

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 16, N°2 (2020)

Editorial



Dra. Silvina Pradier
Presidente de AMAdA

Estimados colegas y amigos:

Con gran orgullo les presento este segundo número de la revista de AMAdA del año 2020. Agradezco especialmente a nuestro equipo editorial y a nuestros colaboradores por su esfuerzo y dedicación que hacen posible que nosotros disfrutemos de esta lectura.

La cuarentena por la pandemia de covid 19 dejó sus huellas entre nuestros adolescentes según nos relata el equipo de FUSA a raíz de una encuesta de salud realizada durante el confinamiento prolongado obligatorio.

La disminución de los embarazos no planificados sigue siendo un desafío para la salud pública. Un grupo de expertos en el área de SS y SR reflexionan acerca de nuestra realidad en Latinoamérica y proponen soluciones en un artículo muy interesante. Nos instan a trabajar en las áreas de información, educación y mayor uso de métodos anticonceptivos de larga acción.

Las Dras María Clara Di Nunzio y María Laura Lovisolo nos cuentan qué métodos anticonceptivos eligen las adolescentes en un hospital privado de CABA y su variación en el tiempo. Vemos gratamente el predominio del doble método y el crecimiento en el uso de los LARCs.

La Dra María Noelia Zárate, a través de una encuesta a la población en edad fértil en Neuquén, pone en evidencia la necesidad de mayor información acerca de los métodos anticonceptivos que tiene la población general.

El estudio prospectivo de eventos adversos relacionados con el implante subdérmico de etonogestrel (estudio NORA) con más de 7000 usuarias nos brinda tranquilidad con respecto a la seguridad del método anticonceptivo, según nos relata la Dra Fabiana Taúl.

En este número de nuestra revista van a encontrar una guía para la consejería en anticoncepción para individuos transgénero y de género diverso realizado por médicos de la Universidad de California y de la Universidad de Stanford. Este artículo será de suma utilidad para el acervo bibliográfico de quienes trabajamos hoy en SS y SR y que nos aporta gentilmente la Dra María Zabalza.

En línea con este número de la revista, desde AMAdA seguimos avanzando en la formación en SS y SR del equipo de salud con múltiples cursos on line que afortunadamente durante el 2020 la mayoría han sido patrocinados por laboratorios médicos logrando cifras record de alumnos con un muy alto nivel de satisfacción. Realizamos el primer curso on line para licenciadas/os en obstetricia con más de 1000 inscriptos. Realizamos charlas on line para farmacéuticos y dependientes de farmacia. Nuestros webinars nos permitieron extender nuestro alcance y llegar a otros países de habla hispana.

Avanzamos con la difusión científica hacia la comunidad no sólo a través de la página web sino también a través de nuestro [**Instagram: anticoncepción y mas**](#), los invitamos a visitarlo y a colaborar en su difusión. Creemos que es una herramienta invaluable de intercambio de información con la población general ayudando a desterrar mitos y conceptos erróneos así como

también para mejorar los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos disponibles. Asimismo nuestro Instagram para el equipo de salud: amada_saludreproductiva nos permite estar cada vez más cerca de ustedes y mantenerlos informados acerca de las novedades en el área y de nuestras actividades.

En pos de mejorar el nivel de formación médica y de crear un marco de referencia, este año el equipo de AMAdA y el Comité de SSySR de FASGO definieron los contenidos del área de SSySR de la currícula de la residencia de Tocoginecología de Argentina, se los presentaremos en nuestro próximo número de la revista.

Agradezco al increíble equipo de AMAdA que me ha acompañado a lo largo de este año, agradezco la confianza depositada por nuestros colegas que nos han seguido en las diferentes actividades del 2020 y los despido hasta el próximo número.

Les deseo un muy buen 2021!

Dra. Silvina Pradier
Presidente de AMAdA

Adolescentes, COVID-19 y aislamiento social, preventivo y obligatorio

AUTORES:
Bazán, Camila¹; Brückner Florencia²; Giacomazzo, Daniela³; Gutiérrez, María Alicia⁴; Maffeo, Florencia⁵.
Coordinación General: Vázquez Sandra
FUSA AC^a



¹Licenciada en Ciencias de la Comunicación con especialización en políticas públicas y planificación. Coordinadora del área de Comunicación de FUSA AC.

