectivamente. En el mismo período se registraron 26 extracciones (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de pérdidas, seguimientos completos y extracciones de usuarias del IS.

n=212



Los resultados del perfil sociodemográfico, y los antecedentes ginecológicos y obstétricos, se obtuvieron de la población total de usuarias que se colocaron un IS, con un n de 212. El 61% de las usuarias no cursaba estudios en el momento de la colocación del IS. De ellas, el 7% tenía estudios primarios incompletos y el 47% secundarios incompletos. El 15% tenía estudios primarios completos, el 29% secundarios completos y el 2% universitarios/terciarios completos. Hubo un 1% de no registro.

El 26% de las usuarias era nuligesta, el 55% presentó una a tres gestas previas, y el 15% más de tres gestas previas. Hubo un 4% de no registro. El resto de los resultados del perfil sociodemográfico se resumen en el Gráfico 2 y en la Tabla 1.

Gráfico 2. Edad de las usuarias del implante subdérmico. n=212

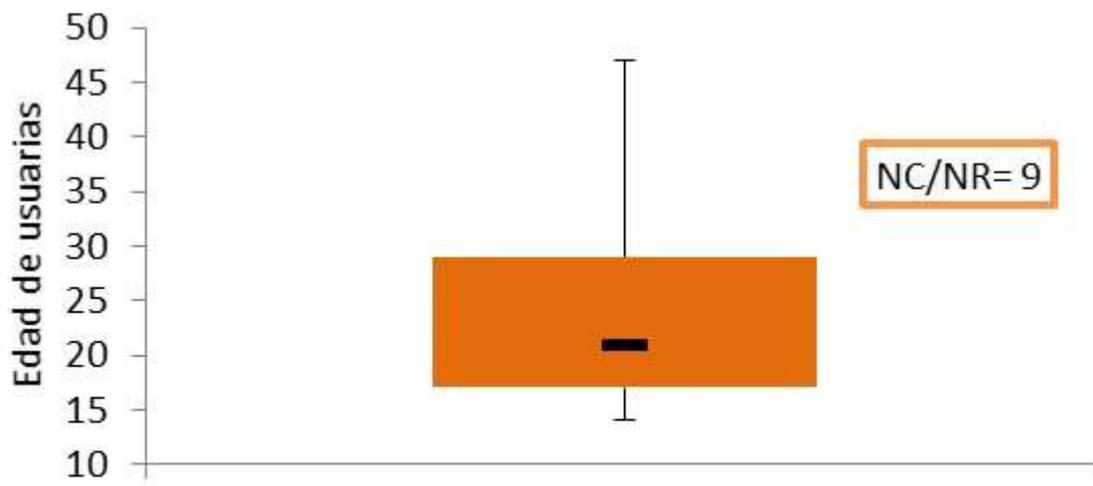


Tabla 1. IMC de las usuarias del implante subdérmico. n=212

IMC	Número de usuarias	Porcentaje (%)
<18.5 (Bajo Peso)	5	2
18.5-24.9 (Normopeso)	55	26
25-29.9 (Sobrepeso)	50	24
≥30 (Obesidad)	33	16
NC/NR	69	33

Los resultados de los indicadores que componen aceptabilidad se obtuvieron de la población de usuarias que completó doce meses de seguimiento, con un n de 102.

No se registró ningún embarazo en las usuarias del IS durante su seguimiento. Se registró una extracción precoz por un diagnóstico tardío de embarazo, a pesar de dos test de embarazo negativos previos a la colocación.

La frecuencia por trimestre de los efectos adversos se encuentra resumida en la Tabla 2. La frecuencia relativa de presentación de algún efecto adverso sistémico por el uso del IS fue del 59%, 67%, 66% y 69%, del primer al cuarto control, respectivamente. Entre el 70% y 78% – dependiendo del trimestre– presentó un máximo de un efecto adverso por control, y la mediana de efectos adversos por usuaria en todos los controles fue 1. La cantidad máxima de efectos adversos presentados en un control fue cinco (dos usuarias en el primer control y una en el último).

Tabla 2. Efectos adversos por el uso del IS por trimestre. n=102

Tabla 2. Efectos adversos por el uso del IS por trimestre. n=102								
Efecto adverso	Número de usuarias							
	3 Meses		6 Meses		9 Meses		12 Meses	
Aumento de peso	22	(21,56%)	32	(31,37%)	29	(28,43%)	28	(27,45%)
Cefalea	25	(24,50%)	22	(21,56%)	20	(19,60%)	16	(15,68%)
Dolor abdominal	22	(21,56%)	24	(23,52%)	17	(16,66%)	26	(25,49%)
Acné	12	(11,76%)	19	(18,62%)	14	(13,72%)	15	(14,70%)
Mastalgia	11	(10,78%)	13	(12,74%)	13	(12,74%)	10	(9,80%)
Distensión abdominal	0	(0%)	4	(3,92%)	3	(2,94%)	1	(0,98%)
Hipersensibilidad	0	(0%)	2	(1,96%)	3	(2,94%)	0	(0%)
Náuseas/vómitos	0	(0%)	0	(0%)	2	(1,96%)	1	(0,98%)
Mareo	1	(0,98%)	1	(0,98%)	1	(0,98%)	1	(0,98%)
Disminución de libido	0	(0%)	1	(0,98%)	1	(0,98%)	1	(0,98%)
Calores	1	(0,98%)	1	(0,98%)	1	(0,98%)	0	(0%)
Síntomas ácido sensitivos	1	(0,98%)	1	(0,98%)	1	(0,98%)	0	(0%)
Caída del cabello	1	(0,98%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
Cambios de humor	1	(0,98%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
Aumento de vello	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(0,98%)
Palpitaciones	0	(0%)	0	(0%)	1	(0,98%)	0	(0%)
Dolor MMSS	1	(0,98%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
Piel/cabello graso	0	(0%)	0	(0%)	1	(0,98%)	0	(0%)
Disminución del apetito	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(0,98%)

No se encontró ninguna asociación entre la presentación de efectos adversos y el grado de satisfacción en los cuatro controles por medio de la prueba Chi-cuadrado ($p=0,114$; $0,886$; $0,141$; $0,859$, respectivamente).

La frecuencia relativa de presentación de algún efecto adverso local fue del 29%, 30%, 17% y 22%, del primer al cuarto control, respectivamente; los más frecuentes fueron dolor, prurito e irritación. No se presentó ningún caso de infección poscolocación del IS.

Las 26 extracciones realizadas representan una tasa de extracción en el primer año de uso del 20% (calculado sobre el total de usuarias con seguimiento, 128). La media y la mediana de la duración de los IS que se extrajeron precozmente fue de 7,8 meses. El resto de los resultados sobre la aceptabilidad se resumen en los Gráficos 3 a 9 y en la Tabla 2.

Gráfico 3. Motivos de elección del implante subdérmico. n=212

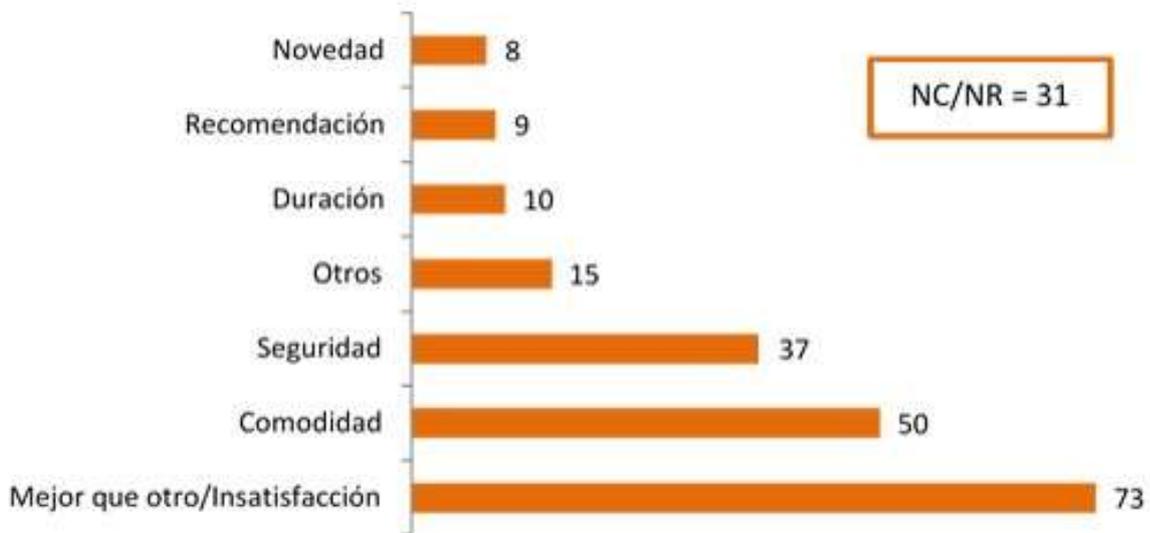


Gráfico 4. Patrón menstrual de las usuarias previo a la colocación del implante subdérmico. n=102



Gráfico 5. Patrón menstrual anual de las usuarias del implante subdérmico. n=102.

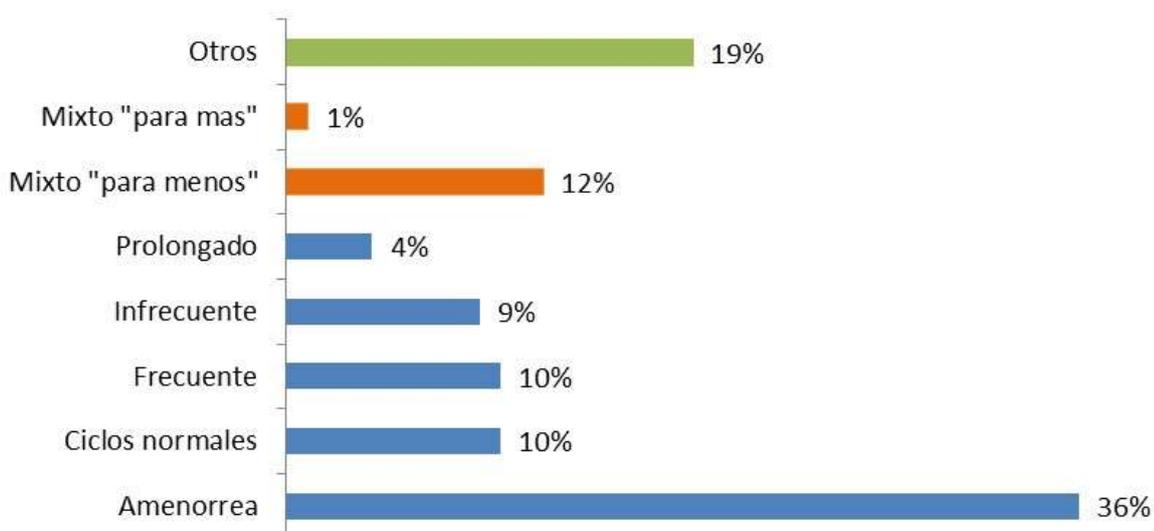


Gráfico 6. Patrón menstrual de las usuarias del implante subdérmico con molestia/preocupación por su menstruación, por trimestre. n 3 meses=38; n 6 meses=31; n 9 meses=32; n 12 meses=28.

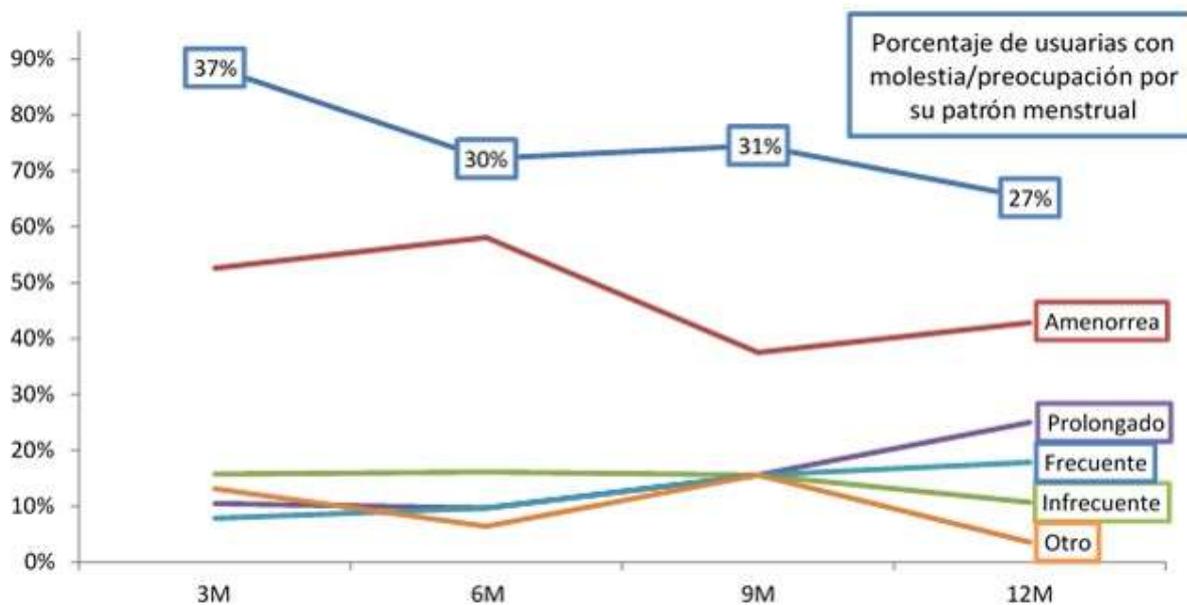


Gráfico 7. Usuaris del implante subdèrmic con necesidad de realizar un test de embarazo por presentar amenorrea, por trimestre. n 3 meses=41; n 6 meses=49; n 9 meses=41; n 12 meses=41.

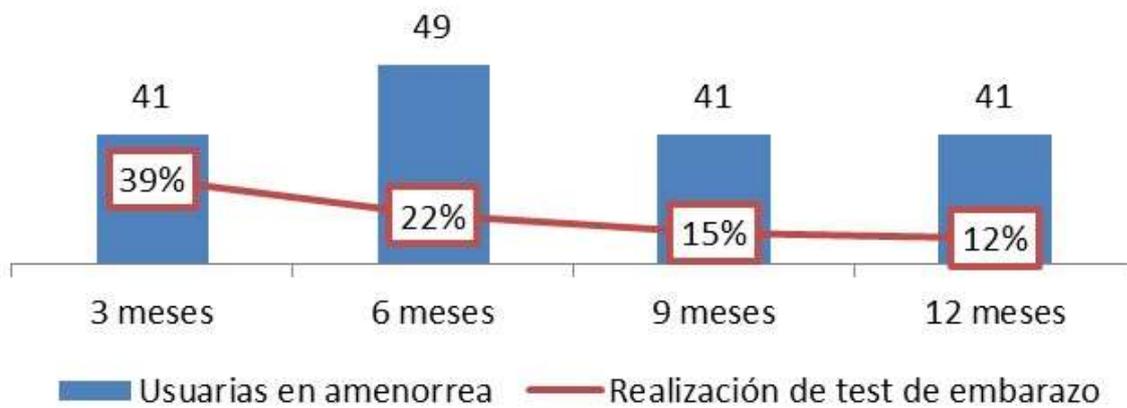


Gráfico 8. Grado de satisfacción de 1 a 10 en usuarias del implante subdèrmic, por trimestre, promedio anual y en extracciones. n=102, n extracción=26.

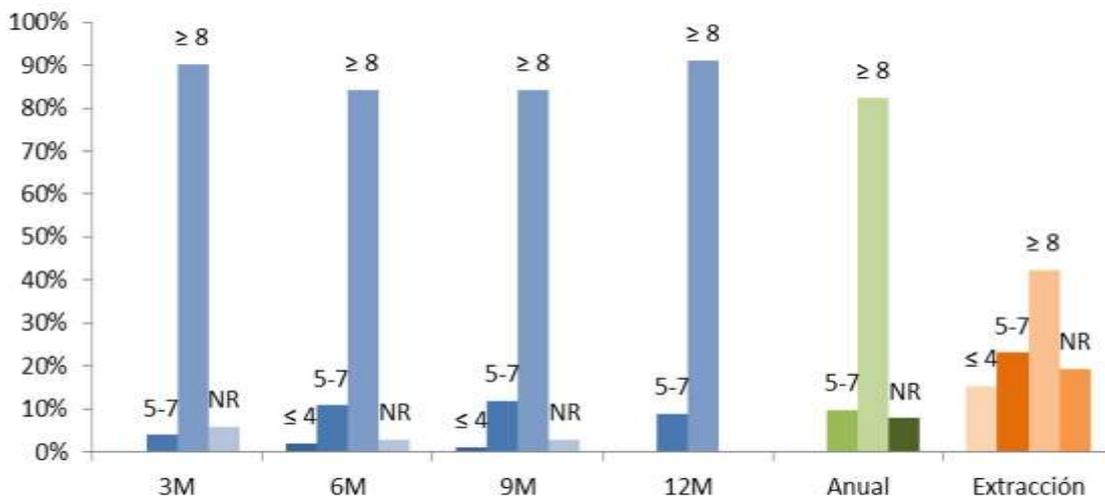
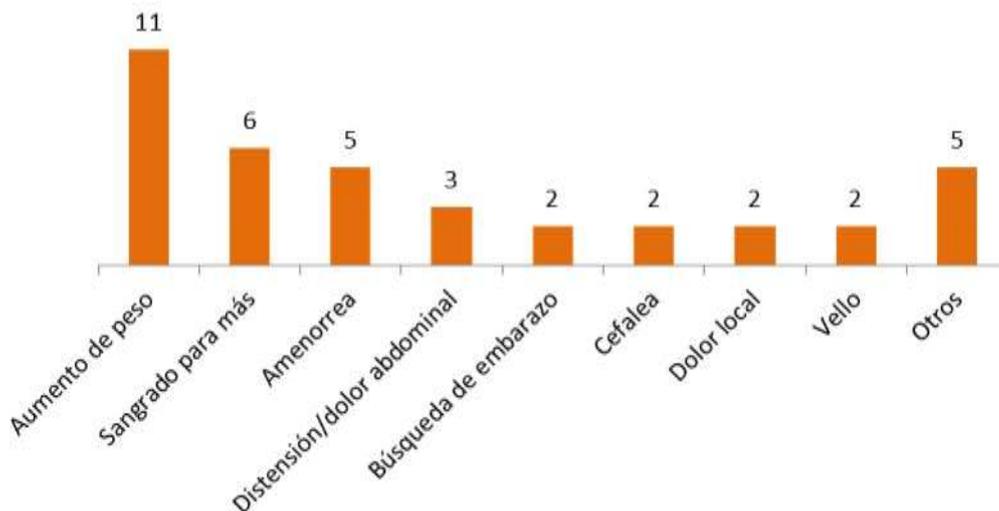


Gráfico 9. Motivos de extracción en usuarias del implante subdèrmic. n=26.



DISCUSIÓN

No se observaron diferencias significativas entre la población de usuarias que completó el seguimiento y el que no lo hizo, respecto de las variables sociodemográficas, ginecológicas y obstétricas.

Algunos resultados del estudio abren un interrogante sobre el potencial beneficio de incorporar el IS de manera universal a la canasta de MAC del PNSSyPR: el amplio rango de edades de las usuarias; la insatisfacción con otros MAC y/o la percepción de superioridad del IS respecto de los demás MAC como principal motivo para su elección; y el 54% que no usaba ningún MAC o solamente usaba preservativos, de modo similar a la población en general⁽⁶⁾.

Respecto de la población de usuarias con sobrepeso u obesidad, una de las principales limitaciones de los resultados es el elevado subregistro del peso y/o talla. No obstante, de concretarse un seguimiento a dos y tres años, el estudio podría aportar a la discusión acerca de la eficacia del IS en esta población, considerando que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica recomienda considerar el reemplazo del IS antes de los tres años en mujeres con sobrepeso y obesidad, a pesar de reconocer que la experiencia clínica en esta área es limitada⁽⁷⁾.

Los cambios en el patrón menstrual que produce el IS se visualizan claramente en la frecuencia comparada de los patrones *ciclos normales y amenorrea*, previo a la colocación del IS y a lo largo del primer año de uso. Varios estudios informaron frecuencias de presentación de amenorrea similares^(5, 8, 9), con pocas excepciones que informaron frecuencias menores⁽⁹⁾.

La frecuencia de presentación de efectos adversos, así como la frecuencia relativa de los efectos adversos más frecuentes, fue similar a la informada por una revisión de trece estudios⁽¹⁰⁾. Las excepciones fueron el dolor abdominal (muchas veces identificado con un patrón cíclico y asociado a la amenorrea) y aumento de peso, que fueron más frecuentes.

La frecuencia relativa de discontinuación precoz del IS fue similar a la descrita en varios estudios^(9, 10), aunque otros –con un n considerablemente menor– informaron una frecuencia menor⁽¹¹⁾. Los motivos de extracción más frecuentes también fueron similares a los habitualmente descritos en la bibliografía^(5, 8, 12, 13). A diferencia de otros estudios, fue infrecuente la extracción del IS por búsqueda de embarazo^(8, 12).

CONCLUSIONES

Los resultados observados en el estudio son un aporte a la discusión sobre el potencial beneficio de la incorporación universal de un ARLD con las características del IS a los servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención, incorporación que podría fortalecer la estrategia de abordaje del embarazo no deseado.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Susana Rojas, Emilia Leyria y Luciana Rossini por sus aportes al trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mazur V, García V, Salceek L. Implantes hormonales, tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. Trabajo presentado en: XXVIII Congreso nacional de Medicina General; 2013 Nov 6-9; Potrero de los Funes, Argentina.
2. Giurgiovich A, Berner E, Arellano J, Holgado MA, Potito J. Resultados luego de la utilización en 36 meses del implante subdérmico de etonogestrel de 68 mg en adolescentes puérperas de 15 a 19 años. 2015. Hospital "Evita Pueblo", Berazategui. Argentina.
3. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación [Internet]. Buenos Aires (Argentina); c2016. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; [citado 2016 ago 26]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/programa.php>
4. De Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introducción a la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.
5. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil Steril*. 2009;91(5):1646-1653.
6. Instituto nacional de estadísticas y censos: Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Buenos Aires (Argentina); c2016. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2013; [citado 2016 ago 28]; p. 16-17. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_r_2013.pdf
7. ANMAT: Boletín de disposiciones [Internet]. Buenos Aires (Argentina); c2011. Disposición N° 4272; 2011 Jun [citado 2016 ago 29]; [46 pantallas]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/junio_2011/Dispo_4272-11.pdf
8. Diedrich JT, Zhao Q, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Three-year continuation of reversible contraception. *Contraception*. 2009;80(5):457-62.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence [Internet]. Londres (Reino Unido); c2016. Long acting reversible contraception. Clinical guideline 30; 2005 Oct [citado 2016 sep 12]; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/evidence/full-guideline-194840605>
10. Urbancsek J. An integrated analysis of nonmenstrual adverse events with Implanon. *Contraception*. 1998;58(6S):109S-114S.
11. Dickerson LM, Diaz VA, Jordon J, Davis E, Chirina S, Goddard JA y cols. Satisfaction, early removal, and side effects associated with long-acting reversible contraception. *Fam Med*. 2013;45 (10):701-7.
12. Chaovitsaree S, Piyamongkol W, Pongsatha S, Morakote N, Noium S, Soonthornlimsiri N. One year study of Implanon on the adverse events and discontinuation. *J Med Assoc Thai*. 2005; 88(3):314-7.
13. Sergent F, Clamageran C, Bastard AM, Verspyck E, Marpeau L. Acceptability of the etonogestrel-containing contraceptive implant (Implanon). *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004; 33(5):407-15.

a. El PNSSyPR distribuyó IS en el marco de una prueba piloto. Cabe destacar que la partida de IS con la que se realizó el estudio no fue parte de la prueba.

b. El peso se valoró tanto objetivamente como subjetivamente. Cada usuaria fue pesada en la consulta de colocación del IS, pero en las consultas de seguimiento se indagó sobre el aumento de peso – percibido como un efecto adverso – de manera subjetiva (luego de descartar otras causas de aumento de peso).

c. La de aceptabilidad es una variable compuesta por las siguientes sub-variables con sus respectivos indicadores: motivo de elección del IS, MAC actual, patrón de menstruación, preocupación/molestia por alteraciones menstruales, realización de un test de embarazo, efectos adversos sistémicos, efectos adversos locales, grado de satisfacción y discontinuación precoz del IS.

#ChauTabú: Expandiendo el acceso a la educación sobre Salud Sexual y Reproductiva y sus derechos

AUTORES:

Natalia Herbst ¹

Asesor Senior de Jefatura de Gabinete en Subsecretaría de Juventud en
Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. IDS
Institute of Development Studies, Universidad de Sussex, RU
natiherbst@gmail.com



Palabras claves

salud sexual y reproductiva, educación, Argentina, tecnología digital, sexualidad, diversidad sexual.

1. Introducción

El objetivo del presente artículo es repasar el diseño e implementación de la plataforma online #ChauTabú por parte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) considerando los aspectos priorizados para el desarrollo de contenido sobre educación sobre Salud Sexual y Reproductiva y sus derechos. Con el fin de abordar las consideraciones sobre diseño e implementación, el artículo reflexiona sobre las distintas etapas y fundamentos detrás de la creación de la plataforma. Para esto, serán considerados los desafíos surgidos durante la implementación, relacionados a las limitaciones inherentes a las plataformas digitales para educación en SSRyD, así como la resistencia de la iglesia Católica y grupos religiosos de la sociedad civil y los modos en que éstas fueron sorteadas. El artículo discute cómo algunas de las características principales del sitio – como su enfoque basado en derechos y una concepción fluida de la sexualidad- fueron posibles dadas las particularidades del contexto sociocultural y legal argentinos, y su relevancia para a otros contextos. Si bien el caso es particular a la ciudad capital de Argentina, el hecho de que haya sido concebido como un proyecto con potencial de expansión a nivel nacional significa que las lecciones que se desprenden del mismo pueden ser de relevancia para otros países. Se considerarán particularmente las similitudes religiosas con México y el rol de la iglesia Católica y asociaciones religiosas cristianas como “guardianes” o “*gatekeepers*” de la educación sobre SSRyD.

En la Ciudad de Buenos Aires, existe una alta penetración de Internet, con por lo menos 89% de la población mayor a diez años contando con acceso online en sus hogares en 2011 (INDEC 2012, 35). Dicho acceso estaría en parte influenciado por un programa de distribución de computadoras portátiles a niños en edad escolar desarrollado por el gobierno nacional desde 2010, a la par de un aumento a nivel nacional del uso de *smartphones* durante el mismo periodo (La Nación 2015). En lo que respecta al uso de Internet en relación a temáticas sexuales, el Observatorio de Internet en Argentina establece que las búsquedas online de pornografía han aumentado 45% en los últimos dos años, y que tanto mujeres (77%) como hombres (94%) jóvenes de entre 18 y 25 años la consumen ampliamente (Rosemblat 2016). Esto significa que la pornografía es una fuente de información importante sobre sexualidad en un contexto que es mayoritariamente conservador

en función de la influencia de la iglesia Católica Romana. En este escenario contradictorio, la proliferación de la pornografía coexiste con la censura de imágenes de pezones –femeninos-, lo que ha llevado a activistas en búsqueda de crear concientización sobre autoexámenes mamarios a usar cuerpos masculinos en videos de YouTube para evitar y criticar la censura simultáneamente (MACMA 2016). En función del alto nivel de acceso a Internet y sus diversos usos relacionados al sexo y la sexualidad, se propuso el desarrollo de una plataforma digital por parte del Estado que proporcione a jóvenes información certificada a través de un canal abierto, como una forma de hacer frente tanto a la abundancia de fuentes de información imprecisas sobre SSR disponibles online, como a los persistentes desafíos en la implementación de la educación sexual integral en las escuelas.

2. Contexto

El aprendizaje sobre SSRyD ‘comienza temprano en la vida de los jóvenes, y, si es llevado a cabo correctamente tiene el potencial de influenciar a los jóvenes hacia una salud sexual y reproductiva positiva durante toda sus vidas’ (Levine 2011, 19). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 han atribuido importancia a un desarrollo sexual saludable para la salud mental y el bienestar físico (Shtarkshall, Santelli, and Hirsch 2007). Las principales innovaciones de #ChauTabú son su naturaleza digital y su tratamiento del sexo y la sexualidad a través de un enfoque no heteronormativo y basado en derechos.

Massey (1993) considera que los “espacios” o “lugares” tienen una especificidad particular que se forma a partir de una constelación de relaciones, por lo que propone que los “lugares”:

Pueden ser imaginados como momentos articulados en redes de relaciones sociales y entendimiento. Esto, permite una concepción del lugar que es extrovertida, que integra de un modo positivo lo global y lo local... existen relaciones reales con contenido económico, político, cultural real entre cualquier lugar local y el mundo en su amplitud en el que está localizado (Massey 1993, 66).

Su “significado progresivo del lugar” fue concebido para evitar visiones estáticas y expandir lo local a lo global. Dicha concepción es relevante a la expansión de la educación sobre SSRyD a través de comunidades digitales como espacios educativos. La idea de un “lugar” digital respeta la conceptualización de Massey (1993) sobre espacios dinámicos sostenidos a través de interacciones sociales, que en la actualidad se vuelven en parte digitales y potencialmente anónimos. Hemingway (2008) ha construido sobre esta idea, sugiriendo que las plataformas digitales crean oportunidades para “espacios” reconceptualizados de educación en SSRyD con la capacidad de desconcertar o desplazar de terrenos familiares.

Distintos estudios han identificado múltiples ventajas que las intervenciones tecnológicas – incluyendo las plataformas online- pueden ofrecer. Estas incluyen: su bajo costo; el potencial de acceso a poblaciones remotas; mayor flexibilidad para la programación, personalización y adaptación del contenido (en comparación con soportes alternativos como material impreso); el valor universal de la información ofrecida; la capacidad de ofrecer información estandarizada; interactividad; privacidad y autonomía, que permiten un aprendizaje auto dirigido; y portabilidad (Edouard and Edouard 2012; Levine 2011; Guse et al. 2012). Estas características son particularmente relevantes en relación a la educación sobre SSRyD digital para jóvenes.

Berglas, Constantine y Ozer proponen que un enfoque basado en derechos para educación sexual y reproductiva juvenil puede ser definido como:

La intersección de cuatro elementos: un principio subyacente de que los jóvenes tienen derechos sexuales; la expansión de los objetivos programáticos más allá de la reducción de embarazos no deseados y las ETS (enfermedades de transmisión sexual); la ampliación del contenido curricular incluyendo temas como normas de género, orientación sexual, expresión sexual y placer, violencia y derechos individuales y responsabilidades en las relaciones; y una estrategia pedagógica participativa que involucre a la juventud en el pensamiento crítico sobre su sexualidad y sus decisiones sexuales (Berglas, Constantine, and Ozer 2014, 63).

Una educación sexual para jóvenes basada en este enfoque propone un desafío a las dinámicas sociales y culturales convencionales sobre sexualidad a través de la provisión de información precisa en espacios participativos centrados en la juventud. Los espacios digitales representan un recurso especialmente atractivo para esto dadas su anonimidad y privacidad.

Es bien sabido que los jóvenes buscan privacidad en relación a sus cuerpos y sus relaciones. Sin embargo, no deberían ser responsables independientemente de aprender sobre SSRyD. Como Shtarkshall et. al. (2007) señalan, los padres tienen un rol en la "socialización sexual" de los jóvenes, impartiendo valores sociales, culturales y religiosos sobre las relaciones íntimas y sexuales; y los profesionales en educación para la salud deben proveer "educación sexual" incluyendo información sobre sexualidad y habilidades sociales relacionadas. Más allá de – o quizás por- estos diversos roles en relación a la educación sexual de los jóvenes, la temática es recurrentemente conflictiva. Esto incluye discrepancias sobre: el rol del gobierno en la vida familiar y la educación sexual; el control de los padres sobre la educación sexual; los valores centrales a ser incluidos en la educación sexual -como igualdad de género y responsabilidad individual-; y qué constituye un comportamiento sexual adolescente apropiado (Shtarkshall, Santelli, and Hirsch 2007).

Si bien en Argentina la Ley Integral de Educación Sexual de 2006 es progresista, su implementación es incompleta en función de los debates en torno a la misma: mientras que sus partidarios consideran que ofrecer salud sexual desde la educación primaria permite a los jóvenes reflexionar sobre su sexualidad para tomar decisiones informadas, sus detractores sostienen que incita a la promiscuidad. Las expectativas sociales y culturales sobre normas respecto del sexo, la sexualidad y normas de género son absorbidas durante la infancia y adolescencia (Berglas, Constantine, and Ozer 2014). En este proceso ciertos temas suelen ser excluidos de la discusión generando tabúes. Argentina ha estado a la vanguardia sobre derechos sexuales en América Latina siendo el primer país en legalizar el casamiento igualitario en 2010 y aprobando la ley de identidad de género más progresista de la región en 2012. Como en muchos otros países de la región, la prostitución en si misma (intercambio de sexo por dinero) es legal, mientras que la prostitución organizada no lo es. Sin embargo muchos tabúes persisten alrededor de la sexualidad.

Los temas tabú en Argentina incluyen el aborto, sexualidad y embarazos adolescente, anticoncepción y la educación sexual comprehensiva de la diversidad sexual. La provisión de información integral en estos temas es fundamental dado que constituye el derecho humano de los jóvenes a un desarrollo saludable establecido por la ley nacional. Un estudio reciente sobre prácticas sexuales entre los jóvenes estableció que en Argentina 44% de los mismos tienen su primera relación sexual antes de los 16 años. En suma, reveló que 34% no usa ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, más del 50% de los jóvenes no sabe usar preservativos correctamente y el uso de los mismos ha bajado 10% desde 2005 (Kornblit and Sustas 2015, 9–15). Entonces, si bien legalmente muchos métodos anticonceptivos –como preservativos y pastillas anticonceptivas- deberían estar disponibles gratuitamente, muchos jóvenes parecerían no tener el conocimiento para usarlos apropiadamente.

La educación sexual convencional en Argentina es muy variable, tendiendo a estar focalizada en contenido biomédico y reproductivo, pasando por alto temas como la diversidad sexual, el placer, desigualdades de género y el consentimiento (Kornblit, Sustas, and Adaszko 2013). Dado que el sistema educativo es descentralizado, más allá del contenido y los materiales proporcionados por el gobierno nacional, el Ministerio de Educación de cada provincia cuenta con la discreción de ajustar su currícula. En consecuencia, cuan progresista o conservadora sea la educación sexual proporcionada dependerá de la postura de cada gobierno provincial. Líderes de opinión del país en el tema sostienen que, si bien la Ley de Salud Sexual de 2006 es integral y progresiva, la misma no está siendo aplicada, y que los problemas respecto de la calidad de la información proporcionada a los jóvenes son persistentes (Dillon 2013). Más allá de las variaciones entre provincias, el Ministerio de Educación nacional ha considerado que la educación en SSRyD en las escuelas argentinas continúa registrando dificultades y resistencia de los docentes y directores respecto a la enseñanza de contenido relacionado a la diversidad sexual y de género, visiones críticas sobre la desigualdad de género, y una falta de preocupación sobre la violencia de género (Ministerio de Educación 2015).

Sawade (2014) y Allan et. al. (2008) sostienen que es vital discutir tabúes, más allá de las controversias, ya que su negligencia limita la habilidad de los jóvenes de conocer y reclamar sus derechos en relación a su sexualidad y reproducción. Si bien ciertos temas sobre sexualidad continúan siendo tabúes, el acceso de la juventud a internet -y a partir de eso a diversos formatos de información sobre SSRyD- provee nuevos espacios para abordar la temática.

3. Metodología

El presente artículo está basado en la experiencia en el desarrollo e implementación de una plataforma sobre educación sobre SSRyD a nivel sub-nacional, y posteriores reflexiones sobre dicho proceso. Se ha realizado una revisión de la literatura con el fin de contextualizar cómo la puesta en práctica de #ChauTabú se relaciona con los temas discutidos en la misma, particularmente a la idea de espacios educativos, y los potenciales y limitaciones de la educación digital sobre SSRyD.

4. Limitaciones

No se han generado nuevos datos para el presente artículo. El mismo está basado en la experiencia profesional, y datos cuantitativos limitados proporcionados por los profesionales a cargo del proyecto. El artículo se limita a discutir las etapas de diseño e implementación del proyecto.

El uso de los datos proporcionados permite un “pantallazo” sobre el tráfico del sitio. Sin embargo, si bien los recursos online crean múltiples oportunidades para abordar a la juventud, las limitaciones de estas plataformas deben ser problematizados y contextualizados (Guse et al. 2012). Berglas et. al. (2014) señalan que, por ejemplo, las plataformas digitales reducen las oportunidades de reflexión y pensamiento crítico de los jóvenes, afectando su habilidad para pensar estratégicamente y encontrar soluciones frente a problemáticas de SSRyD. Esto sugiere que las plataformas digitales deben ser ofrecidas en conjunto con otras formas de apoyo y servicios con el fin de provocar cambios de comportamiento. Este estudio no constituye una evaluación del impacto de #ChauTabú en cambios de comportamiento.

5. Descripción del proyecto

#ChauTabú es una plataforma de SSRyD online lanzada en 2013 por la Dirección General de Juventud, dependiente de la Vicejefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ². Si bien el proyecto surgió a partir del reconocimiento de la necesidad de educación en SSRyD, durante la producción del contenido del sitio se aprovechó la oportunidad para ir más allá de la educación en Salud Sexual y Reproductiva “clásica”. #ChauTabú abordó tabúes y buscó incluir un enfoque basado en derechos y no heteronormativo. Esto guió la decisión de crear #ChauTabú como una marca paraguas bajo la cual comunicarse con la juventud sobre distintas temáticas relacionadas a la salud y el bienestar en el futuro. Un año después de su lanzamiento, #ChauTabú fue expandido para incluir información sobre adicciones y abuso de sustancias en un sub-sitio independiente bajo el dominio principal.

El sitio fue desarrollado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires reconociendo la imperante necesidad de ofrecer información rigurosa sobre SSRyD a los jóvenes. En suma al estado de implementación de la Ley Nacional de Salud Sexual Integral detallado anteriormente, y en función del sistema descentralizado de educación, en el sistema educativo de la Ciudad de Buenos Aires en particular los docentes se encuentran sujetos a un sistema de capacitación por puntos que incluye capacitaciones obligatorias y electivas. En el mismo, la capacitación en educación sexual electiva se encuentra dentro del grupo que otorga la menor cantidad de puntos posibles. Esto significa que docentes bajo un exceso de trabajado y sub compensados salarialmente tienen bajos incentivos para estar capacitados apropiadamente para cumplir con la ley de 2006 ³. En suma, estudios han demostrado que confrontados con un problema relacionado a su sexualidad, solo el 7% de los jóvenes recurriría a un docente (Kornblit and Sustas 2015, 20).

En este contexto, #ChauTabú fue propuesto como una respuesta intermedia y con una capacidad de implementación rápida, dada la complejidad y extensión temporal necesarias para ofrecer educación comprehensiva en la temática en las escuelas (incluyendo: actualización de la capacitación de los docentes, aprobación pedagógica, establecimiento de la obligatoriedad de la capacitación docente en salud sexual, capacitación de los docentes, monitoreo de la implementación). Tal proyecto de largo plazo requería al mismo tiempo extensiva coordinación entre ministerios, e iniciativa del Ministerio de Educación. En función de dichas circunstancias, desde la Vicejefatura de Gobierno se propuso una alternativa online para llegar a los jóvenes mientras las políticas formales de educación para espacios tradicionales eran discutidas, negociadas, diseñadas e implementadas.

El objetivo de #ChauTabú es ser una herramienta de educación sexual, que discute tabúes, y provee información no solo sobre sexo y sexualidad, sino también sobre los derechos de los jóvenes con el fin de desafiar relaciones de poder y otorgarles agencia para determinar sus necesidades. Por lo tanto, el foco del sitio nunca es “qué no hacer”, si no “como disfrutar de un modo seguro lo que estás haciendo o querés hacer”.

El desarrollo de #ChauTabú se basa en la idea de que hacen falta diversos “espacios” para la provisión de información sobre SSRyD, dado que estos permiten a los usuarios interactuar y expresarse con distintos niveles de libertad. Si bien la escuela y la familia continúan siendo espacios relevantes para la educación sobre SSRyD, éstos también se encuentran limitados por normas socioculturales que definen expectativas para los jóvenes (Guilamo-Ramos et al. 2015; Wilson and Koo 2010). Complementariamente, en la creación de #ChauTabú se adoptó una concepción de “espacios progresivos” (Hemingway 2008; Massey 1993) en los cuales se discuten tabúes y se desafían las normas sociales, creando un espacio online seguro y discreto. El mismo provee información al mismo tiempo que funciona como un canal de comunicación entre el

gobierno y la juventud. De este modo, se propuso un espacio alternativo y no exclusivo, con un enfoque basado en derechos sobre Salud Sexual y Reproductiva que pueda proveer mayor privacidad a los usuarios que los espacios “tradicionales” como la familia o instituciones públicas educativas y de salud donde la (in)aceptabilidad de discusión de ciertos temas puede prevenir que los adolescentes pregunten o accedan a información sobre temas relevantes a sus experiencias o intereses (Wilson and Koo 2010; Sawade 2014; Allan et al. 2008). La privacidad y anonimato que brindan las plataformas digitales se vuelven relevantes para promover discusiones sobre temas que desafían normas sociales o religiosas, abriendo espacios para derribar mitos e incertidumbres sobre SSRyD.

Las secciones de #ChauTabú incluyen:

- Información sobre sexo y salud: sección de preguntas y respuestas dividida en las siguientes áreas temáticas: el cuerpo y los órganos sexuales; VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual; sexualidad, género y diversidad sexual; vacunación; embarazo y anticoncepción; derechos sexuales y reproductivos.
- Mapa interactivo: provee la localización de servicios públicos disponibles incluyendo servicios de adolescencia, centros de realización de test de VIH/SIDA y puntos de entrega de métodos anticonceptivos y ámbitos de consulta con profesionales de salud.
- “A mí me pasó”: historias anónimas en primera persona sobre experiencias de jóvenes que experimentaron diversas situaciones relacionadas a la SSRyD.
- Métodos Anticonceptivos: sección interactiva en la cual el usuario puede generar una tabla comparativa de métodos anticonceptivos eligiendo tres opciones a partir de una lista de más de veinte métodos. La tabla brinda información para cada método incluyendo tipo de anticonceptivo, descripción, eficacia, capacidad para prevenir ITS, ventajas, desventajas, disponibilidad. El usuario tiene la posibilidad de cambiar su selección y obtener una nueva tabla comparativa tantas veces como lo desee.
- Test: verdadero o falso interactivo, en el cual el usuario debe responder una afirmación. Independientemente de la respuesta se proporciona más información sobre el tema luego de ingresar la respuesta.
- Consultorio online: un sistema de uso anónimo a través del cual los usuarios pueden realizar consultas sobre inquietudes que no estén cubiertas por el material disponible en la página. Las mismas son respondidas dentro de las 72 horas por un equipo de profesionales en salud.

6. Hallazgos

6.1. Uso del sitio y desarrollo

Durante su primer año el sitio recibió 250.000 visitas. Los usuarios reportaron ser mujeres en un 46% y hombres en un 54%, y el consultorio online recibió más de 3.000 consultas. Sin embargo, la distribución de los usuarios del consultorio reportó mayor disparidad con 71% mujeres y 29% de hombres realizando consultas a través de este canal. Siete por ciento de los usuarios del consultorio online tenían menos de 15 años, 52% entre 15-19 años, 27% entre 20-24, 7% entre 25-29 y 7% reportó tener más de 30 años de edad. La mayoría de las consultas se referían a métodos anticonceptivos (28%), sexualidad (17%), embarazo (12%) e ITS (11%). El contenido central no aborda temas como fetiches o sadomasoquismo en la actualidad y no existe información disponible sobre si el consultorio online recibió consultas sobre estos temas, y si lo hizo, con qué frecuencia. El sitio sí provee en su sección de preguntas y respuestas información que normaliza el

consumo de pornografía, pero que resalta que nadie debería coercionar o ser coercionado a consumirla.

Un hallazgo interesante es que en la actualidad el sitio recibe visitas desde fuera de la Argentina. Si bien los usuarios nacionales constituyen el 82% del tráfico del sitio, le siguen los usuarios mexicanos con el 2.5%, seguidos por un 1.88% de estadounidenses y 1.63% de españoles. Dado el sesgo geográfico de los parámetros usado por los buscadores online en su provisión de resultados, esto puede apuntar a un espacio vacante en México respecto a la provisión online local de información confiable sobre SSRyD.

6.2. Consideraciones de diseño

El propósito del proyecto es proporcionar información médicamente precisa sobre SSRyD. Con este objetivo, el equipo priorizó hacer dicha información inclusiva y amigable para su objetivo poblacional, los jóvenes de 15 a 29 años. Con esto en mente se definió un estilo de comunicación gráfica y escrita con el doble objetivo de crear una identidad visual para el proyecto que los usuarios pudieran identificar fácilmente, y de facilitar la diseminación de información relacionada a la salud. Se designó un equipo especializado en comunicación de salud pública, encomendado a priorizar el uso de lenguaje amigable para los jóvenes en la adaptación de la información proporcionada por el Ministerio de Salud como base para el contenido. El lenguaje de #ChauTabú se caracteriza por ser riguroso e informativo en términos biomédicos a través del uso de lenguaje cotidiano, incluyendo modismos utilizados por los jóvenes a la hora de hablar con sus pares. A lo largo del sitio se evita el uso de jerga científica.

Se comisionó un juego de ilustraciones para desarrollar una interfaz amigable. Las mismas tienen el objetivo de ser atractivas para los jóvenes, y ofrecer una identidad que estos puedan identificar en distintos materiales. Esto permitió a #ChauTabú contar con un repositorio de imágenes para usar en sus diversas comunicaciones y representar a la sociedad como diversa y no homogénea. Las imágenes se realizaron utilizando una paleta de colores brillante, con colores no convencionales para representar características como cabello y ojos. Las mismas incluyen personas realizando actividades diarias (desde bailar hasta besarse). Éstas son también inclusivas de parejas LGBTQ y reflejan distintos estilos estéticos adoptados por los jóvenes en Buenos Aires. La idea detrás de estas imágenes es capturar la diversidad de la ciudad, haciendo que los usuarios se sientan representados mientras navegan el sitio. El sitio utilizó también animaciones para crear contenido audiovisual siguiendo los mismos principios de lenguaje amigable para el usuario y representaciones visuales inclusivas. Estas incluyen explicaciones sobre cómo usar preservativos, transmisión y prevención de VIH/SIDA, y pubertad y cambios físicos durante la adolescencia entre otros.

#ChauTabú es una experiencia innovadora en Argentina por ser una plataforma estatal sobre SSRyD que adoptó un *enfoque basado en derechos y no heteronormativo* dirigido a la juventud. El objetivo del material escrito y gráfico es adoptar una perspectiva inclusiva sobre el sexo y la reproducción, que considera la sexualidad y el género como un espectro. La información proporcionada es relevante para la SSRyD de parejas LGBTQ, y se provee información relevante para jóvenes trans en la sección de preguntas y respuestas como: ¿Es malo sentir que mi sexo biológico no corresponde con mi identidad de género?, ¿Es peligroso para la salud de las personas trans un tratamiento de sustitución hormonal?, Si soy una persona trans y quiero empezar un tratamiento de sustitución hormonal ¿qué debo hacer? El sitio también provee información sobre el significado de diversos conceptos como la diferencia entre trans, transgénero, travesti, transexual e intersexo; sexualidad, sexo y género; identidad de género e identidad sexual; y

orientación sexual entre otros. Este contenido fue legitimado a partir de la revisión y aprobación del mismo por parte de organizaciones LGBTQ nacionales.

El sitio no se limita a la Salud Sexual y Reproductiva, sino que enfatiza la información acerca de los derechos de los jóvenes. Uno de los focos centrales a lo largo de #ChauTabú son los derechos de los jóvenes respecto del acceso a servicios e información sobre salud sexual y reproductiva. Esto se refiere tanto a los marcos legales existentes, como a enmarcar el sexo y la sexualidad en función del placer, enfatizando la importancia de las decisiones individuales y los derechos positivos basados en decisiones informadas y prácticas responsables. Dicha provisión de información se basa en el entendimiento de que la educación sexual empodera a las personas, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre sus vidas y sus cuerpos, mientras que una falta de información los desempodera y empobrece (Cornwall and Jolly 2006; Armas 2006) y puede llevar a situaciones no planeadas o deseadas.

Por último, si bien es una iniciativa gubernamental, #ChauTabú se enriqueció por *contar con el apoyo y participación de diversas organizaciones de la sociedad civil*⁴. El contenido del sitio fue co-creado con organizaciones líderes de la sociedad civil en los campos de HIV/SIDA, LGBTQI, y de derechos de las mujeres, las cuales revisaron una primera propuesta del contenido, propusieron correcciones y aprobaron la versión final. La presencia de sus logos al final de la página web incrementó la legitimidad del sitio como recurso educativo. Las organizaciones también fueron alentadas a utilizar #ChauTabú en sus campañas. Sin embargo, como será discutido en la próxima sección, #ChauTabú ha tenido que confrontar diversos desafíos durante su implementación.

6.3. Desafíos de implementación y soluciones propuestas

Durante la etapa de implementación del proyecto se presentaron diversos desafíos. Si bien la causa –y por lo tanto las soluciones- de los mismos pueden estar basados en condiciones particulares del contexto en que el mismo fue implementado, no dejan de ser relevantes para aquellos diseñando intervenciones sobre salud sexual y reproductiva en otras localidades.

Dada su naturaleza digital, #ChauTabú confronta las limitaciones inherentes a este tipo de plataformas resaltadas por Berglas et. al (2014) discutidas en la sección 4. El mapa interactivo cumple la función de relacionar este recurso con otros servicios públicos y gratuitos que pueden proporcionar soporte en áreas como testeo de HIV, servicios profesionales de salud sexual y reproductiva y administración de métodos anticonceptivos. Si bien estrategias complementarias claves a este proyecto deberían incluir la oferta de contenido progresista en espacios formales de educación representado un acercamiento proactivo del Estado a los jóvenes en cuanto a su educación sexual, la plataforma se dirigió a suplir las limitaciones basándose en los recursos disponibles.

Un primer desafío de implementación se refiere a la información proporcionada en #ChauTabú. El proceso de desarrollo del contenido incluyó decisiones iniciales sobre qué información incluir y excluir en una primera etapa y definiciones sobre qué información era necesaria y requerida por los usuarios para etapas subsiguientes. Las preguntas enviadas por los usuarios a través del consultorio online resultaron el mejor recurso para tomar conocimiento sobre qué temas relevantes no fueron incluidos en el contenido inicial. Se incluyó en la estructura del proyecto el monitoreo de preguntas recurrentes recibidas por el consultorio, estableciendo un mecanismo para identificar el tipo de información de mayor interés para los jóvenes y actualizar el contenido estable del sitio incluyendo información relevante a estos intereses. El uso de los intereses y las preguntas expresadas por los usuarios representa un enfoque participativo, en el que el estado

puede encontrar formas innovadoras de reconocer las preocupaciones de la sociedad en la era digital.

El segundo desafío fue cómo publicitar #ChauTabú para asegurarse de que los jóvenes se enteraran de la disponibilidad de este material. Dado que el sitio contiene información innovadora basada en derechos, el mismo generó reacciones encontradas y ha enfrentado resistencia entre sus facilitadores naturales en instituciones educativas y de salud. Esto significa que profesionales de la educación y la salud optan por recomendar el sitio o no, basados en sus juicios normativos sobre el contenido del mismo (Allotey et al. 2011; Meyer, Taylor, and Peter 2015). En suma, un plan sistemático para presentarlo en escuelas requeriría una cantidad considerable de recursos humanos y financieros, así como un largo proceso de aprobación formal. Por esto, en Buenos Aires, las redes sociales fueron un canal de comunicación clave con los usuarios de #ChauTabú. Facebook fue la red más efectiva en cuya fanpage el sitio consiguió 63.000 likes. Para mantener el interés en este tipo de plataformas, es necesaria la producción constante de contenido que mantenga la fanpage activa, así como fondos para cubrir publicidad online focalizada en los jóvenes del distrito. No se registró censura de las imágenes en Facebook, probablemente porque las mismas son ilustraciones y no fotos. Sin embargo, los posteos recibieron un gran número de comentarios en los cuales los usuarios realizaban consultas o criticaban el contenido ofrecido. Por lo tanto, la inclusión de un moderador para la fanpage debería ser considerado, mayormente para responder las preguntas que pudieran surgir a través de este canal de comunicación.

En países en donde se desarrollan programas de distribución de netbooks a niños en edad escolar, el Ministerio a cargo de la actualización de software de las mismas, cuenta con la capacidad de convertir el sitio en el homepage del buscador de estas computadoras a través de actualizaciones remotas. Si bien esto se consideró en el caso de #ChauTabú, no ha sido implementado hasta la actualidad. Esta sería la forma más efectiva para alcanzar a la población objetivo en áreas con altos niveles de asistencia escolar.

El tercer desafío involucra a las normas socioculturales predominantes y los valores asociados al comportamiento sexual de los jóvenes. En el intento de diseñar contenido educativo sobre SSRyD progresivo e inclusivo, suelen surgir posiciones diversas y contradictorias. Las mismas suelen expresarse como clivajes culturales, de género o religiosos. En el caso de Buenos Aires, la Iglesia Católica se opuso terminantemente a #ChauTabú. Organizó su resistencia al recurso institucionalmente desde sus canales de comunicación, e indirectamente a través de grupos religiosos de la Sociedad Civil. Dos campañas online fueron lanzadas peticionando por la eliminación del sitio, sin embargo ninguna alcanzó su objetivo de adherencia definido en 7.500 y 2.000 respectivamente (Change.org 2013; CitizenGo 2013). La iglesia también utilizó su espacio semanal en televisión abierta para sostener sobre #ChauTabú que "allí [los jóvenes] están mal informados, están deformados, están desorientados, porque por otra parte se presentan distintas formas de experiencia sexual como si todas valieran lo mismo, incluso aquellas que son contra la naturaleza" (*Mons. Aguer - La Píldora Del Día Después [Chau Tabú]* 2014).

La oposición de la Iglesia Católica a #ChauTabú llegó a la tapa de uno de los diarios nacionales de mayor distribución del país luego del lanzamiento del sitio. En suma, las asociaciones profesionales católicas de médicos y abogados, así como directores de escuelas católicas que apoyaron la posición de la Iglesia se comunicaron con sus comunidades con mensajes que caracterizaron a la iniciativa como "corruptora de menores" y llamando a los padres a protestar contra la destrucción sistemática de la persona humana y de todas las virtudes y valores que remiten a la trascendencia del hombre, especialmente de los niños y adolescentes (infoCatólica 2013). La respuesta del gobierno provino de líderes políticos de la administración, quienes remarcaron la buena aceptación a #ChauTabú entre los jóvenes de la ciudad en función del alto

número de visitas y preguntas recibidas a través del consultorio online. Desde el gobierno se consideró que "Es importante que un Gobierno se ocupe de este tema para evitar embarazos adolescentes y la transmisión de enfermedades sexuales (...) Detrás de este portal hay un valor que es el de la libertad y el respeto" y que "es grave decir que el sitio incite a determinadas conductas (...) Que uno esté informado de las cosas no quiere decir que se las incite" (*Minuto Uno 2014*).

Más allá de la precaución tomada para asegurarse de que la información presentada en un proyecto como #ChauTabú sea médicamente rigurosa, temas como la SSRyD generan oposición política inevitablemente basados en visiones contrapuestas y tabúes arraigados en valores sociales, ideologías, religión y visiones sobre moralidad de los que Argentina no se encuentra exenta (Allotey et al. 2011; Shtarkshall, Santelli, and Hirsch 2007). Por lo tanto, los proyectos de esta naturaleza, que abordan un tema tan disputado como la educación sobre SSRyD de los jóvenes, necesitan ser concebidos con una firme convicción sobre la necesidad de este tipo de contenido y una posición clara a ser defendida, como sucedió en el caso de #ChauTabú. En suma, este proyecto se benefició de sus alianzas con organizaciones de la Sociedad Civil para legitimar el recurso frente a los ciudadanos de Buenos Aires. Sin embargo, la aprobación definitiva del proyecto dependió de la habilidad del gobierno de transformar capital político en apoyo político, y de defender un enfoque progresista sobre SSRyD más allá de la resistencia política experimentada.

7. Discusión y conclusiones

#ChauTabú parecería estar llenando un espacio vacante importante en Argentina -especialmente para las mujeres quienes representan la mayoría de los usuarios del consultorio online-, el cual parecería extenderse a otros países de la región. Muchos de los usuarios provienen de México, en donde se confrontan limitaciones a la educación sexual similares a las experimentadas por los jóvenes en Argentina (Amuchástegui et al. 2010; Amuchástegui Herrera 2001).

Ciertos aspectos del proyecto, como el apoyo estatal a un enfoque basado en derechos y el particular énfasis en temas relevantes al colectivo LGBTQ fueron posibles en función de una conjunción de momentos políticos particulares. Comenzó con el reconocimiento del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires sobre la necesidad de actualizar su provisión de información sobre SSRyD ofrecida a los jóvenes, y el entendimiento de que un proceso convencional sería altamente dificultoso y prolongado, retrasando el acceso al servicio por parte de la juventud. La alianza con un equipo de asesores enfocados en políticas de diversidad e inclusión, el apoyo de diversas organizaciones líderes de la sociedad civil, y el de figuras políticas claves dentro de la administración, colaboraron a hacer posible el desarrollo de una plataforma sobre SSRyD. Estas condiciones y alianzas, permitieron un contexto favorable sobre el cual avanzar, una agenda basada en leyes progresivas preexistentes de educación sexual integral, matrimonio y adopción igualitarios e identidad de género.

Las plataformas online pueden ofrecer formas innovadoras e interactivas de proporcionar información sobre sexualidad. De ser necesario, pueden incluso desarrollarse contenidos digitales *offline* complementarios, que pueden ser enviados a usuarios en particular que se comuniquen a través del consultorio online. Esto representa un enfoque híbrido para contextos socioculturales en los cuales un enfoque integral no lograría conseguir el apoyo político o social necesario para ser llevado adelante.

Si las principales características de #ChauTabú – como imágenes, lenguaje, enfoque basado en derechos y una visión fluida del sexo, la sexualidad y el género- fueran a ser adoptadas y

adaptadas en otros países, existe un potencial de controversia. Esto, lo cual es inherente a la naturaleza del proyecto, no debería ser visto como una debilidad, si no como una oportunidad para promover discusiones públicas. En Buenos Aires esto fue evidente en las declaraciones públicas de actores relevantes y con poder tanto a favor como en contra del proyecto, así como en editoriales en los principales diarios del país criticando la iniciativa, y por supuesto en la continua oposición al proyecto por parte de la Iglesia (Castro 2014; Román 2013). Lejos de ser desalentada, la controversia debería ser promovida ya que crea la oportunidad de comenzar una conversación pública sobre el rol del Estado en educación sobre SSRyD, que puede llevar a políticas transformativas que surjan de una agenda más amplia. Por lo tanto, #ChauTabú y otras iniciativas similares deberían ser concebidas como poseedoras de un potencial mayor a su valor inmediato como recursos informativos, y ser consideradas como plataformas desde las cuales abogar por innovaciones socioculturales, políticas y legales que puedan avanzar los derechos sexuales y reproductivos (Raupp Rios 2006; Armas 2006; Cornwall and Jolly 2006).

#ChauTabú no ha sido sujeta a una evaluación de impacto. Los datos sobre visitas al sitio, preguntas recibidas a través del consultorio online, y la actividad de la *fanpage* de Facebook sugieren una recepción positiva del material por parte de los jóvenes. Si bien fue diseñada a nivel sub-nacional, por su naturaleza digital el recurso ha sido utilizado por usuarios de otros distritos. Esto necesita ser considerado para el diseño del contenido general, aunque algunas secciones (como el mapa interactivo) permanecen circunscriptas a reflejar los servicios ofrecidos por el gobierno local en cuestión.

El proyecto tiene un potencial de replicabilidad en otros países, lo cual estaría mediado principalmente por los niveles de acceso a Internet y el apoyo a incluir la SSRyD en la agenda política. Temas como prioridades de salud pública, dinámicas de género, y sensibilidades culturales y religiosas deberían ser considerados al desarrollar el contenido de plataformas similares en diversas localidades. A través del uso de recursos audiovisuales (como ilustraciones y animaciones) la iniciativa puede ayudar a superar barreras de analfabetismo con un potencial de derribar mitos y conceptos erróneos. En el caso de Argentina, una plataforma estatal apoyada por organizaciones de la sociedad civil logró crear un recurso informativo online confiable. Sin embargo, el país tiene un historial de ciertas políticas progresivas sobre derechos sexuales, lo que puede haber ayudado al público a confiar en el servicio. Su potencial de privacidad provee un espacio en el que los jóvenes pueden realizar preguntas acerca de temas sobre los que puede resultarles incomodo discutir en espacios supervisados por adultos, o en espacios en los que pueden ser juzgados por sus pares. Considerando que los jóvenes navegan distintos tipos de presiones sobre sus vidas sexuales y reproductivas, las cuales difieren entre comunidades y espacios sociales, esta característica puede ser muy útil para proveer información médica rigurosa, derribar mitos y promover la discusión sobre tabúes en sexualidad y salud sexual. Crear concientización sobre SSRyD puede empoderar a los jóvenes respecto de su salud. Investigaciones a futuro, podrían indagar sobre si ésto los dota de herramientas para desafiar estructuras de poder relacionadas a su sexualidad. El objetivo de #ChauTabú fue crear una plataforma sobre SSRyD, inclusiva del aspecto humano de la sexualidad, considerando el placer, así como la incertidumbre y las dudas que abundan en el tema, especialmente durante la juventud. Para esto, el foco a lo largo del sitio nunca es "que no hacer" si no "como disfrutar de un modo seguro lo que querés hacer o estás haciendo".

Referencias

- Allan, Alexandra, Elizabeth Atkinson, Elizabeth Brace, Renée Depalma, and Judy Hemingway. 2008. "Speaking the Unspeakable in Forbidden Places: Addressing Lesbian, Gay, Bisexual and

Transgender Equality in the Primary School." *Sex Education* 8 (3): 315–328.
doi:10.1080/14681810802218395.

- Allotey, Pascale A., Simone Diniz, Jocelyn Dejong, Thérèse Delvaux, Sofia Gruskin, and Sharon Fonn. 2011. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Public Health Education." *Reproductive Health Matters* 19 (38): 56–68. doi:10.1016/S0968-8080(11)38577-1.
- Amuchástegui, Ana, Guadalupe Cruz, Evelyn Aldaz, and María Consuelo Mejía. 2010. "Politics, Religion and Gender Equality in Contemporary Mexico: Women's Sexuality and Reproductive Rights in a Contested Secular State." *Third World Quarterly* 31 (6): 989–1005.
- Amuchástegui Herrera, Ana. 2001. "The Hybrid Construction of Sexuality in Mexico and Its Impact on Sex Education." *Sex Education* 1 (3): 259–277.
- Armas, Henry. 2006. "Exploring Linkages Between Sexuality and Rights to Tackle Poverty." *IDS Bulletin* 37 (5): 21–26.
- Berglas, Nancy F., Norman A. Constantine, and Emily J. Ozer. 2014. "A Rights-Based Approach to Sexuality Education: Conceptualization, Clarification and Challenges." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46 (2): 63–72. doi:10.1363/46e1114.
- Castro, Angeles. 2014. "Chau Tabú: Polémico Sitio de Orientación Sexual de La Ciudad." *La Nación*, January 21. <http://www.lanacion.com.ar/1657069-chau-tabu-polemico-sitio-de-orientacion-sexual-de-la-ciudad>.
- Change.org. 2013. "Lic. María Eugenia Vidal: Baje El Portal Chau Tabú." Change.org. <https://www.change.org/p/lic-maria-eugenia-vidal-baje-el-portal-chau-tabuia-eugenia-vidal-baje-el-portal-chau-tabu>.
- CitizenGo. 2013. "Suspensión inmediata del portal 'Chau tabú' del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina." Text. CitizenGO. December 3. <http://www.citizengo.org/es/1066-suspension-inmediata-del-portal-chau-tabu-del-gobierno-ciudad-buenos-aires-argentina>.
- Cornwall, Andrea, and Susie Jolly. 2006. "Introduction: Sexuality Matters." *IDS Bulletin* 37 (5): 1–11.
- Dillon, Alfredo. 2013. "La Educación Sexual Aún No Llega a Todos." *Clarín.com*, August 29. http://www.clarin.com/sociedad/educacion-sexual-llega_0_983301809.html.
- Edouard, Elizabeth, and Lindsay Edouard. 2012. "Application of Information and Communication Technology for Scaling up Youth Sexual and Reproductive Health: Review Article" *16* (2): 197–205.
- Guilamo-Ramos, Vincent, Jane Lee, Leslie Kantor, Deborah Levine, Sarah Baum, and Jennifer Johnsen. 2015. "Potential for Using Online and Mobile Education with Parents and Adolescents to Impact Sexual and Reproductive Health." *Prevention Science* 16 (1): 53–60. doi:10.1007/s11121-014-0469-z.
- Guse, Kylene, Deb Levine, Summer Martins, Andrea Lira, Jenna Gaarde, Whitney Westmorland, and Melissa Gilliam. 2012. "Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review." *Journal of Adolescent Health* 51 (6): 535–543. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.03.014.
- Hemingway, Judy. 2008. "Taking Place Seriously: Spatial Challenges for Sex and Relationship Education." *Sex Education* 8 (3): 249–61.
- INDEC. 2012. "Encuesta Nacional Sobre Acceso Y Uso de Tecnologías de La Información Y La Comunicación (ENTIC). Resultados Del Tercer Trimestre de 2011."
- infoCatólica. 2013. "Crece La Indignación En Argentina Ante El Portal Chau Tabú, Corruptor de Menores." *InfoCatólica*. December 18. <http://infocatolica.com/?t=noticia&cod=19452>.
- Kornblit, Ana Lía, and Sebastián Ezequiel Sustas. 2015. "Actitudes Y Prácticas Sexuales de Los Jóvenes Escolarizados En El Nivel Medio de La Enseñanza Pública Argentina ¿nuevos Patrones?" *Educación, Lenguaje Y Sociedad* XII (12): 1–27.

- Kornblit, Ana Lía, Sebastián Ezequiel Sustas, and Dan Adaszko. 2013. "Concepciones Sobre Sexualidad Y Género En Docentes de Escuelas Públicas Argentinas." *Ciencia, Docencia Y Tecnología* XXIV (47): 47–78.
- La Nación. 2015. "La Argentina, Un País a Puro Smartphone," March 25. <http://www.lanacion.com.ar/1777897-la-argentina-un-pais-a-puro-smartphone>.
- Levine, Deb. 2011. "Using Technology, New Media, and Mobile for Sexual and Reproductive Health." *Sexuality Research and Social Policy* 8 (1): 18–26. doi:10.1007/s13178-011-0040-7.
- MACMA. 2016. Movimiento Ayuda Cáncer de Mama (MACMA) TetasXTetas. <https://www.youtube.com/watch?v=iZhn1kTKPYc>.
- Massey, Doreen. 1993. "Power-Geometry and a Progressive Sense of Place." In *Mapping the Futures: Local Cultures, Global Change*, edited by J Bird, B Curtis, T Putnam, G Robertson, and L Tickner, 50–69. London: Routledge.
- Meyer, Elizabeth J., Catherine Taylor, and Tracey Peter. 2015. "Perspectives on Gender and Sexual Diversity (GSD)-Inclusive Education: Comparisons between Gay/Lesbian/Bisexual and Straight Educators." *Sex Education: Sexuality, Society and Learning* 15 (3): 221–234. doi:10.1080/14681811.2014.979341.
- Ministerio de Educación. 2015. "La Educación Secual Integral En La Argentina: Balances Y Desafíos de La Implementación de La Ley (2008-2015)." Presidencia de la Nación.
- Minuto Uno. 2014. "El PRO Defendió Chau Tabú: Es Importante Que Un Gobierno Se Ocupe de Esto | Salud," January 21, sec. Salud. <http://www.minutouno.com/notas/311184-el-pro-defendio-chau-tabu-es-importante-que-un-gobierno-se-ocupe-esto>.
- Mons. Aguer - La Píldora Del Día Después [Chau Tabú]. 2014. <https://gloria.tv/video/ggeb2aN7qCt>.
- Raupp Rios, Roger. 2006. "Developing Sexual Rights: Challenges and Trends in Latin America." *IDS Bulletin* 37 (5): 46–51.
- Román, Valeria. 2013. "Un Sitio Oficial Responde Las Dudas Sobre Sexo de Los Adolescentes." *Clarín.com*, March 12. http://www.clarin.com/salud/sitio-oficial-responde-dudas-adolescentes_0_1040895959.html.
- Rosemblat, Sergio. 2016. "Consumo de Pornografía En Internet En Argentina." *Observatorio de Internet en Argentina*. http://inter.net.ar/pornografia/img/Consumo-de-pornografi%CC%81a-en-Internet-en-Argentina_OIA.pdf.
- Sawade, Olloriak. 2014. "Lessons, Challenges, and Successes While Working on the 'Triangle' of Education, Gender, and Sexual and Reproductive Health." *Gender & Development* 22 (1): 127–140. doi:10.1080/13552074.2014.889339.
- Shtarkshall, Ronny A., John S. Santelli, and Jennifer S. Hirsch. 2007. "Sex Education and Sexual Socialization: Roles for Educators and Parents." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 39 (2): 116–119. doi:10.1363/3911607.
- Wilson, Ellen K., and Helen P. Koo. 2010. "Mothers, Fathers, Sons, and Daughters: Gender Differences in Factors Associated with Parent-Child Communication about Sexual Topics." *Reproductive Health* 7: 31–31. doi:10.1186/1742-4755-7-31.

1. El presente artículo es una traducción al español de la versión original "#ByeTaboo: Expanding Access to Sexual and Reproductive Health and Rights Education", *IDS Bulletin – Sex Education in the Digital Era*, volume 48, number 1, January 2017. Quisiera agradecer a Pedro Robledo por compartir conmigo la información sobre #ChauTabú y permitir su publicación. Quisiera agradecer a Rikki Chauin, Katy Oswald, Tabitha Hrynick, Pauline Oosterhoff, y Linda Waldman y a los revisores por sus valiosos comentarios en versiones preliminares de este artículo.

2. <https://chautabu.buenosaires.gob.ar/salud/>.

3. La ley determina que el contenido sobre salud sexual y reproductiva debe ser incluido transversalmente en toda la currícula.

4. #ChauTabú cuenta con el apoyo de la Fundación Huesped (VIH/SIDA), Fundalam (lactancia), FALGBT (federación de organizaciones LGBT), y FEIM (derechos de la mujer).

Anticoncepción y cáncer de mama: los sí y lo no en esta compleja situación

AUTORES:

Dra. María Elisa Moltoni¹

Médica tocoginecóloga

Htal. Británico de Buenos Aires y Halitus instituto médico

marumolto@yahoo.com.ar



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definiendo el problema

El cáncer de mama (CM) es uno de los tumores más frecuentes en la mujer. Si bien se asocia a priori con mujeres de edad avanzada en menopausia, debemos decir que una proporción considerable, del 25 al 30%, de las mujeres afectadas por cáncer de mama, son premenopáusicas.¹ Es más, **un 5% de ellas son menores de 40 años**. En cuanto a su fertilidad o desde el punto de vista de la medicina reproductiva, la mayoría de pacientes de ese grupo están en sus últimos años de vida reproductiva, con una media de 36 a 37 años. Sin embargo, si bien no es un grupo extenso de pacientes, dada la alta frecuencia de este tumor en la población general, esta situación cobra relevancia.

Se dice que en esta población de mujeres pre menopáusicas con cáncer de mama el uso de métodos anticonceptivos es heterogéneo e insuficiente. Esto lleva a un alto riesgo de embarazo no planificado, agravado por la imposibilidad de usar anticoncepción hormonal en estas mujeres.²

Las sobrevivientes de cáncer, en general, usan métodos anticonceptivos menos efectivos y tendrían mayores tasas de embarazo no planificado y de aborto.³ **Sin embargo, y a pesar de eso, un 67% de sobrevivientes jóvenes con CM siguen siendo fértiles.**⁴

El objetivo de la presente revisión es indagar en la necesidad anticonceptiva de mujeres jóvenes con cáncer de mama evaluando la evidencia sobre qué métodos anticonceptivos pueden o no utilizar. Además se pretende brindar estrategias para evitar embarazos no planificados en este grupo de pacientes.

1.2. Maternidad luego del diagnóstico de cáncer de mama

Dado que esta revisión aborda el tema de anticoncepción, debemos hacer referencia a lo recomendado acerca de cuanto **esperar para buscar embarazo luego del tratamiento por CM**. En general se recomienda esperar dos años, evitando de ese modo el embarazo durante el período con mayor posibilidad de recurrencia.

No habría riesgo de teratogenicidad con el antecedente previo de CM, pero sí puede existir teratogenicidad durante el tratamiento así como mayor tasa de aborto.⁵ Están descritas **malformaciones con quimioterapia y radioterapia administradas en el primer trimestre de embarazo**. En cuanto a otros tratamientos previos a la búsqueda de embarazo se recomienda esperar **3 meses posteriores a la finalización del tamoxifeno, así como 7 meses post finalización de trastuzumab.**⁶

1.3. Embarazos post cáncer de mama

Los embarazos posteriores al CM de todas maneras no son muy frecuentes. Esto está dado por las alteraciones de la fertilidad propias de la gonadotoxicidad de la quimioterapia, así como por el retraso “médicamente recomendado” de la gestación. También se explica esto porque la misma paciente evita la gestación luego del tratamiento por temores (a la recurrencia, preocupaciones por posibilidad de muerte, etc.).

En embarazos posteriores al CM no habría compromiso de la supervivencia de la mujer. En el 2011 un metaanálisis de 14 estudios caso control evaluó el impacto del embarazo en la supervivencia global de mujeres con CM. Se observó que aquellas con embarazos tenían una reducción de 40% de riesgo de muerte. Esto se ha atribuido en parte a un posible sesgo de selección llamado “healthy mother effect”, o efecto de la madre sana, donde en realidad serían las mujeres con mejor pronóstico per se y curadas, las que se embarazan, ya que son capaces de concebir y sobrellevar un embarazo.⁷

Debemos saber que a pesar de que tengamos por ejemplo una paciente amenorreica, esa amenorrea no es sinónimo de infertilidad y muchas veces, según la edad de la paciente, puede haber un retorno de los ciclos menstruales, asimismo de su capacidad fértil post tratamiento que debemos tener en cuenta.

2. Desarrollo

2.1. Consejería sobre anticoncepción en mujeres jóvenes con CM y rol del oncólogo

Un estudio nos ilustra sobre el rol del oncólogo en la consejería anticonceptiva de mujeres jóvenes con CM. En dicho estudio, mezcla de retrospectivo con encuesta, se analizó en principio la historia de 100 pacientes con diagnóstico de CM menores de 40 años (7,7% de la población de CM en la institución de los autores) entre 1990 y 2007. Además se tomó una encuesta a oncólogos en Suiza, Alemania y Austria, con 4 preguntas sobre anticoncepción en pacientes jóvenes con CM.² Lo llamativo es que más del 90 % de los profesionales manifiesta que la anticoncepción es un aspecto importante en mujeres jóvenes con CM y le advierten antes de comenzar el tratamiento que deben evitar el embarazo por uno o dos años. Sin embargo, sólo 45% manifiesta “raramente” preguntar en forma activa sobre el uso de anticoncepción durante el tratamiento de quimio o radioterapia o durante el primer año post diagnóstico y sólo 41% deriva a un ginecólogo.

En la parte retrospectiva de este estudio se observa que un 62% de las pacientes necesitaba un método anticonceptivo (MAC) porque o bien no utilizaban ninguno, o utilizaban uno ineficaz. Sería razonable pensar que **en la consulta con el oncólogo queda poco espacio para tocar este tema, dado que el tiempo se invierte en hablar sobre el diagnóstico y tratamiento del CM. Esto refleja la necesidad de aprender a derivar y trabajar en forma multidisciplinaria, porque el oncólogo o mastólogo muchas veces tampoco será el profesional más apropiado para hablar de asesoramiento anticonceptivo.** No basta simplemente con preguntar por uso de un MAC, debemos asegurarnos que la paciente lo utilice y facilitar que esto ocurra.

Enfatizan los autores que, **al diagnóstico de CM, si la paciente se encuentra utilizando un método hormonal, no se suspenda el método hasta que no se asegure otro MAC efectivo. Podría ser más peligroso, según ellos, que la paciente quede embarazada en un prequirúrgico o pre tratamiento.²**

2.2. Fallas típicas de la AC en cáncer de mama

En otro trabajo de Güth y colaboradores, se realiza un seguimiento de una cohorte de 100 pacientes jóvenes con CM durante el primer año del diagnóstico, **a fin de descubrir fallas típicas en la anticoncepción de estas pacientes.** Se consideró que un 58% tenía riesgo de embarazo (las que no se consideraban en riesgo por ejemplo eran aquellas con DIU o ligadura tubaria). En esta cohorte, con un promedio de 36,5 años, se produjeron dos embarazos. Esto arroja que el porcentaje de embarazo en este grupo “de riesgo” del 3,5%, lo cual no es despreciable en el contexto de una mujer con CM.⁸ ¿Adónde podríamos fallar al asesorar a la paciente? En asumir una baja probabilidad de embarazo por estar la mujer en sus **últimos años de vida reproductiva; por asumir que está usando un MAC, sin cuestionarnos que éste puede ser de baja eficacia y por pensar que si está en amenorrea la mujer no puede quedar embarazada.**

Con respecto a la amenorrea durante la quimioterapia en un estudio se observó que un 85% de las pacientes premenopáusicas recibiendo 4 dosis de QT (doxorubicina, ciclofosfamida y paclitaxel) retomaron su menstruación en 12 meses, la mayoría dentro de los 6 primeros meses.⁹ Sabemos que la menstruación no indica fertilidad, pero tampoco la amenorrea garantiza esterilidad.

2.3. Fallas en la indicación o mala indicación del MAC

En cuanto a AC en mujeres con CM podemos encontrarnos al otro extremo de la no indicación de un MAC post diagnóstico: la indicación de un MAC incorrecto. Por ejemplo en un estudio francés, retrospectivo, de 197 pacientes con diagnóstico de CM, Hamy ¹⁰ observó que a un 21% de ellas se les había indicado post diagnóstico de CM un MAC hormonal, en general progestinas, a pesar de que es sabido que los métodos hormonales no suelen ser recomendados en CM, según veremos en los siguientes apartados de este trabajo. Al resto de las mujeres, se les indicó DIU en mayor proporción.

2.4. MACs en la paciente con cáncer de mama actual o pasado

a. Criterios de elegibilidad

La organización mundial de la salud (OMS) presenta a través de reuniones de expertos análisis sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos en variadas situaciones clínicas tanto de normalidad como de patologías crónicas. En base a ello se conforman recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos, asignándole categoría 1 y 2 a aquellos métodos que pueden usarse en cierto grupo de mujeres, y categoría 3 y 4 a aquellos que no se recomienda utilizar.

En base a dichas recomendaciones, la OMS dice que en ausencia de estudios prospectivos, recomienda evitar los métodos hormonales en pacientes con CM actual o pasado.¹¹

Las opciones anticonceptivas que pueden utilizar sin restricciones las pacientes con CM actual o pasado son: preservativo, diafragma, DIU de Cobre y métodos quirúrgicos. De primera elección, deberían ser los métodos quirúrgicos como ligadura tubaria y vasectomía y el DIU de Cobre, porque tienen una eficacia superior a los otros métodos. En pacientes con paridad cumplida o con riesgo genético comprobado, puede ofrecerse la salpingectomía bilateral o la salpingooforectomía bilateral de reducción de riesgo. Dicha cirugía, una nueva tendencia internacional, postula la extirpación de las trompas para lograr una fuerte reducción del riesgo de cáncer de ovario en la población general.¹²

OPCIONES ANTICONCEPTIVAS SIN RESTRICCIONES EN CÁNCER DE MAMA

•Preservativo

•Diafragma

•DIU de Cobre

•Métodos quirúrgicos

primera línea

Si evaluamos los criterios de elegibilidad de diferentes organismos incluyendo la OMS (2015)¹¹, el CDC (2016)¹³, FSRH (UKMEC 2016)¹⁴ con respecto al uso de métodos hormonales en una mujer con cáncer de mama actual o pasado, podemos decir que según estos criterios de elegibilidad, todos los métodos hormonales son:

- **Categoría 4 para cáncer de mama actual.**
 - Categoría 4 significa que usar el método es un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método
- **Categoría 3 para cáncer de mama hace más de 5 años.**
 - Categoría 3 significa que los riesgos teóricos o comprobados del método son mayores que las ventajas

El CM es hormonosensible y el pronóstico de la mujer con CM actual o reciente puede empeorar con el uso de AC combinada o de sólo progestágenos

La preocupación por la progresión de la enfermedad puede ser menor con el SIU que con ACH combinados o progestágenos, con dosis mayores

Cuando decimos métodos hormonales vale aclarar que nos referimos a: anticonceptivos orales combinados, anillo vaginal, anticonceptivos inyectables combinados y parches. Se incluyen también los métodos de solo progestágenos como las píldoras de solo progestágenos (POP), el AMPD (acetato de medroxiprogesterona de depósito), el implante de etonorgestrel y el SIU o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. **Los métodos con progestágenos solos están por lo tanto, también contraindicados según los criterios de elegibilidad.**

En cuanto a la OMS y al CDC, realizan al referirse a criterios, ciertas aclaraciones para una mejor comprensión de cada criterio. En cuanto al uso de métodos hormonales aclaran que “El CM es hormonosensible y el pronóstico de la mujer con CM actual o reciente puede empeorar con el uso de AC combinada o de sólo progestágenos” y con respecto al SIU de levonorgestrel (SIU-LNG) manifiestan: “la preocupación por la progresión de la enfermedad puede ser menor con el SIU que con ACH combinados o progestágenos con dosis mayores”. Sin embargo, a pesar de esta aclaración en cuanto a SIU, contraindican su uso. (Ver cuadro). Con respecto a este tema nos explayaremos en otra sección.

Anticoncepción Hormonal Combinada (CHCs).					
Criterios de elegibilidad de la OMS					
Condición	Categoría				Aclaraciones / Evidencia
	I = iniciación, C = continuación				
	COC	P	CVR	CIC	
d) Cáncer de Mama					
i) actualmente	4	4	4	4	
ii) pasado y sin evidencia de enfermedad actual por 5 años	3	3	3	3	

Anticoncepción de sólo Progestágenos (POCs)					
Condición	Categoría			Aclaraciones / Evidencia	
	I = iniciación, C = continuación				
	POP	DMPA / NET-EN	LNG / ETG		
Afecciones Mamarias					
a) Nódulo sin diagnosticar	2	2	2	Aclaración: debe procurarse evaluación tan pronto como sea posible.	
b) Enfermedad benigna de mama	1	1	1		
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1		
d) Cáncer de Mama					
i) actualmente	4	4	4		
ii) pasado y sin evidencia de enfermedad actual por 5 años	3	3	3		

Internacionalmente también muy conocidos son los **Criterios de elegibilidad del Reino Unido (UKMEC por sus siglas en inglés), de la Faculty of Sexual and Reproductive Health**. En estos criterios también se analiza el antecedente de cáncer de mama pero como particularidad además **suman la categoría de "portadoras de mutación genética conocida asociada al cáncer de mama (ej. BRCA1/2)"**. Según estos criterios (ver gráfico) las mujeres con mutación genética conocida no podrían utilizar anticonceptivos hormonales combinados, aunque no hubieran desarrollado un cáncer, dado que le asignan la categoría 3. Sí podrían utilizar estas mujeres métodos con sólo progestágenos como píldoras, implante o SIU.

UK MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA

FOR CONTRACEPTIVE USE | UKMEC 2016

Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos (UK - UKMEC 2016)								
Condición	Categoría							
	I = iniciación, C = continuación							
Afecciones Mamarias	Cu-IUD	LNG-IUS	IMP	DMPA	POP	CHC		
a) Nódulo sin diagnóstico	1	2	2	2	2	I 3	C 2	
b) Enfermedad benigna de mama	1	1	1	1	1	1		
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1		
d) Portadoras con conocimiento de mutaciones genéticas asociadas con cáncer de mama (ej: BRCA1/BRCA2)	1	2	2	2	2	3		
e) Cáncer de Mama								
i) actualmente	1	4	4	4	4	4		
ii) pasado	1	3	3	3	3	3		

UKMEC también tiene su apartado de aclaraciones y evidencia. En el mismo hablan de “evidencia limitada sobre anticoncepción hormonal en portadoras de mutaciones o con alto riesgo familiar”, de allí probablemente la contraindicación de usarlos, tal vez más por escasez de evidencia que por evidencia en contra de su uso. **Sugiere, en cuanto a población general que el riesgo de CM probablemente NO se modifica con anticoncepción hormonal.** Con respecto al SIU, contraindicado en gral con antecedente de CM, abren una posibilidad de uso diciendo que “el uso del SIU por motivos ginecológicos puede considerarse en casos individuales, de acuerdo con el equipo de oncólogos”. En cuanto a anticoncepción de emergencia en CM: lo ubican como categoría 2, es decir sin restricciones para su uso, aclarando que si bien es hormonal los beneficios de su uso claramente superan a los riesgos.

La Society of family planning (SPF) tiene una guía de Cáncer y anticoncepción, publicada en 2012. Sugieren al **DIU de cobre como primera línea de anticoncepción en mujeres con historia de CM (Nivel A de recomendación)**.¹² Aunque en mujeres tratadas con tamoxifeno, el SIU de LNG podría ser preferible por efectos beneficiosos sobre endometrio, reconocen la falta de información disponible asociada al riesgo de recurrencia del CM con SIU. También remarcan la falta de evidencia sobre el riesgo de los anticonceptivos hormonales en pacientes con antecedente de irradiación torácica. En mujeres con CM, tampoco recomiendan progestinas y estrógenos exógenos por preocupación sobre una posible recurrencia asociada. Existe carencia de información sobre cómo el uso de anticoncepción con estrógenos afectaría la tasa de recurrencia, algo bastante esperable dada la imposibilidad de hacer estudios controlados sobre el tema. Si

bien el rol de favorecer la carcinogénesis ha recaído tradicionalmente en los estrógenos (algo en revisión), las progestinas no serían “tan inocentes” al respecto. El rol de las mismas en CM está poco estudiado, pero en modelos animales se ha visto, por ejemplo, que han aumentado las metástasis.^{15,16}

La guía de la SPF¹² que hemos nombrado antes, aclara que no recomiendan progestinas sistémicas con antecedente de CM, si bien, en la población general, no parecería haber aumento del CM. La contradicción de la progestinas sistémicas va en línea con lo expresado en los diferentes criterios de elegibilidad.

Luego de este análisis que hemos hecho revisaremos alguna evidencia particular sobre cada tópico relacionado a anticonceptivos en mujeres con antecedente de cáncer de mama.

b. Anticoncepción hormonal combinada y cáncer de mama

Los estudios disponibles hablan en su mayoría de riesgo de CM de población general expuesta a anticoncepción hormonal. Hay carencia de evidencia sobre pacientes con cáncer de mama y uso ulterior de anticoncepción hormonal. No hay evidencia, pero en general se desaconseja el uso como hemos visto en los apartados anteriores.

Existe un subgrupo especial de mujeres que son aquellas con mutación conocida asociada a predisposición al cáncer de mama. Es decir, tal vez no han tenido diagnóstico de cáncer en determinado momento pero tienen por su mutación una imponente predisposición. ¿Debemos tomar a ese grupo de pacientes como población general y se les indica con tranquilidad un anticonceptivo hormonal? Es difícil desconocer esa predisposición e indicar un método hormonal, pero sabemos que con los ACH se gana protección sobre el cáncer de ovario, para el cual no contamos con screening válido para reducción de mortalidad. Los UKMEC vimos que contraindican los métodos hormonales combinados en este subgrupo. La OMS no expone un criterio al respecto de estas pacientes con mutaciones.^{17,18,19}

c. Progestágenos y cancer de mama

Este artículo se focaliza en mujeres con antecedente de CM. Sin embargo es imposible no pensar en qué efecto produce determinada hormona en población general expuesta a la misma con respecto al aumento de CM. Con respecto al efecto de los progestágenos, en una importante revisión que reúne 217.365 pacientes con **12.189 casos de CM, no encontraron evidencia de que las progestinas aumenten el riesgo de CM**. Se incluyeron 6 artículos entre 2000 y 2015.²⁰

Los autores remarcan de todas maneras que los tamaños muestrales son bajos y que se necesitan futuras investigaciones para comprobarlo. Cinco de 6 artículos de la revisión no encuentran asociación.

En cuanto a inyectable de gestágenos e implante de gestágenos, Strom y col. en 2004 publican sobre estos anticonceptivos. En un grupo de 4575 mujeres con CM invasor no observaron evidencia de aumento del riesgo de CM en pre y postmenopáusicas expuestas a los mismos.²¹ En el estudio de Fabre²² no encuentran asociación en general, pero sí observan un aumento significativo en el subgrupo de mujeres usuarias actuales de progestinas orales por más de 4,5 años de uso continuo, indicando tal vez una asociación con el tiempo de uso, dado que no observan aumento en usuarias de menor tiempo.

La relación entre progestágenos y tejido mamario es compleja y a veces contradictoria, si bien los estrógenos han sido considerados los carcinogénicos sabemos que las progestinas no son carentes de efecto sobre la glándula. ²³

Pero este efecto es sumamente complejo y por lo tanto difícil de estudiar, ya que no todas las moléculas actuarán de la misma manera. Sabemos que las progestinas pueden tener efecto neutral, proliferativo o antiproliferativo sobre la mama. A su vez ese efecto puede variar según el tiempo de exposición y el "timing". Los estudios en animales muestran resultados conflictivos.²⁴ Ruan, por ejemplo, observó como progestágenos del mismo grupo pueden ejercer efecto en diferentes receptores (receptores de andrógenos, de glucocorticoides, de mineralocorticoide, de estrógenos: RA, RGC, MC, ER). Además del RP (Receptor de progesterona clásico), puede actuar sobre receptores de progesterona de membrana (PGRMC1). Esto podría explicar en parte tan diferentes efectos de los progestágenos.²⁵

¿Qué sucede con el Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)? Realmente ha existido debate sobre riesgo de CM con este compuesto. Por lo pronto es dentro de los anticonceptivos de sólo progestágenos aquel que alcanza las dosis más altas sistémicas. En animales se observó aumento de CM en perros beagle. Se aprueba en EEUU en 1997, luego de dos grandes estudios colaborativos: Paul en N. Zelanda y WHO, donde observan que no aumentaba el riesgo de CM en general, con aumentos leves con el uso reciente y prolongado. Strom, en un trabajo que mencionamos antes, tampoco encuentra aumento de riesgo de CM.^{21, 26,27} El desafío es como aplicar esta información en pacientes con antecedente personal de cáncer de mama. Sabemos que por dicho antecedente la paciente ya tiene riesgo de recurrencia *per se*, por ende cualquier aumento del riesgo con progestágenos (si existiera) sería despreciable comparado a éste. Pero, según analiza la guía canadiense ²⁴, desde el punto de vista de la paciente, es razonable que no quiera tomar ese potencial riesgo de aumento de recurrencia por mínimo que fuese. Concluyen entonces que para la población general el uso de AMPD no aumenta el riesgo de CM (recomendación II-2). En pacientes con CM: se considera el uso de AMPD si los beneficios anticonceptivos o no anticonceptivos superan a los riesgos de recurrencia (III-C). Por otro lado el AMPD a altas dosis ha sido utilizado como adyuvancia en CM avanzado o recurrente. Idealmente entonces, deberíamos elegir métodos no hormonales.

d. Píldoras de solo progestágenos

Con respecto a las píldoras de sólo progestágenos hay poca información disponible en la literatura, en parte porque representan pocas usuarias con respecto a los anticonceptivos hormonales combinados. En principio parece improbable el aumento de riesgo de CM con estos compuestos ²⁸, pero como **exponen a dosis considerables de progestágenos, es prudente evitarlas en mujeres con CM.** En estas pacientes deberían utilizarse sólo si los beneficios superan a los riesgos (III-C).

e. DIU de cobre

Es uno de los métodos de elección en mujeres con antecedente de cáncer de mama, reuniendo varias características que lo hacen apropiado para estas mujeres: alta eficacia, ausencia de hormonas involucradas en su efecto anticonceptivo, posibilidad de larga duración y reversibilidad del mismo. A pesar de esas ventajas suele ser subutilizado. Remarcamos que también podría utilizarse con absoluta tranquilidad en mujeres nulíparas o nuligestas, si éste fuera el caso de nuestra paciente.

f. Métodos quirúrgicos

Son otro de los métodos de elección en mujeres con CM, difiriendo entre otras cosas con el DIU en cuanto a que los métodos quirúrgicos se consideran irreversibles. Es no hormonal, y altamente efectivo con un índice de Pearl de 0,5.²⁹ Lamentablemente considero baja la difusión en nuestro país, a pesar de que la Ley 26.130, la ley de esterilización quirúrgica, la legaliza para personas capaces y mayores de edad y posibilita su cobertura en el ámbito público y privado desde el año 2006. Es requerimiento previo al procedimiento el consentimiento informado (propio). La ligadura tubaria puede ser laparoscópica o laparotómica, utilizando diferentes técnicas: oclusión, corte y coagulación (salpingectomía parcial), Filshie clips, anillos de silastic, u oclusión transcervical (Essure®).³⁰ En los EEUU aproximadamente un 38% de mujeres usan la ligadura tubaria como métodos contraceptivo. Otro método quirúrgico es la **vasectomía o ligadura de conductos deferentes**. Igualmente avalado por ley, como agentes de salud podemos tomar un rol de difundir este método, desmistificando y estimulando su uso.

En este apartado veo importante mencionar una nueva perspectiva asociada a la ligadura tubaria: la importante reducción que genera en el cáncer de ovario. El punto es que en mujeres con cáncer de mama afectadas por una mutación del BRCA tenemos también asociado un aumento de riesgo de cáncer de ovario. **En pacientes de alto riesgo con mutaciones del BRCA1 hay un riesgo de 40 a 60 % para desarrollo de cáncer de ovario y en mutaciones del BRCA2 es del 11 al 30 %**. Es por ello que en ese grupo está recomendada con paridad cumplida la salpingooforectomía bilateral

En ese sentido la ligadura tubaria, además de anticoncepción, proveería con una herramienta de reducción de riesgo nada despreciable según las cifras con las que contamos. **Las nuevas tendencias sugieren no sólo la ligadura, si no directamente la extirpación de toda la trompa para una mayor disminución del riesgo de cáncer de ovario**. Este nuevo paradigma de reducción de riesgo se basa en nuevos estudios que hablan de evidencia sobre diferentes orígenes del cáncer de ovario. Se plantea que el subtipo histológico adenocarcinoma seroso tendría origen en la trompa distal. Intervendrían en su génesis sustancias carcinogénicas, proinflamatorias, infecciosas, que actuarían por vía ascendente desde el tracto genital inferior. Sería por impedir el ascenso de dichas sustancias que la ligadura tubaria disminuiría el riesgo de cáncer de ovario en un 24 al 34%. Pero si extirpáramos (y no solo ligáramos) la trompa, **la salpingectomía podría bajar riesgo de cáncer de ovario hasta en un 49%**.^{31, 32}

Es por ello que se habla de la "Salpingectomía de la oportunidad", es decir, en ocasión de una cirugía por anticoncepción, o por otro motivo, ej. Histerectomía por miomas, se plantea aprovechar esa oportunidad quirúrgica para extirpar también la trompa y poder reducir el riesgo de cáncer de ovario. Esto despierta mucho interés dada la ausencia de un screening válido para este tumor y la alta mortalidad que tiene el mismo. La salpingetomía de la oportunidad tiene aún una aplicación heterogénea, pero que va en aumento. Se recomienda el procedimiento como dijimos aún en cirugías no anticonceptivas, pero en las ligaduras por anticoncepción el sacar la trompa elimina la posibilidad de fallas anticonceptivas de ligadura, cobrando un además un **rol protagónico en anticoncepción en pacientes con mutación conocida del gen BRCA**.³³

g. SIU o sistema uterino liberador de levonorgestrel

Cuando hablamos de SIU hablamos de un excelente anticonceptivo de larga duración, que posee además beneficios no contraceptivos. Es un método hormonal, con un contenido total de 52 mg del progestágeno levonorgestrel (LNG), presentando una liberación inicial de 20 µgr, la cual va disminuyendo conforme pasa el tiempo. El tiempo de uso aprobado al momento es de 5 años.

Tiene como beneficio no contraceptivo la posibilidad de prevención de patología endometrial, y en la post menopausia, tal efecto sería ideal en pacientes tomando tamoxifeno. Han sido publicados trabajos al respecto. Sin embargo su uso al momento es controversial en estas pacientes con antecedente de cáncer de mama, dado que aún no hay seguridad sobre los efectos del LNG sistémico en cuanto a cómo éste podría afectar con respecto a la recurrencia del cáncer de mama. Si bien el SIU tiene un efecto predominantemente uterino, se sabe que hay una pequeña proporción de la sustancia que circula a nivel sistémico, probablemente a un nivel mucho más bajo que cualquier método oral, implante o inyectable, pero cuyos efectos aún desconocemos con respecto a las células del cáncer de mama.²⁴

Entonces cabe cuestionarnos ¿qué pasa con el SIU en pacientes con cáncer de mama? Surgen diferentes cuestiones. En principio hay discusión sobre si aumenta o no el cáncer de mama en la población general ^{34, 35} y por otro lado si afecta la recurrencia en mujeres con cáncer de mama previo. Por otro lado ¿es lo mismo una usuaria de SIU que desarrolla CM que una paciente con CM a la que se le coloca un SIU? ¿Afecta el progestágeno a la célula de cáncer de mama? ¿Son iguales todos los progestágenos en su acción sobre la mama? ¿La baja dosis de LNG circulante es suficiente para tener efecto negativo sobre la mama? ¿Qué pasaría en tumores con receptores hormonales negativos?

Lamentablemente son pocas las respuestas que pueden darse a estas cuestiones a la luz de la información de la que disponemos actualmente.

Con respecto al cuestionamiento sobre la dosis sistémica del LNG liberado por el SIU, es decir, si ésta es o no baja, es verdad que se alcanzan dosis menores a las correspondientes a un anticonceptivo oral combinado con LNG, pero hay que ser cautos.³⁶ El SIU de 52 mg libera inicialmente una dosis de 20 mcrg/día, pudiendo llevar a concentraciones plasmáticas de **150-200 pg/mL de levonorgestrel en mujeres premenopáusicas que lo utilizan.**³⁷ Sin embargo reportes recientes describen dosis plasmáticas más altas en algunos subgrupos de usuarias. En mujeres premenopáusicas tratadas por endometriosis se habían alcanzado luego de 3 meses de SIU- LNG concentraciones séricas de 368.2 +- 51.8 pg/mL y de 357.3 +- 53.0 pg/mL luego de 6 meses.³⁶ En una población de mujeres postmenopáusicas se observaron concentraciones medias de LNG de **209 pg/mL y 212 pg/mL luego de 6 y 12 meses, respectivamente.** Estas concentraciones son comparables a las alcanzadas con una minipíldora oral de 30 microgramos de LNG, en cuyo estado estacionario en plasma el LNG alcanza valores de 312 +- 211.9 pg/mL.^{38, 39}

Estos estudios muestran una gran diferencia entre mujeres sobre la captación sistémica del LNG del SIU, ya que en ciertos subgrupos esta captación podría ser idéntica a la producida por una administración por vía oral, de allí la necesidad de precaución al hablar indiscutiblemente de baja dosis.

Sin embargo recordemos que según un metaanálisis, los progestágenos no aumentarían el riesgo de cáncer de mama en la población general, con estudios no demasiado grandes, pero no disponemos a su vez de información sobre el riesgo puntual en mujeres con cáncer de mama.

En 2008 se publica un trabajo belga, que involucró 6 centros.³⁶ El mismo fue retrospectivo y de análisis de cohorte. El objetivo fue evaluar la tasa de recurrencia de CM en pacientes que usaban SIU LNG. Se estudiaron 79 usuarias con cáncer de mama invasor y SIU y 120 controles con cáncer de mama invasor, ambos grupos con coincidencias en edad al diagnóstico, estadio y grado tumoral y tratamientos recibidos, con una media de 40 años de edad. Se excluyeron aquellas que se retiraron el SIU. El grupo de usuarias de SIU con CM se subdividió a posteriori en dos:

- Subgrupo SIU y CM posterior (38 mujeres, teniendo un SIU colocado desarrollan CM)

- Subgrupo CM y posteriormente SIU (41 mujeres, tienen un CM y con posterioridad al diagnóstico se colocan un SIU, ya sea por anticoncepción, por patología endometrial o por sangrado menstrual abundante).

En este estudio, si bien con un número pequeño de mujeres, no encontraron asociación estadísticamente significativa entre SIU y mayor tasa de recurrencia. **La tasa de recurrencia fue de 21% en el grupo con SIU (17 de 79) y de 16,6% en no usuarias de SIU (20 de 120). El Hazard Ratio (HR) ajustado fue de 1.86 (95% IC, 0.86–4.00), sin observarse diferencias significativas.**

Luego del análisis inicial los autores dividen a las usuarias de SIU en los subgrupos mencionados y observan lo siguiente: si bien tomando SIU vs no SIU, NO observan diferencias significativas, en el subgrupo de mujeres que durante el uso de SIU desarrollan CM (38), SÍ observaron un aumento estadísticamente significativo borderline del riesgo (HR 3.39, 95% IC, 1.01–11.35). En este subgrupo, hubo un 47,4% (18/38) de positividad ganglionar y todas las pacientes que recurrieron tuvieron metástasis. No reportan diferencia de positividad de receptores hormonales en ambos subgrupos. Una hipótesis es que un tumor que se desarrolla durante una exposición hormonal, como en este caso al LNG, podría ser más agresivo.

Como limitaciones de este trabajo citamos el grupo pequeño de pacientes implicadas, el hecho de que el subanálisis en grupos surge a posteriori y la posibilidad de que haya un sesgo de prescripción de SIU en pacientes con alto riesgo previo de cáncer de mama, dado que en ese tipo de mujeres los profesionales muchas veces escapan a prescribir métodos hormonales combinados u orales. Con los cual se necesitan estudios adicionales, así como cautela en interpretación de los resultados obtenidos.

Se necesita mayor investigación, sobre todo prospectiva, dado el impacto en la práctica diaria. Necesita definirse qué hacemos con el SIU de una paciente con diagnóstico de CM. Si se replica el riesgo en otros estudios, y eso es lo que sucede en la práctica clínica actualmente, desde ya que tenemos que buscar otras opciones anticonceptivas. Según este estudio de Trinh ³⁶, aunque con bajo número de pacientes, si se tratara de una paciente ya tratada por CM podría considerarse colocar un SIU sin aumentar recurrencia. Los autores, de todos modos, recomiendan evitarlo en premenopáusicas con castración médica y recibiendo inhibidores de la aromatasas, por existir en este grupo una hipersensibilidad a hormonas.

h. Utilidad posible del SIU para evitar cambios inducidos por tamoxifeno (no aún Ca. de endometrio)

Se sabe que existe utilidad posible del SIU para evitar cambios endometriales inducidos por tamoxifeno (TMX), si bien no aún no se ha podido demostrar la disminución de casos de cáncer de endometrio asociados a TMX.

En una revisión de Cochrane, cuyo objetivo primario fue determinar eficacia y seguridad del SIU en pre y post menopáusicas tomando TMX con respecto a patología endometrial y uterina (evaluada por histeroscopia y biopsia), evaluaron como objetivos secundarios aquellos eventos relacionados al cáncer de mama.⁴⁰

Se buscaron estudios randomizados y controlados (RCT) en mujeres con CM en tratamiento con TMX comparando la incidencia de patología endometrial entre solamente el seguimiento versus la utilización de SIU-LNG más seguimiento.

Se seleccionaron 4 RCT (Chan 2007, Gardner 2000, Kesim 2008, Omar 2010)⁴¹⁻⁴⁶ incluyendo 453 mujeres pre y post menopáusicas (273 en grupo TMX+SIU y 270 TMX). En el grupo con SIU se observó una reducción en la aparición de pólipos a 12, 24 y 60 meses con un Odds Ratio (OR) de 0,22; también reducción en la hiperplasia de endometrio (a 24 y 60 meses un OR 0,13). En cuanto a reducción en Carcinoma de Endometrio los estudios no llegaron a un poder estadístico suficiente para demostrar su reducción. Dado el mecanismo de acción del SIU, en el grupo de usuarias se observó al principio más sangrado anormal y spotting con disminución en el tiempo.

El objetivo secundario del estudio es en lo que focalizamos nosotros: ¿qué sucede con las recurrencias en las mujeres con SIU? En este análisis de Cochrane las recurrencias fueron evaluados en sólo 2 (N: 154) de los 4 RCT analizados. Las **recurrencias de CM fueron 16, y las muertes por CM fueron 18, sin diferencias con el grupo control**. Las recurrencias de mujeres con SIU y TMX fueron del 14,3% vs 9,1% en grupo control de sólo TMX (OR 1,74). Las muertes fueron evaluadas en 3 de los 4 RCT analizados, con un OR 1,02 (5,8 vs 5,7% en cada grupo, con un n de 137 y 140 en cada grupo). **Sin embargo la calidad de la evidencia es moderada según el número muestral y la baja tasa de eventos**.

Luego es interesante comentar otro metaanálisis de los chinos Yun fu y Z. Zhuang,⁴⁷ con respecto al uso del SIU-LNG y sus efectos a largo plazo en usuarias de tamoxifeno. Analizan 3 RCT (Gardner 2009, Kesim 2008, Wong 2013)^{44, 45, 48}: el endpoint a analizar fue evaluar la eficacia del SIU para prevenir patología endometrial asociada a TMX. Suman entre estos estudios 359 pacientes. De ellas, 175 se encontraban en el grupo de TMX + SIU y 184 en el grupo control (sólo recibían TMX). Este metaanálisis **no observa un aumento de incidencia de recurrencia de CM y muerte relacionada a CM. La recurrencia observada en el grupo TMX+SIU fue de 6.3% (n=11) y en el control fue de 3.8% (n=7)**. Si bien como se observa son más las recurrencias en el grupo con SIU y TMX, este valor no arroja una **diferencia estadísticamente significativa (P = 0.28, OR 1.75)**. **En cuanto a muertes, fueron 4.6% (8) en TMX+SIU y 3.8% (7) en el grupo control, sin diferencia significativa en este tópico tampoco (P = 0.71, OR 1.22)**. **A pesar de estos resultados promisorios en cuanto a protección de patología endometrial**, se necesitan estudios randomizados a largo plazo sobre SIU-LNG en mujeres con CM para determinar certeramente los riesgos y beneficios en el tratamiento con TMX. El promedio de edad del grupo de tratamiento fue de 51 años, siendo postmenopáusicas el 80% de las mujeres incluidas.

El tema anticoncepción creemos no queda afuera de este cuestionamiento. Es decir, si bien las mujeres con CM necesitan una anticoncepción altamente efectiva, y el SIU definitivamente cumple con ese requisito, los beneficios que brinda a nivel anticonceptivo y no anticonceptivo (como regulación del sangrado y protección endometrial) deben sopesarse con la falta de evidencia que descarte la acción del LNG circulante que puede provenir del SIU en cuanto a afectar una posible recurrencia del CM. Es por ello que hoy por hoy el uso del SIU no está aceptado en este grupo de pacientes, si bien en algún caso particular, bajo la supervisión médica y con la decisión informada de la paciente y el oncólogo se podría llegar a utilizar en forma excepcional.

i. Anticoncepción de emergencia

El último y pequeño apartado de este artículo tiene la idea de refrescar un concepto importante: no existen contraindicaciones absolutas para la anticoncepción de emergencia. El antecedente de cáncer de mama no es la excepción: puede utilizarse sin problemas si resultara necesaria. Si bien el cáncer de mama se considera hormonodependiente, en anticoncepción de emergencia los beneficios superan a los riesgos.⁴⁹ El más utilizado y disponible en nuestro medio es el Levonorgestrel (LNG). De todas maneras vale la pena recordar que el **DIU de cobre es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia** y puede utilizarse hasta 5 días post coito sin

perder eficacia, con una tasa de falla de sólo 0.14. En el uso de DIU como anticoncepción de emergencia el efecto prominente es pre fertilización. En pacientes con CM, puede ser útil ya que si se coloca DIU “de emergencia” luego se puede dar continuidad al método, ya que como hemos visto, es uno de los principales métodos recomendados en CM. El acetato de ulipristal como anticoncepción de emergencia se utiliza en la dosis de 30 mg y es categoría 2 en cáncer de mama, o sea, puede utilizarse sin problema, así como también la mifepristona. Ninguna de esas dos drogas están disponibles en nuestro país para uso en anticoncepción de emergencia.

j. Nuevas preguntas e inquietudes

Recientemente se han retomado investigaciones sobre un estrógeno llamado estetrol (E4). El mismo es un estrógeno natural, producido por el hígado fetal. Se conoce hace mucho pero el renovado interés en él surge dado que tiene un mínimo impacto hepático, lo cual permite su potencial uso en anticoncepción y terapia hormonal menopáusica, donde siempre se buscan compuestos con menores efectos adversos. **Se ha visto que el estetrol es cien veces menos potente que el Estradiol (E2) para estimular células mamarias humanas in vitro y murinas in vivo.**⁵⁰

Presenta baja afinidad por el receptor estrogénico (RE) y en presencia de E2 actúa como antagonista. Esto podría darnos a futuro un elemento más de “protección mamaria” asociado a la anticoncepción.

Otro interrogante, dado que no hay bibliografía al respecto, es qué sucede con el SIU-LNG 13,5 (Blusiri® en nuestro país). Este SIU tiene una menor carga hormonal que el conocido SIU 52 mg (Mirena® en nuestro país).⁵¹ Si bien no se sabe a ciencia cierta como dijimos qué sucede con el LNG del SIU de 52 mg en una mujer con cáncer de mama, tampoco sabemos qué pasa con el dispositivo que tiene un tercio de LNG. Lo que sí sabemos de este último es que dada su menor dosis hormonal total tiene menor liberación diaria de LNG. Si bien a nivel anticonceptivo esto no disminuye significativamente su eficacia, tal vez, desde el punto de vista teórico, menor tasa de liberación implique menor efecto sistémico y potencialmente menor efecto mamario. Pero ¿mantendrá este dispositivo los efectos postivos endometriales en mujeres con tamoxifeno?

3. Conclusión

En una mujer joven y fértil que tiene o ha tenido cáncer de mama tenemos una mujer con necesidades especiales en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Entonces podemos concluir

¿Qué Sí se puede hacer en cuanto a anticoncepción en una mujer con cáncer de mama?

- Es bueno acompañar e indagar sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos
- Asegurarle la provisión de un MAC para evitar un embarazo no planificado. Esa situación puede ser devastadora frente a un diagnóstico reciente de cáncer de mama, más allá de que sabemos que hay más abortos y malformaciones asociadas al tratamiento del CM
- Debemos ofrecer métodos no hormonales, preferiblemente el DIU de Cobre (por su alta eficacia, categoría 1 OMS)
- Podemos ofrecer métodos quirúrgicos si existe preferencia por métodos irreversibles, por su alta eficacia y ausencia de hormonas
- Sería importante detectar casos que se beneficiarían con la salpingectomía de reducción de riesgo o salpingooforectomía, como aquellas mujeres con una mutación conocida del gen BRCA.

- En lo posible informar sobre la posibilidad de uso sin contraindicaciones a pesar del cáncer de mama de la anticoncepción de emergencia

Que NO se puede hacer en cuanto a anticoncepción en una mujer con cáncer de mama?

- Si contraindicamos el embarazo por un motivo oncológico no podemos no preguntar si la mujer está usando un método anticonceptivo efectivo. Es muy interesante poder trabajar en un equipo multidisciplinario para abordar esta temática, ya que como médicos oncólogos o mastólogos, el tiempo en la consulta es acotado para poder abordar temas de anticoncepción, o bien no se tiene el manejo de los diferentes métodos anticonceptivos, a nivel práctico o teórico
- No se recomienda suspender el MAC que está usando la paciente abruptamente post diagnóstico de CM, al menos esperar hasta que nos aseguremos que le hemos indicado y está utilizando otro método efectivo
- Recordemos no prohibir el uso de la anticoncepción de emergencia por el antecedente de CM
- No se recomienda el uso de métodos hormonales por ninguna de las vías de administración disponibles (vías orales, inyectables, parches, anillos). El mismo concepto de contraindicación aplica para métodos de sólo progestágenos (como SIU con LNG o implante)
- Si bien el SIU previene efectivamente patología endometrial asociada al TMX y tiene baja dosis de LNG sistémica aún no hay evidencia de que no afecte la recurrencia de la enfermedad, con lo cual su uso no está recomendando
- Si de forma excepcional se llegara a utilizar el SIU en CM en algún caso particular, esto debe ser bajo supervisión médica, con autorización del oncólogo y con la decisión informada de la paciente, recomendándose un consentimiento informado por escrito, dada la falta de información científica al respecto

Bibliografía

1. Hamy AS, Abuelallah H, Hocini H, et al. Contraception after breast cancer: a retrospective review of the practice among French gynecologists in the 2000's. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2014;35(2):149-53
2. Güth U, Huang DJ, Bitzer J, et al. Contraception counseling for young breast cancer patients: A practical needs assessment and a survey among medical oncologists. *Breast.* 2016 Dec;30:217-221
3. Dominick SA, McLean MR, Whitcomb BW, et al. Contraceptive practices among female cancer survivors of reproductive age. *Obstet Gynecol.* 2015;126:498-507.
4. Partridge AH, Gelber S, Peppercorn J, et al. Fertility and menopausal outcomes in young breast cancer survivors. *Clin Breast Cancer* 2008; 8:65-9
5. Vandembroucke T, Verhecke M, Van Calsteren K, et al. Fetal outcome after prenatal exposure to chemotherapy and mechanisms of teratogenicity compared to alcohol and smoking. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13:1653-1665
6. Sarno MA, Mancari R, Azim HA Jr, Colombo N, Peccatori FA. Are monoclonal antibodies a safe treatment for cancer during pregnancy? *Immunotherapy* 2013 Oct; 5(10):1146.
7. Kathryn J Ruddy, MD, MPH, Ann H Partridge, MD, MPH. Approach to the patient following treatment for breast cancer. www.uptodate.com
8. Güth U, Huang DJ, Bitzer et al. Unintended pregnancy during the first year after breast cancer diagnosis. *The European Journal of Contraception & Eur J Contracept Reprod Health Care* 2016; 21(4):290-4
9. Busief ME, Missmer SA, Ginsburg ES, et al. The effects of paclitaxel, dose density, and trastuzumab on treatment-related amenorrhea in premenopausal women with breast cancer. *Cancer* 2010;116:791-798

10. Hamy AS et al. Contraception after breast cancer: a retrospective review of the practice among French gynecologists in the 2000's. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2014;35(2):149-53.
11. Criterios de elegibilidad de la OMS <http://www.who.int/reproductivehealth/es>
12. Patel A, Schwarz EB. Society of Family Planning. Guideline #20121. Cancer and contraception. *Contraception* 2012. 86: 191-8.
13. USMEC <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/usmec.htm>
14. UKMEC <https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/final-book-july-2017.pdf>
15. Liang Y, Benakanakere I, Besch-Williford C, Hyder RS, Ellersieck MR, Hyder SM. Synthetic progestins induce growth and metastasis of BT-474 human breast cancer xenografts in nude mice. *Menopause* 2010; 17: 1040–7.
16. Lanari C, Molinolo AA. Progesterone receptors — animal models and cell signalling in breast cancer. Diverse activation pathways for the progesterone receptor: possible implications for breast biology and cancer. *Breast Cancer Res* 2002; 4: 240–3.
17. Kotsopoulos J et al. Timing of oral contraceptive use and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers. *Breast Cancer Res Treat.* 2014; 143 (3):579-86
18. Friebel TM. Modifiers of cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2014 Jun; 106(6)
19. Gadducci A, Biglia N, Cosio S, Sismondi P, Genazzani AR. Gynaecologic challenging issues in the management of BRCA mutation carriers: oral contraceptives, prophylactic salpingo-oophorectomy and hormone replacement therapy. *Gynecol Endocrinol.* 2010; 26(8):568-77.
20. Samson M, Arp Adams S, Porter N, et al. Progestin and breast cancer risk: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2016; 155:3–12
21. Strom BL, Berlin JA, Weber AL, Norman SA, Bernstein L, Burkman RT et al. Absence of an effect of injectable and implantable progestin-only contraceptives on subsequent risk of breast cancer. *Contraception* 2004. 69(5):353–360
22. Fabre A, Fournier A, Mesrine S, Desreux J, Gompel A, Boutron Ruault M-C et al. Oral progestagens before menopause and breast cancer risk. *Br J Cancer* (2007). 96(5):841–844
23. Yang Z, Hu Y, Zhang J, Xu L, Zeng R, Kang D. Estradiol therapy and breast cancer risk in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Endocrinol.* 2017 Feb;33(2):87-92.
24. McNaught J, Reid RL; SOGC/GOC Progesterone-only and non-hormonal contraception in the breast cancer survivor: Joint Review and Committee Opinion of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and the Society of Gynecologic Oncologists of Canada., *J Obstet Gynaecol Can.* 2006 Jul;28(7):616-39.
25. Ruan X. Progestogens and membrane-initiated effects on the proliferation of human breast cancer cells. *Climacteric* 2012;15: 467–472
26. Lee NC, Rosero-Bixby L, Oberle MW, Grimaldo C, Whatley AS, Rovira EZ. A case-control study of breast cancer and hormonal contraception in Costa Rica. *JNCI* 1987;79 (6):1247–54.
27. Paul C, Skegg DC, Spears GF. Depot medroxyprogesterone (Depo-Provera) and risk of breast cancer. *Br Med J* 1989; 299:759–62.
28. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996;347:1713–27
29. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2004;70:89–96
30. De Batista Depes D, Gomes Pereira AM, Alfredo Martins JA, Gazi Lippi U, Guedes Coelho Lopes R. Initial experience with hysteroscopic tubal occlusion (Essure®). *Einstein* 2016; 14(2):130-4.

31. Yoon SH et al. Bilateral salpingectomy can reduce the risk of ovarian cancer in the general population: A meta-analysis. *Eur J Cancer* 2016 ;55:38-46.
32. Callahan RL, Kopf GS, Strauss JF, Tworoger SS. Tubal contraception and ovarian cancer risk: a global view. *Contraception* 2017; 95(3):223-226.
33. Westberg J, Scott , Creinin MD. Safety outcomes of female sterilization by salpingectomy and tubal occlusion. *Contraception* 2017; 95(5):505-508
34. Backman T, Rauramo I, Jaakkola K, Inki P, Vaahtera K, Launonen A, Koskenvuo M. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system and breast cancer. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 813-817.
35. Siegelmann-Danieli N, Katzir I, Landes JV, et al. Does levonorgestrel-releasing intrauterine system increase breast cancer risk in peri-menopausal women? An HMO perspective. *Breast Cancer Res Treat*. 2017 Sep 14. 2017 Sep 14. doi: 10.1007/s10549-017-4491-2. [Epub ahead of print]
36. Trinh Xuan Bich, Buytaert G, Tjalma WAA, Weyler J, Makar AP, van Dam PA Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in breast cancer patients. *Fertil Steril* 2008; 90:17-22.
37. Sturridge F, Guillebaud J. A risk-benefit assessment of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Drug Saf*. 1996 Dec;15(6):430-40
38. Haimov-Kochman R, Amsalem H, Adoni A, Lavy Y, Spitz IM. Management of a perforated levonorgestrel-medicated intrauterine device— a pharmacokinetic study: case report. *Hum Reprod* 2003; 18:1231-3.
39. Pakarinen P, Lahteenmaki P, Rutanen EM. The effect of intrauterine and oral levonorgestrel administration on serum concentrations of sex hormone-binding globulin, insulin and insulin-like growth factor binding protein-1. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:423-8.
40. Dominick S, Hickey M, Chin J, Su HI. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD007245.
41. Chan SSC, Tam WH, Yeo W, Yu MMY, Ng DPS, Wong AWY, et al. A randomised controlled trial of prophylactic levonorgestrel intrauterine system in tamoxifen treated women. *BJOG* 2007;114 (12):1510-
42. Wong AWY, Chan SSC, Yeo W, Yu MY, Tam WH. Prophylactic use of levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with breast cancer treated with tamoxifen: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 2013; 121(5):943-50.
43. Gardner FJE, Konje JC, Abrams KR, Brown LJR, Khanna S, Al-Azzawi F, et al. Endometrial protection from tamoxifen-stimulated changes by a levonorgestrel-releasing intrauterine system: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356(9243):1711-7.
44. Gardner FJE, Konje JC, Bell SC, Abrams KR, Brown LJ, Taylor DJ, Habiba M. Prevention of tamoxifen induced endometrial polyps using levonorgestrel releasing intrauterine system: Long-term follow-up of a randomized control trial. *Gynecologic Oncology* 2009; 114(3):452-6.
45. Kesim MD, Aydin Y, Atis A, Mandiraci G. Long-term effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on serum lipids and the endometrium in breast cancer patients taking tamoxifen. *Climacteric* 2008; 11(3):252-7.
46. Omar H, Elkhayat W, Aboulkasem M. The use of levonorgestrel-releasing intrauterine system in prevention of endometrial pathology in women with breast cancer treated with tamoxifen. *The International Journal of Medicine* 2010; 3(1):327-330.
47. Yun Fu, Zhigang Zhuang. Long-term effects of levonorgestrel-releasing intrauterine system on tamoxifen-treated breast cancer patients: a meta-analysis. *Int J Clin Exp Pathol* 2014; 7(10): 6419-6429

48. Wong AW, Chan SS, Yeo W, Yu MY, Tam WH. Prophylactic use of levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with breast cancer treated with tamoxifen: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 943-950.
49. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging Options for Emergency Contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2013; 7: 23-35.
50. Gerard. C. Estetrol is a weak estrogen antagonizing estradiol-dependent mammary gland proliferation. *Journal of Endocrinology* 2015; 224, 85-95
51. Gemzell-Danielsson K, Buhling KJ, Dermoutet SM et al. A Phase III, single-arm study of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5 mg) in postmenarcheal adolescents. *Contraception* 2016; 93: 507-512

Anticoncepción en pacientes con Trombofilia

AUTORES:

Dra. Bozza Lorena, Dra Ciarmatori Silvia
Sección Planificación Familiar, Servicio de Ginecología del
Hospital Italiano de Buenos Aires.
lorena.bozza@hospitalitaliano.org.ar



Introducción

Las trombofilias son un grupo de desórdenes de la coagulación que generan un riesgo aumentado de trombosis, entre las que se incluye trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa cerebral (ACV), y ocasionalmente, trombosis arterial. Tanto el tromboembolismo venoso (TEV) como el tromboembolismo arterial (TEA) se asocian con un aumento del riesgo de mortalidad, o de secuelas a largo plazo que disminuyen la capacidad laboral o afectan la calidad de vida.¹

Prevalencia

La prevalencia de las trombofilias depende de la población estudiada: es más baja en la población general, (5-10% en la raza blanca y 1-5% en la raza negra), pero más alta en individuos con antecedente familiar de primer grado o con antecedente personal de trombosis (17% y 34% respectivamente).

La mayor parte de la población portadora de una trombofilia desconoce su condición. La realización del screening sistemático en la población general no está indicada dado que hasta ahora no se ha demostrado el beneficio de aplicar la terapéutica en individuos con trombofilia que nunca han experimentado una trombosis.²

Patogénesis

La patogénesis del TEV es multifactorial. Cualquier situación que afecte el flujo sanguíneo, altere la indemnidad del endotelio vascular o aumente la coagulabilidad de la sangre, puede predisponer a la aparición de un evento trombótico, según el clásico concepto de Virchow. Las trombofilias son solo uno de los factores involucrados. Existen además, condiciones adquiridas, patologías sistémicas o factores ambientales que pueden incrementar el riesgo de trombosis.³

Cuadro N° 1: Triada de Virchow

Triada de Virchow

1. Alteración del flujo sanguíneo (estasis)
2. Lesión endotelial vascular
3. Estado hipercoagulable que puede ser hereditario o adquirido

Clasificación

Las trombofilias se clasifican en **hereditarias y adquiridas**. Las trombofilias **hereditarias** generan un estado de hipercoagulabilidad primario debido una alteración genética que afecta cuali o cuantitativamente a uno o más de los factores de la cascada de la coagulación o a los procesos fibrinolíticos. Las más frecuentes son el factor V de Leiden, la mutación del gen de la protrombina G20210A, la deficiencia de proteína S y de proteína C, la deficiencia de antitrombina y la disfibrinogenemia.

Las trombofilias **adquiridas** son alteraciones de la coagulación que predisponen a la trombosis, que aparecen en un momento de la vida y en ocasiones son de carácter transitorio y no tienen un sustrato genético. Un ejemplo es el síndrome antifosfolípido (la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico o anticuerpos anticardiopina o anti B 2 glicoproteína 1 asociados al antecedente clínico de trombosis o evento obstétrico adverso).

La presencia de una trombofilia hereditaria o adquirida es un factor predisponente que no implica necesariamente la aparición de un evento trombótico. La presencia de factores de riesgo asociados, como el antecedente reciente de cirugía mayor o traumatismo, inmovilización, patología maligna, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades autoinmunes o el uso de anticoncepción hormonal combinada aumenta la posibilidad de sufrir un TEV.⁴

Por tal motivo, en mujeres con trombofilias, la elección del método anticonceptivo requiere de una especial atención: no solo de la valoración del tipo de trombofilia sino también de la presencia o no de factores de riesgo asociados. No todas las trombofilias presentan el mismo potencial trombogénico. Las trombofilias más trombogénicas son el Factor V Leiden (la condición homocigota es más trombogénica que la heterocigota) y dentro de las adquiridas, el síndrome antifosfolípido. En el individuo con trombofilia, cuanto mayor es el número de factores de riesgo, mayor es el riesgo de sufrir un evento trombótico.⁵

Cuadro N° 2: Clasificación de las trombofilias según el riesgo de trombosis

Trombofilias de alto riesgo	Trombofilias de bajo riesgo
Síndrome antifosfolípido FV Leiden heterocigota	FV Leiden heterocigota
Deficiencia de Antitrombina III Protrombina G20210A heterocigota	Protrombina G20210A heterocigota
Deficiencia de Proteína C Resistencia a la proteína C adquirida	Resistencia a la proteína C adquirida
Deficiencia de Proteína S Hiperhomocisteinemia	Hiperhomocisteinemia
FV Leiden homocigota	
Protrombina G20210A homocigota	
FVL+PTG20210A heterocigotas u otras trombofilias combinadas	

Existen ciertas alteraciones, como el polimorfismo del promotor del gen del PAI (inhibidor del activador del plasminógeno), la respuesta fibrinolítica alterada a la isquemia, la variante termolábil de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR C677T), el aumento de los factores VII, VIII, IX, XI, polimorfismos de factor XIII, polimorfismos de glicoproteínas de la membrana plaquetaria y la lipoproteína (a), que si bien han mostrado en estudios individuales alguna relación con patología trombótica, no hay suficiente evidencia que justifique incluir su evaluación en el algoritmo de estudio de pacientes con sospecha de trombofilia.

La anticoncepción hormonal combinada es considerada una causa importante de trombosis en mujeres jóvenes. El riesgo es mayor durante los primeros 6 a 12 meses de uso, (especialmente en los primeros 3 meses) y a partir de ese momento disminuye y permanece estable. En general, se considera que la anticoncepción hormonal combinada puede aumentar el riesgo de sufrir una trombosis en la población general de 2 a 3 veces el riesgo basal (riesgo relativo). Si bien estas cifras pueden resultar impactantes, teniendo en cuenta que los eventos trombóticos en mujeres jóvenes son muy infrecuentes, el riesgo absoluto sigue siendo bajo.⁶

Incidencia de TEV

La incidencia de TEV en la población general es de 1 a 5 casos cada 10000 mujeres/año y en usuarias de anticoncepción hormonal combinada aumenta de 5 a 10 casos/10000 mujeres/año. Aunque el uso de anticoncepción hormonal duplica el riesgo basal, estas cifras son sensiblemente menores a las reportadas durante el embarazo (5 a 20 casos/10000 mujeres/año) y el puerperio (40 a 65 casos/10000 mujeres/año). La incidencia de TEV aumenta en mujeres con trombofilias y este aumento es mayor en los casos de trombofilias combinadas.⁷

Mecanismo fisiopatológico

No se conoce exactamente cuál es el mecanismo por el cual el uso de ACO aumenta el riesgo de TEV. En general, se asocia fundamentalmente al componente estrogénico de los anticonceptivos hormonales, ya que el estrógeno induce a nivel hepático la síntesis de proteínas procoagulantes (factores de la coagulación VII, VIII, X y fibrinógeno) y disminuye los factores anticoagulantes (proteína C y S, y la antitrombina III) lo cual favorece un estado de hipercoagulación.⁵

Asesoramiento anticonceptivo en las mujeres con trombofilias

El riesgo general de TEV en las mujeres portadoras de trombofilias que están usando métodos anticonceptivos depende de varios factores:

1. Relacionado con el tipo de trombofilia
2. Relacionado con el tipo de método anticonceptivo: el riesgo se relaciona fundamentalmente con los métodos que contienen estrógeno.
3. Relacionado con la eficacia del MAC: algunos MAC no aumentan el riesgo de TEV; sin embargo, debido a su menor eficacia, la posibilidad de un embarazo no planificados (ENP) por fracaso del método es mayor, lo cual aumenta per se el riesgo de TEV.

La consejería anticonceptiva es clave para mujeres con trombofilia y debe abordar tanto el eventual riesgo de TEV asociado a la anticoncepción como el riesgo de un embarazo no intencionado con cada uno de los métodos, para que la mujer pueda comparar estos riesgos. En las mujeres con trombofilia, el embarazo y el período posparto están asociados a un aumento significativo del riesgo de TEV, y estos riesgos exceden en muchos casos el riesgo de TEV de un método anticonceptivo en particular. Al igual que para todas las mujeres, también deben analizarse las ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo.⁵

Métodos anticonceptivos disponibles en mujeres con trombofilias

No Hormonales

En este grupo de métodos se incluye el preservativo, el DIU, y el diafragma. Ninguno de estos métodos afecta la hemostasia; por lo tanto, no aumentan el riesgo de TEV. Sin embargo, debe considerarse el riesgo asociado al embarazo por fracaso del método.

De los métodos de barrera, el más importante es el preservativo. Bien utilizado, su eficacia anticonceptiva es alta; es el único MAC que previene las infecciones de transmisión sexual. Es importante enfatizar sobre el uso correcto, ya que su uso incorrecto puede incrementar el riesgo de TEV al producirse un embarazo. Lo mismo cuenta para el diafragma, un método poco utilizado en nuestro medio. Ninguno de los dos está contraindicado en portadoras de trombofilias.⁵

El DIU es un excelente método anticonceptivo ya que otorga seguridad y alta eficacia anticonceptiva a largo plazo. Su eficacia es independiente de la usuaria y altamente costo efectivo. Este método es considerado categoría 1 de los Criterios de Elegibilidad (significa que puede ser utilizado sin restricciones) de la OMS⁸, del CDC⁹ y de UK¹⁰, para las pacientes portadoras de trombofilias y para las pacientes con antecedentes personales de trombosis.

Progestágenos solos

Los métodos que solo contienen progestágenos, en sus diferentes vías de administración: oral, inyectable, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU LNG), implante subdérmico y anticoncepción oral de emergencia no se asocian al riesgo de trombosis; por lo tanto, pueden utilizarse en pacientes portadoras de trombofilias y en pacientes con antecedentes personales de TEV.

En las diferentes guías internacionales se consideran Criterio de elegibilidad 2, tanto para portadoras de trombofilias como para pacientes con antecedentes de trombosis.⁸⁻¹⁰

SIU LNG

El SIU LNG merece un comentario adicional. Es un excelente método anticonceptivo que presenta altísima eficacia anticonceptiva y alta tasa de continuidad, y produce adicionalmente una reducción drástica del sangrado y de la dismenorrea. Este método no aumenta el riesgo de trombosis puesto que el levonorgestrel que libera alcanza altas concentraciones intraútero, pero tiene bajísima absorción sistémica. Puede en general, utilizarse en mujeres portadoras de trombofilias y con antecedentes de TEV.^{5,8,9,10,11} La única excepción son las pacientes con Lupus Eritematoso sistémico (LES) con Anticuerpos antifosfolípidos positivos (anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina Ig G o Ig M o anticuerpos anti B 2 glicoproteína 1, Ig G o Ig M), para quienes los criterios de Elegibilidad de la OMS considera el uso del SIU LNG categoría 3 (los riesgos teóricos o probados podrían superar las ventajas del uso).⁹ Estas mujeres tienen un riesgo aumentado de trombosis por su enfermedad de base. A pesar de ello, en algunos casos, el SIU termina siendo la mejor y única opción disponible, dado que son mujeres que deben optar por un MAC de altísima eficacia (el embarazo se asocia a riesgos de salud muy severos) y que con frecuencia tienen anemia, -tanto por su enfermedad de base como por el sangrado menstrual abundante por trombocitopenia-; motivo por el cual, la reducción drástica del sangrado que produce el SIU termina priorizándose sobre el riesgo de TEV.¹¹ En esos casos, debe conversarse con la paciente, analizar críticamente los riesgos y beneficios para decidir cuál es la mejor opción. Para los criterios de Elegibilidad del Reino Unido la presencia de Anticuerpos antifosfolípidos en pacientes con LES, el uso del SIU se considera categoría 2 (condición donde las ventajas del uso del método en gral. superan los riesgos teóricos).¹⁰

Anticonceptivos hormonales combinados

En este grupo se incluyen los métodos hormonales combinados en todas sus vías de administración: oral (ACO), parche transdérmico y anillo vaginal. Como se mencionó con anterioridad, el componente estrogénico se relaciona con un aumento del riesgo de trombosis en portadoras de trombofilias; por lo tanto, están contraindicados en esta población, al igual que para pacientes con historia personal de trombosis.^{5,8,9,10}

Si bien en líneas generales, la anticoncepción hormonal combinada no debe utilizarse en pacientes con trombofilias, algunos autores consideran que existen algunas situaciones puntuales de trombofilias menos trombogénicas, en las que podría considerarse el uso de anticoncepción hormonal combinada. Es el caso de mujeres con trombofilias hereditarias con mutaciones heterocigotas para FVL o para la mutación protrombina G20210A, o con deficiencia de proteína C o proteína S, siempre y cuando no exista antecedente de TEV en familiar de primer grado, o se trate de una trombofilia combinada.¹²

En el resto de los casos, mutaciones homocigotas, y/o combinadas, y/o antecedente (familiar o personal) de TEV, el uso de anticoncepción hormonal con estrógenos está contraindicado.

Recomendaciones

- Evaluar el riesgo individual de TEV interrogando sobre la presencia de factores de riesgo para trombosis como historia personal o familiar de TEV, obesidad, migraña con aura y tabaquismo, entre otros factores.
- Informar sobre el aumento de riesgo de TEV relacionado con el embarazo y fomentar las medidas de prevención del embarazo no intencionado.

- Evaluar las opciones anticonceptivas con la usuaria, considerando lo que se sabe hasta el momento sobre los riesgos relativos y absolutos de los diferentes métodos y las preferencias de la paciente.
- Educar a las mujeres sobre las medidas de prevención de trombosis, fomentando la reducción de los factores de riesgo modificables, e informar sobre los síntomas de TEV para la detección precoz.

La base del asesoramiento es individualizar el riesgo personal de cada paciente.⁵

Screening de trombofilias antes de indicar anticoncepción hormonal: debe hacerse?

Los métodos de *screening* son métodos que se utilizan para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. Están indicados cuando los resultados permiten modificar el manejo de la paciente. Para que una prueba de *screening* sea considerada tal, debe cumplir ciertas premisas: la enfermedad buscada debe ser una causa frecuente de morbimortalidad (enfermedad prevalente); debe ser detectable en la etapa presintomática; la prueba diagnóstica debe ser efectiva y eficaz (debe tener sensibilidad y especificidad aceptables para la detección de la enfermedad buscada); el costo de la prueba debe ser bajo, el tratamiento temprano de dicha enfermedad debe ser mejor que en la etapa sintomática; y el daño potencial de la intervención debe ser menor que el del tratamiento no precoz.¹³

El *screening* de trombofilias no está recomendado ni en la población general ni en las mujeres candidatas a usar anticoncepción hormonal. La frecuencia de las trombofilias tanto hereditarias como adquiridas en la población general es baja; también es baja a moderada la probabilidad de que se manifieste sintomáticamente (evento trombótico) aún en las portadoras de trombofilias más trombogénicas. Además, los test utilizados son costosos y pueden arrojar falsos positivos, como ocurre con frecuencia en las trombofilias adquiridas.^{3,13} Tampoco es menor el impacto psicológico que podría sufrir una paciente portadora frente a un resultado positivo del test, que tal vez nunca desarrolle TEV, pero si sufrirá las implicancias negativas de la profilaxis a largo plazo. Aunque se sabe que la historia clínica carece de alta sensibilidad y especificidad, el interrogatorio investigando el antecedente personal de TEV o la historia familiar de TEV en familiar de primer grado a edad temprana (menor de 50 años) o el antecedente de mujeres que sufrieron un evento obstétrico desfavorable (muerte fetal intraútero en segundo o tercer trimestre, abortos a repetición), es el único método de cribado sugerido para el tamizaje de trombofilias. En mujeres que presentan alguno de estos antecedentes, sí está indicada la evaluación de las trombofilias en sangre.

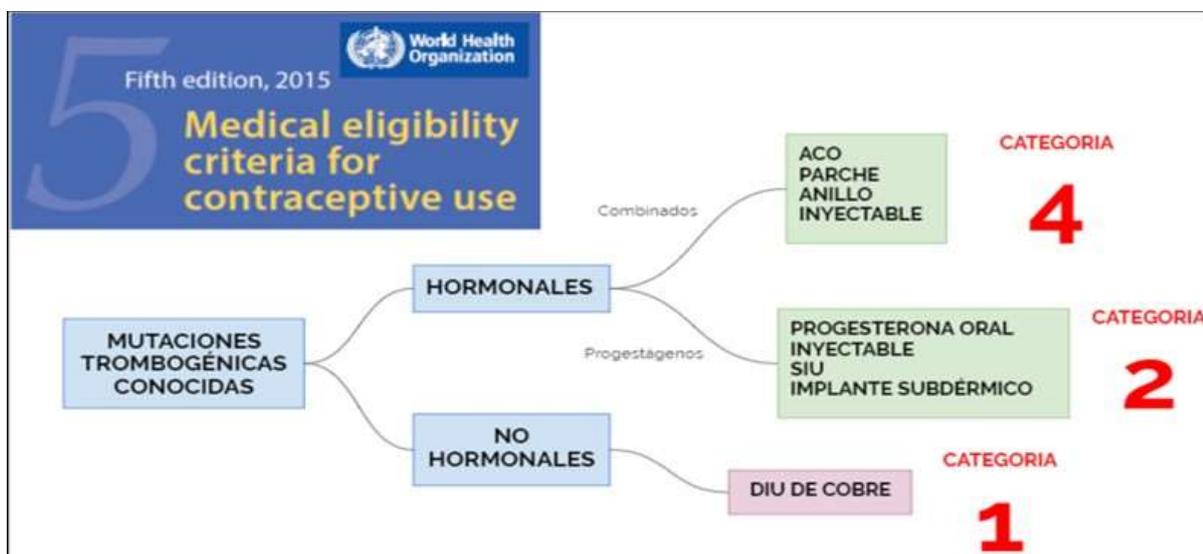
Conclusiones

Las trombofilias son un grupo de desórdenes de la coagulación que generan un riesgo aumentado de trombosis. La prevalencia de estas patologías en la población general es baja. Las mujeres portadoras de trombofilias - hereditarias o adquiridas- tienen que conocer que presentan un riesgo de trombosis durante el embarazo, parto y el puerperio mayor que la población general; motivo por el cual deben ser asesoradas correctamente sobre la importancia de prevenir el embarazo no planificado. La elección del método anticonceptivo también está condicionada en las mujeres portadoras de trombofilias: cualquier forma de anticoncepción hormonal que contenga estrógeno está contraindicada por el mayor riesgo de trombosis. Sin embargo, los anticonceptivos que contienen solo gestágeno y todas las alternativas anticonceptivas no hormonales pueden ser utilizadas en estas mujeres.

El *screening* sistemático de las trombofilias mediante pruebas sanguíneas, previamente al inicio de anticoncepción hormonal combinada no está indicado. Sí es obligatorio investigar el antecedente personal o familiar de trombosis (evento trombótico en algún familiar de primer grado antes de los 50 años), como para pesquisar la presencia de una trombofilia hereditaria.

Bibliografía

1. Blickstein, Isaac. Thrombophilia and women`s health: An overview. *Obstet Gynecol Clin N Am* 33 (2006) 347-356.
2. Michiel Coppens. Contraception in Women With Hereditary Thrombophilic Defects. *Clinical Advances in Hematology & Oncology* Volume 13, Issue 9 September 2015.
3. Blickstein Dorit and Blickstein Isaac. Oral contraception and trombophilia. *Current opinion in Obstet Gynecol.* 2007, 19:370-376.
4. Cavenagh, and Colvin. Guidelines for the management of thrombophilia. Department of Haematology. The Royal London Hospital, Whitechapel, London, UK. *Postgrad Med J.* 1996 Feb; 72(844): 87-94.
5. Blanco-Molina. Oral contraception in women with mild trombophilia: What have we learned recently? *Trombosis Research* 130 (2012) 516-518.
6. Michiel Coppens. Contraception in Women With Hereditary Thrombophilic Defects. *Clinical Advances in Hematology & Oncology* Volume 13, Issue 9 September 2015.
7. Van Vlijmen et al. Thrombotic risk during oral contraceptive use and pregnancy in women with factor V Leiden or prothrombin mutation: a rational approach to contraception. *Blood* 2011; 118:2055.
8. World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, Fifth edition, 2015.
9. U.S. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 2016.
10. UK *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. UKMEC, 2016.
11. Braga et al. Oral anticoagulant therapy does not modify the bleeding pattern associated with the SIU Ing in women with trombophilia and or a history of trombosis. *Contraception* 89 (2014) 48-53.
12. Siddiqui T, Bauer KA, Barbieri RL. Contraceptive counseling for women with inherited thrombophilias. In: Ziemann M. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2016; Accessed 2/23/2018
13. Vernon et al. Economic evaluations of trombophilia screening prior to prescribing combined oral contraceptives: A systematic and critical review. *Appl health econ policy.* 2017.



Anticonceptivos Hormonales Combinados y Migraña con Aura: ¿Aumenta el Riesgo de ACV?

Review Article.

Hormonal Contraceptives and Migraine With Aura-Is There Still a Risk?

Headache. 2017 Feb;57(2):184-193.

Calhoun AH

AUTORES:

Traducción y comentarios:

Dra. María Inés Monjo, Dra. María Elisa Moltoni
Médica residente Hospital Británico de Buenos Aires
ninu_monjo@hotmail.com



La migraña es una condición que afecta hasta el 12% de la población general. Es más frecuente en mujeres que hombres y su mayor prevalencia se encuentra entre los 30 y 39 años. El modo más común de presentación es **sin** aura (75%).^{1,2} Existe además una forma frecuente asociada a la reducción de niveles de estrógeno circulantes (catamenial) donde mayormente se presentan sin aura y probablemente estas pacientes se beneficien con anticoncepción hormonal combinada en bajas dosis o de rango extendido.³

Resulta importante destacar que en 2016, el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) actualizó sus criterios de elegibilidad médica para uso de anticonceptivos orales combinados (ACOC) y descartó a la migraña **sin** aura como contraindicación para su uso (son en este caso categoría 2). En este punto, la OMS aclara que los ACOC en la migraña **sin** aura se consideran categoría 2, pero sólo en menores de 35 años, sin otra contraindicación para su iniciación. La diferencia en cuanto a edad es hecha por los criterios de la OMS pero no por los del CDC.⁴ Por lo tanto, se podrían indicar en pacientes con migraña sin aura catamenial que no presenten ninguna contraindicación. En efecto en un estudio donde se prescribieron ACOC a 229 mujeres para prevención de la migraña catamenial se observó su resolución en un 81%.⁵ Por este motivo consideramos importante el diagnóstico correcto en cuanto al tipo de migraña y su asociación o no a la menstruación.

La anticoncepción hormonal combinada ha sido históricamente asociada a un aumento del riesgo de ACV isquémico, especialmente en pacientes con migraña con aura. El riesgo relativo (RR) de esta población es dos veces mayor al de la población general, aunque en términos de riesgo absoluto sigue siendo raro en mujeres sanas no fumadoras.⁶ Además, es evidente que este riesgo es dosis dependiente y aparentemente disminuiría con bajas dosis de estrógeno.

El siguiente análisis se basa completamente en una revisión sistemática publicada por la American Headache Society en 2016.⁷ La primera salvedad en cuanto a la literatura que analiza este tema es que la mayoría de los estudios no aclaran qué estrógeno se analizó y su definición de baja y alta dosis no se corresponde con la actual -por la época en que se realizaron, su definición de "baja dosis" probablemente no incluía ningún anticonceptivo con dosis de Etinilestradiol menores a 35µg-. Además, la mayoría no distingue la migraña con aura de la migraña sin aura.

El estudio compila tres análisis sistemáticos referidos a este tema.

Primer Análisis Sistemático

El más reciente incluye siete artículos con calidad de evidencia media a baja. Cuatro de ellos mostraron un aumento de riesgo de ACV isquémico en usuarias de ACOC.

Analizándolo más en detalle, el primer estudio que incluyó fue publicado en 1975 por el Collaborative Group Study donde 23 de las 25 pacientes que presentaron ACV isquémico trombotico se encontraban tratadas con mestranol 100 µg (equivalente a 70 µg de EE) y el resto eran usuarias de formulaciones con 50 µg de EE.⁸ El RR de ACV fue de 4,4 en pacientes no migrañosas y 4,6 en pacientes migrañosas. Esto indica una diferencia de riesgo relativo poco significativo, con lo cual podemos inferir que el estrógeno en alta dosis generó un RR de 4,4 para ACV isquémico.

El segundo estudio fue de tipo casos y controles donde se incluyeron 72 mujeres menores de 45 años con ACV isquémico y se compararon con 173 casos control. El riesgo aumentó en pacientes fumadoras de >20 cigarrillos/día (RR 10,2) y en pacientes migrañosas (RR 13,9). Analizando los datos en detalle, los eventos de ACV se presentaron únicamente en el grupo de usuarias de ACOC con formulación de 50 µg de EE.⁹

El tercer estudio, también de casos y controles, fue realizado entre 1994 y 1998 en Dinamarca. Se observó entre usuarias de ACOC una disminución significativa del riesgo de ACV con la disminución de la dosis de estrógeno. En las pacientes usuarias de píldora de sólo progestágenos (POPs) y ACOC con <20 µg de EE no se observó diferencia con el grupo control.¹⁰

En 1999 la OMS realizó un estudio de casos y controles donde subdividieron a las usuarias de ACOC en "baja dosis" (<50 µg de EE) y "alta dosis" (>50 µg de EE). Nuevamente se observó que el grupo de baja dosis (RR 1,19) no aumentó significativamente su RR respecto a la población general, mientras que el grupo de alta dosis aumentó marcadamente el riesgo (RR 7,95).¹¹ En ese mismo año, otro estudio publicado en EEUU evaluó 408 casos de ACV isquémicos en 3,6 millones de mujeres-año usuarias de ACOC sin encontrar diferencias estadísticamente significativas con los casos control. Sin embargo, sí significaron un riesgo el tabaquismo (RR 2,7), la HTA (RR 7,8) y la DBT (RR 7,15).¹²

El siguiente estudio, realizado por Nightingale, encontró que en mujeres entre 15 y 49 el riesgo de ACV isquémico era excepcionalmente bajo (3,56 cada 100.000). Tanto en el grupo de mujeres con migraña como en el de las usuarias de ACOC, el RR fue de 2,3. Nuevamente no se especificó qué estrógenos se utilizaron ni en qué dosis. Tampoco se diferenció el diagnóstico de migraña con y sin aura.¹³

El último trabajo incluido en esta primera revisión intentó diferenciar la migraña sin aura de la migraña con aura con un cuestionario que falló en el diagnóstico, conforme al criterio de la International Headache Society. Igualmente no encontraron riesgo estadísticamente significativo en aquellas pacientes con migraña con aura ("probable aura visual") en comparación con la población general.¹⁴

Segundo Análisis Sistemático

El segundo análisis sistemático incluido en esta revisión incluyó una cohorte de 800.000 usuarias de anticonceptivos combinados que incluían ACOC de 30 µg de EE + drospironona, parche

transdérmico de 9 mg norelgestromin + 0,75 mg de EE (20 µg de EE/24hs) y anillo vaginal con 11,7 mg de etonogestrel y 2,7 de EE (15 µg de EE/24hs). Comparado con los ACOC de 20 µg de EE, hubo un aumento significativo de riesgo de ACV isquémico e infarto agudo de miocardio únicamente con los ACOC de 30 µg de EE (RR 2,01), especialmente en el grupo etario de 35 a 55 años.¹⁵

Tercer Análisis Sistemático

Finalmente, se incluyó un metaanálisis realizado por Cochrane en 2015 que abarca 24 estudios. El resultado mostró que las usuarias de ACOC no presentaron aumento significativo del riesgo de presentar ACV isquémico (OR 1) o infarto de miocardio (OR 0,9). El riesgo únicamente aumentó en las formulaciones que contenían >50 µg de EE que hoy representan menos del 1% de las indicaciones.¹⁶

Conclusión

En este trabajo los autores analizan tres revisiones sistemáticas relacionadas con el uso de ACOC y migraña con aura. En general, los estudios presentaron una relación entre el uso de ACOC con altas dosis de estrógeno (>50 µg de EE) y el riesgo de ACV isquémico. Sin embargo, en pacientes con bajas dosis, dicho riesgo no evidenció diferencia significativa respecto a la población general.

Probablemente el riesgo de ACV en pacientes con migraña con aura usuarias de ACOC se haya reducido bastante con las nuevas formulaciones de baja dosis estrogénicas utilizadas hoy en día. Sin embargo creemos necesario contar con los estudios adecuados para poder definir conductas seguras,

Los estudios analizados presentaron limitaciones importantes al no considerar factores confundidores como la falta de diferenciación de poblaciones con riesgo basal aumentado y la ausencia de diagnóstico preciso entre migraña con y sin aura. Consideramos que es importante evaluar a la migraña en conjunto con los demás factores de riesgo que se pueden llegar a presentar en una paciente con deseo de un tratamiento anticonceptivo seguro, como el tabaquismo. Resulta asimismo preciso individualizar el riesgo en cada caso para informar y consensuar con la paciente la prescripción del método, teniendo en cuenta su riesgo-beneficio y la posibilidad de métodos alternativos más seguros (DIU – SIU LNG, Implante, POPs).

En base a las limitaciones presentes en los estudios y a los resultados obtenidos en los mismos, creemos, de acuerdo con los autores, que la recomendación de evitar ACOC en todas las mujeres con migraña con aura debería reevaluarse con las nuevas formulaciones de baja dosis estrogénicas. La necesidad de tener esta discusión, según los autores, es que muchas mujeres migrañosas que se verían beneficiadas con ACOC, se ven privados de ellos dadas estas recomendaciones, que como vimos fueron elaboradas en base a estudios con formulaciones diferentes. Sin embargo, es nuestra intención dejar en claro la necesidad de actuar con cautela y respetar esta contraindicación hasta obtener estudios de calidad que aseguren su prescripción.

-
1. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence. A review of population-based studies. *Neurology* 1994; 44:S17
 2. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007; 68:343

3. Calhoun A, Ford S. Elimination of menstrual-related migraine beneficially impacts of chronification and medication overuse. *Headache* 2008; 48:1186
4. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition, 2015. p.120.
5. Calhoun A, Ford S. Elimination of menstrual-related migraine beneficially impacts chronification and medication overuse. *Headache* 2008; 48:1186
6. Mac Gregor EA. Contraception and headache. *Headache*. 2013; 53:247-276.
7. Anne H. Calhoun, MD, FAHS. Hormonal Contraceptives and Migraine With Aura- Is There Still a Risk? *Headache*. 2016
8. Oral contraceptives and stroke in young women. Associated risk factors. *JAMA*. 1975;231:718-722. (autores no especificados)
9. Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S, et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*. 1995;310:830-833.
10. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, et al. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *NEJM*. 2012;366:2257-2266.
11. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: Case-control study. The WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*. 1999;318:13-18.
12. Petitti DB, Sidney S, Bernstein A, et al. Stroke in users of low-dose oral contraceptives. *NEJM*. 1996;335:8-15.
13. Nightingale AL, Farmer RD. Ischemic stroke in young women: A nested case-control study using the UK General Practice Research Database. *Stroke*. 2004;35:1574-1578.
14. MacClellan LR, Giles W, Cole J, et al. Probable migraine with visual aura and risk of ischemic stroke: The stroke prevention in young women study. *Stroke*. 2007;38:2438-2445.
15. Sidney S, Cheetham TC, Connell FA, et al. Recent combined hormonal contraceptives (CHCs) and the risk of thromboembolism and other cardiovascular events in new users. *Contraception*. 2013;87:93-100.
16. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Et al. Combined oral contraceptives: The risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;CD011054.

Riesgo oncológico y anticoncepción oral combinada: estudio de anticoncepción oral del Royal College of General Practitioners

Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study.

Am J Obstet Gynecol. 2017 Jun; 216(6):580. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC.

AUTORES:

Traducción y comentarios:

Dra. María Zabalza

Médica residente Hospital Italiano de Buenos Aires

maria.zabalza@hospitalitaliano.org.ar



Desde su introducción por primera vez en Estados Unidos en 1960, los anticonceptivos orales combinados (ACO) han sido utilizados por cientos de millones de mujeres en todo el mundo. Hoy en día se estima que entre 100 y 150 millones de mujeres utilizan este método anticonceptivo de manera diaria. Desde los inicios existió preocupación sobre el potencial carcinogénico de este método debido a su alto nivel de utilización y al riesgo de cáncer a lo largo de la vida de las mujeres en diferentes partes del mundo (11-22%). Estas preocupaciones y el temor frecuentemente provocado por los medios de comunicación llevaron a que muchas mujeres se preguntaran si se habían expuesto a un riesgo al utilizar este método anticonceptivo.

Han habido muchos estudios que evaluaron la relación entre ACO y diferentes tipos de cáncer, la mayoría estudios de tipo "caso-control". En su conjunto, la evidencia sugiere un riesgo aumentado de cáncer de mama y cuello uterino en las usuarias recientes o actuales de ACO, y que las usuarias de larga duración en regiones con baja incidencia de hepatitis B podrían tener mayor riesgo de hepatocarcinoma. Contrariamente, las usuarias de ACO parecerían tener menor riesgo de cáncer de endometrio y ovario, un efecto que se mantendría aún varios años luego de la suspensión del método. También parecerían estar protegidas contra el cáncer colorrectal, sin que existan certezas sobre la duración de este efecto protector al suspender el método.

Aún persisten importantes interrogantes a pesar de la vasta evidencia existente: 1) ¿Durante cuánto tiempo persiste el beneficio respecto al riesgo de cáncer de endometrio, ovario y colorrectal? 2) ¿El uso de ACO durante la edad reproductiva genera nuevos riesgos de cáncer que aparecerán tardíamente en la vida de las usuarias? 3) ¿Cuál es el balance global de cáncer de las mujeres que utilizaron ACO en el pasado a medida que entran en etapas más tardías de sus vidas? Estas preguntas se responden idealmente con estudios a gran escala, prospectivos y con periodos de seguimiento prolongados. En este artículo se reportan 44 años de seguimiento del estudio de anticoncepción oral del Royal College of General Practitioners, el estudio más largo en marcha a nivel mundial de los efectos de los ACO sobre la salud.

Materiales y métodos

Entre mayo de 1968 y julio de 1969, 1400 médicos generalistas (MG) de todo el Reino Unido reclutaron aproximadamente 23.000 mujeres usuarias de ACO y 23.000 mujeres que jamás los habían utilizado. Todas las mujeres estaban casadas o convivían con sus parejas; la mayoría eran de raza blanca y su edad promedio al momento del reclutamiento fue de 29 años. Se recabó información sobre uso previo de ACO, tabaquismo, clase social, paridad y antecedentes de salud relevantes. Se continuó con el seguimiento hasta que 1) se perdió el contacto con el profesional que las había reclutado (en la mayor parte de los casos debido a mudanza, 56% del total de la cohorte), 2) abandono del estudio por parte del MG, 3) obtención de ACO por otro medio (3%), 4) fallecimiento (2%), 5) finalización del seguimiento en Diciembre de 1996 (26%). Durante el seguimiento, los MG entregaron reportes cada 6 meses que incluían información sobre cualquier preparación hormonal prescrita, embarazos, episodios de enfermedades o cirugías y causa de muerte. Toda la información provista fue codificada por un grupo de trabajadores entrenados quienes consultaban con los MG si era necesaria alguna aclaración al respecto.

A mediados de 1970, se conectó a aproximadamente tres cuartos de la cohorte con los registros del Servicio Nacional de Salud de Escocia e Inglaterra. Esto permitió que cualquier diagnóstico de cáncer o muerte que ocurriera en estas pacientes fuera reportado al estudio, aún cuando las pacientes hubieran abandonado el seguimiento con los MG. El cuarto restante de la población no pudo conectarse porque ya habían discontinuado el seguimiento.

La mayor parte de las mujeres del estudio que utilizaron ACO (91%) lo hicieron antes de los 38 años de edad. Las mujeres reclutadas como "no usuarias" a las que luego se les prescribieron ACO se incluyeron en el grupo de usuarias a partir del mes de la prescripción. Dentro del grupo de las usuarias, no se conoce la fecha de interrupción de los ACO en un pequeño grupo de pacientes (2.690/28.982, 9,3%). En este grupo se asumió que el uso de ACO finalizó un año después de la última prescripción registrada.

La mayor parte de los cánceres fueron notificados por alertas en el registro central del Instituto Nacional de Salud (78%, 5467/7002). Los cánceres fueron codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases) y agrupados en categorías: esófago y estómago (150-151), colon y recto (153-154), hígado y vesícula (155-156), páncreas (157), pulmón (162), melanoma (172), otro tumor de piel (173), mama (174), cuello uterino (180), endometrio (182), ovario (183), vejiga y riñón (188-189), sistema nervioso central e hipófisis (191 y 1943), tiroides (193), sitio desconocido (199), linfhemático (200-208), otros cánceres (cualquier código entre 140-209 no mencionado previamente), y cualquier cáncer (140-209).

Se utilizó una estandarización directa para estimar las tasas de cáncer entre las usuarias y no usuarias. Las variables de estandarización para el total de la población estudiada fueron edad (<30, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, ≥70 años), paridad (0,1,2,≥3), tabaquismo (0, 1-14, ≥15 cigarrillos por día), clase social (trabajadores manuales y no manuales). Se utilizó la regresión de Poisson para estimar el índice de tasa de incidencia (Incidence Rate Ratio IRR) y el IC 99% de cada tipo de cáncer en usuarias y no usuarias ajustado para las categorías de edad, paridad, tabaquismo y clase social.

Se excluyeron las mujeres que tenían diagnóstico de cáncer previo al reclutamiento y los eventos y períodos de observación relacionados a embarazos. Hacia el final del período de seguimiento se registraron 7248 muertes, 3003 en el grupo de las no usuarias y 4245 en el de usuarias.

El riesgo atribuible se calculó restando la incidencia de cáncer en el grupo de las no usuarias al de las usuarias.

Se dividió a las usuarias en usuarias actuales o menos de 5 años desde el último uso, 5 a < 15 años desde el último uso, 15 a < 25 desde el último uso, 25 a <35 años desde el último uso y ≥ 35 años desde el último uso. Se utilizó la regresión de Poisson para evaluar el riesgo en cada categoría en comparación con las no usuarias.

Resultados

Se registraron 4661 usuarias con al menos un cáncer durante 884.895 mujer-años de observación y 2341 no usuarias con al menos un cáncer durante 388.505 mujer-años de observación, lo que representa un aumento del 81% en los cánceres y del 18% en los períodos de observación comparado con un análisis previo. Aproximadamente una décima parte de las no usuarias que tuvieron cáncer (246 mujeres, 10,5%) y una proporción similar de las usuarias (458 mujeres, 9,8%) tuvieron más de un tipo de cáncer. La edad promedio de las mujeres para Diciembre de 2012 fue de 70,2 años (DS, 8) y el promedio de tiempo de seguimiento fue de 40,7 años (intervalo intercuartil 6,1-44,6). Al momento del reclutamiento, el grupo de las usuarias era levemente más joven, fumaba con mayor frecuencia y presentaban similar paridad respecto del grupo de las no usuarias. La duración promedio de la toma de ACO fue de 3,66 años (DS 3,5).

Al comparar ambos grupos, las usuarias presentaron una reducción de riesgo de cualquier cáncer, no estadísticamente significativa, del 4% (IRR, 0.96; 99% CI, 0.90-1.03). La tasa de incidencia para el cáncer más común, el de mama, fue cercano a la unidad (IRR, 1.04; 99% CI, 0.91-1.17). Hubo una reducción en el grupo de las usuarias respecto a la incidencia de cáncer colorrectal (IRR, 0.81; 99% CI, 0.66-0.99), de endometrio (IRR, 0.66; 99% CI, 0.48-0.89), de ovario (IRR, 0.67; 99% CI, 0.50-0.89) y linfhemático (IRR, 0.74; 99% CI, 0.58-0.94). Se registró un aumento del riesgo de cáncer de pulmón no estadísticamente significativo en el grupo de usuarias. Cuando se estratificó los grupos de estudio según hábito tabáquico al momento del reclutamiento el riesgo de cáncer de pulmón en las usuarias no fumadoras fue de 0,73 (99% CI, 0.42-1.26) y el de las usuarias fumadoras del 1.34 (99% CI, 1.06-1.69).

En general, los IRR demostraron un riesgo atribuible moderado, lo que indica un riesgo (o beneficio) absoluto bajo de cualquier cáncer específico. Los porcentajes de fracción preventiva sugieren (asumiendo que los IRR asociados representan una verdadera relación causal) que posiblemente un tercio de los cánceres de endometrio y ovario y casi un quinto de los cánceres colorrectales que ocurren en las no usuarias podrían evitarse con el uso de ACO.

En ambos grupos la incidencia de cualquier cáncer aumentó con la edad, el tabaquismo y la clase social baja. La mayor parte de los IRR en los subgrupos de edad, tabaquismo, clase social y paridad fueron menores a uno, aunque ninguno alcanzó significancia estadística.

Respecto al tiempo desde el último uso de ACO se evidenció un aumento significativo en IRR en el grupo de uso actual y reciente (<5 años desde la discontinuación del uso) para cáncer de mama, cuello uterino y cualquier tipo de cáncer, asociación que desaparece luego de 5 a <15 años de cesación en la toma. No hay evidencia de riesgo de aparición de cáncer muchos años luego de la interrupción de la toma de ACO, de hecho, los IRR para varios tipos de cáncer (colorrectal, mama, ovario, sistema nervioso central, linfhemático, sitio desconocido, cualquier cáncer) se redujeron significativamente luego de 35 años de cesación de los ACO

Conclusiones

Los resultados sugieren que el uso de anticonceptivos orales protege contra cáncer colorrectal, de endometrio y ovario hasta por varios años luego de la interrupción del uso, posiblemente por más de 35 años para el cáncer de ovario y colorrectal. Se evidencia un aumento en el riesgo de cáncer de mama y cuello uterino en usuarias actuales o recientes, y este desaparece luego de 5 años de interrupción de ACO. Se evidenció riesgo aumentado de cáncer de pulmón únicamente en el grupo de usuarias de ACO que eran fumadoras al momento del reclutamiento. No hubo evidencia de aparición de nuevos cánceres a posteriori en la vida de mujeres usuarias de ACO. Estos resultados proveen evidencia fuerte de que la usuarias de ACO no se exponen a sí mismas a riesgos de cáncer a largo plazo, es más, es probable que muchas resulten protegidas.

El gran número de mujeres reclutadas y el prolongado período de seguimiento genera casi 1.3 millones de mujer-años de observación. La duplicación del número de eventos en comparación con un reporte previo permitió a los autores separar los riesgos estimados de cáncer de esófago y estómago, páncreas, cáncer de piel diferente de melanoma, vejiga y riñón, tiroides, linfático y hematológico (que previamente se agrupaban todos en la categoría de "otro cáncer"). Si bien es posible que haya habido imprecisiones en las notificaciones de cáncer, es poco probable que existan diferencias sistemáticas entre los grupos de tratamiento.

El estudio fue pasible de una importante pérdida de seguimiento de las pacientes. Algunos análisis previos demostraron que las mujeres que interrumpían el seguimiento en el estudio tenían similares tasas de mortalidad respecto de las que continuaban en el mismo, lo que sugiere ausencia de sesgos debido a la pérdida de seguimiento. La mortalidad registrada en el estudio fue menor que la de la población general, posiblemente porque no se reclutaron mujeres con patologías crónicas. Sin embargo, las tasas de cáncer estratificadas por edad evidenciadas en este estudio fueron levemente menores que las de las habitantes del Reino Unido entre 2011 y 2013.

Los IRR se ajustaron según tabaquismo y clase social al momento del reclutamiento y edad y paridad al momento del evento. Otros factores confundidores personales o de estilo de vida podrían haber afectado los resultados. Por ejemplo, no se contó con información de potenciales confundidores como índice de masa corporal, consumo de alcohol, dieta, ejercicio, edad de menarca y menopausia, antecedentes familiares. Tampoco se contó con información actualizada respecto al hábito tabáquico en la totalidad de las participantes. En un subestudio, los autores encontraron que fue mayor el número de mujeres que dejó de fumar que las que comenzaron a hacerlo, pero que la cesación fue menor en grupo de usuarias de ACO que en de no usuarias. En teoría, esto significa que una proporción mayor de pacientes fue reclutadas originalmente como fumadoras y se convirtieron en extabaquistas durante el estudio, en comparación con las que ingresaron como no fumadoras y comenzaron a fumar durante el mismo. Este error en la clasificación podría haber conllevado una subestimación en el efecto del tabaquismo en los cánceres que guardan relación con dicho hábito.

En este artículo no se pudo realizar ajustes por uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH), ya que este dato sólo se registró durante el tiempo de seguimiento por los MG y no luego del mismo. En este estudio, las usuarias de ACO que no tuvieron una histerectomía utilizaron TRH con más frecuencia que sus pares del grupo de no usuarias. En estudios previos que evaluaron el riesgo de cáncer en mujeres bajo seguimiento por MG, los resultados ajustado según uso de THR fueron similares a los no ajustados por dicha variable. Sin embargo, el uso de THR se asocia a riesgo aumentado de cáncer de ovario y mama en usuarias actuales o recientes. Es importante resaltar que en este estudio no se encontró mayor riesgo de cáncer de mama entre las usuarias de ACO a pesar de que muchas también habrían utilizado TRH luego. También es importante notar que se

continuó observando la disminución en el riesgo de cáncer de ovario en el grupo de usuarias de ACO, lo que sugiere una potente compensación frente a cualquier efecto dañino a nivel ovárico por parte de la TRH.

Es posible que el tratamiento de un tipo de cáncer modifique el riesgo de aparición de otros tipos de cáncer. Por ejemplo, el tamoxifeno utilizado para el tratamiento del cáncer de mama puede aumentar el riesgo de cáncer de endometrio. Del total, 704 mujeres (10%) con un cáncer tuvo al menos otro tipo de cáncer, lo que sugiere mínimos inconvenientes respecto a estas preocupaciones.

No se realizaron análisis según las diferentes composiciones de ACO, principalmente porque la mayor parte las mujeres del estudio utilizaron más de una preparación, lo que hace imposible saber si los efectos se deben al último producto utilizado o a los previos. La mayor parte de los ACO utilizados en el estudio contenían 50 mcg de estrógenos combinados con progesterona. Estos hallazgos podrían no reflejar la experiencia de las usuarias actuales de ACO, aunque existe evidencia limitada que sugiere efectos similares para los productos que están actualmente disponibles. Son muy pocos los estudios que evaluaron asociación entre cáncer y anticoncepción hormonal combinada no oral. Existe evidencia limitada que sugiere que estas formulaciones tienen un riesgo similar o levemente superior de trombosis venosa profunda que las formulaciones orales. Por consiguiente, hasta que dispongamos de evidencia, las usuarias de formulaciones anticonceptivas combinadas no orales deben asumir que tienen un riesgo de cáncer similar al de las usuarias de ACO.

Son muy pocos los estudios que han evaluado el riesgo de cáncer a muy largo plazo en usuarias de ACO. Los metanálisis sobre cáncer de mama y uso de ACO demostraron moderada elevación del riesgo entre las usuarias lo que refleja un aumento temporario en el riesgo en las usuarias actuales o recientes. La ausencia de riesgo de cáncer de mama a largo plazo es reasegurador y apoya los hallazgos de otros dos estudios de cohorte: el estudio de la Oxford-Family Planning Association y el estudio de la Nurses' Health Study. La reducción del riesgo de cáncer de ovario y endometrio evidenciado en este estudio es consistente con la evidencia global de que los ACO proveen protección prolongada. El cáncer colorrectal también se redujo en las usuarias en este estudio, aun después de más de 35 de años de haber suspendido la toma de los anticonceptivos.

El aumento en la implementación de medidas efectivas para la disminución del cáncer de cuello uterino, tales como la vacunación contra el HPV y el tamizaje con citología deberían disminuir la incidencia de cáncer y mejorar aún más el balance de los principales cánceres ginecológicos en las usuarias de ACO.

La International Agency for Research on Cancer Working Group concluye que el uso de ACO no modifica el riesgo de cáncer de tiroides, pulmón, estómago, tracto urinario, vejiga, páncreas, linfoma, melanoma o sistema nervioso central. Los hallazgos del presente estudio sugieren que no es necesario revisar esta conclusión.

En muchos lugares del mundo, el cáncer de pulmón es o se está volviendo común. La mayor parte de estos cánceres se produce en personas que fuman o fumaron en algún momento. En este estudio, el riesgo atribuible de fumar 15 cigarrillos por día al momento del reclutamiento fue de 250 por 100.000 mujer-años, lo cual es un fuerte recordatorio de la importancia de las políticas de salud que disuaden a las mujeres de fumar.

Los patrones de cáncer varían ampliamente alrededor del mundo. Estos resultados podrían no reflejar la experiencia de las usuarias de ACO en otras regiones. Igualmente, resulta reasegurador saber que en una de las regiones del mundo con mayor incidencia de cáncer en mujeres no hay

indicios de riesgo sustancial de cáncer a lo largo de la vida entre las usuarias después de 35 años de haber cesado el consumo de este popular método anticonceptivo.

Comentario

Son muchas las mujeres que antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal consultan con su médico sobre los posibles efectos adversos. Es importante que los profesionales conozcan los riesgos y beneficios de la anticoncepción hormonal y que basen sus recomendaciones en evidencia científica adecuada.

Este trabajo, con su importante muestra (alrededor de 46.000 pacientes reclutadas) y su amplio período de seguimiento (promedio 40 años) recopila información valiosa respecto a la asociación del uso de ACO con el riesgo de cáncer. Dentro de las conclusiones más importantes se incluye que la incidencia de cáncer de mama no presentó diferencias entre el grupo de usuarias de ACO vs las no usuarias. El uso de anticonceptivos resultó protector sobre la incidencia de cáncer colorrectal, cáncer de endometrio, cáncer de ovario y linfhemático. Por el contrario se evidenció un aumento en el riesgo de cáncer de mama y cuello uterino en usuarias actuales o recientes, y que este desaparece luego de 5 años de interrupción del método.

Por último es relevante recordar que las tasas de incidencia encontradas en este trabajo demostraron un riesgo atribuible moderado, lo que indica un riesgo (o beneficio) absoluto bajo de cualquier cáncer específico.