² Licenciada y Profesora en Psicología (UBA). Maestranda en Género y Políticas Públicas (FLACSO). Coordinadora del Área de Expansión Comunitaria de FUSA AC.

³Licenciada en psicología, Coordinadora del Área de Expansión comunitaria de FUSA.

⁴Licenciada y Profesora en Sociología (UBA), Master en Relaciones Europeo/Latinoamericanas (Bradford University, UK), Coordinadora del Área de Advocacy e Incidencia Política de FUSA AC.

⁵Licenciada y Profesora en Sociología (UBA), Maestranda en Derechos Humanos y Políticas Sociales (UNSAM), becaria doctoral (UNSAM/CONICET) Área de Advocacy e Incidencia Política de FUSA AC.

⁶ Médica ginecóloga infantojuvenil. Directora ejecutiva de FUSA AC. Miembro de Comisión Científica de AMADA. Miembro del Consejo Asesor de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

^aAsociación Civil argentina que nació con el objetivo de promover el acceso a la salud integral de adolescentes y jóvenes y la garantía del ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

Info@grupofusa.org

Resumen

El presente trabajo se centra en los resultados obtenidos de una encuesta suministrada a jóvenes y adolescentes en el marco de la pandemia COVID-19 y en el aislamiento social preventivo obligatorio impuesto en Argentina desde el 20 de marzo del corriente año.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es una etapa específica de la vida comprendida entre los 10 y 19 años donde transcurren importantes cambios sociales, físicos, emocionales. Si bien constituye un grupo específico, no puede considerarse de manera homogénea. Cada adolescente es único en relación a su contexto histórico, su ambiente socio-cultural, su etnia, género, entre otros factores ^{1,2}.

La definición integral de salud no es solamente un concepto médico, sino también social, emocional y cultural. El acceso a la salud en adolescentes y jóvenes es un derecho humano constituido que responde al paradigma de protección integral.

Sin dejar de considerar las dimensiones múltiples que acompañan al momento de la pandemia, el objetivo de la encuesta se centró en detectar, en diferentes dimensiones de la vida cotidiana, la relación entre la salud, el proceso de pandemia, el aislamiento y el efecto en todos los ámbitos de la vida de los jóvenes y adolescentes.

Palabras claves: adolescentes-jóvenes-pandemia-aislamiento-salud integral

Abstract

This work focuses on the results obtained from a survey provided to young people and adolescents in the framework of the COVID pandemic and on the mandatory preventive social distancing in Argentina since March 20th 2020, imposed in Argentina since March 20 of this year.

According to the World Health Organization (WHO), adolescence is a specific stage of life between the ages of 10 and 19. In this age group important social, physical and emotional changes take place. Although it constitutes a specific group, it cannot be considered in a homogeneous way, since each adolescent is unique in relation to its historical context, its socio-cultural environment, its ethnicity, gender, among other factors ^{1,2}.

The comprehensive definition of health is not only a medical concept, but a also social, emotional and cultural one. Access to health in adolescents and young people is a constituted human right that responds to the paradigm of integral protection.

While considering the multiple dimensions that accompany the moment of the pandemic, the objective of the survey focused on detecting, in different dimensions of daily life, the relationship between health, the pandemic process, isolation and the effect on all areas of the life of young people and adolescents.

Introducción

Desde FUSA AC, a partir del trabajo conjunto de las Áreas de Acción Comunitaria y Jóvenes, Comunicación, Advocacy e Incidencia Política, se elaboró una encuesta a jóvenes y adolescentes cuyo objetivo general fue relevar sus percepciones y opiniones ante el aislamiento preventivo y obligatorio (APO), en relación a su salud, sus emociones, actividades y relaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa específica de la vida comprendida entre los 10 y 19 años. Dentro de los debates en función de la edad, decidimos también tomar un segmento de las juventudes, hasta los 21 años. En esta franja etaria transcurren importantes cambios sociales, físicos, emocionales. Si bien constituye un grupo específico, no puede considerarse de manera homogénea, ya que cada adolescente es único en relación a su contexto histórico, su ambiente socio-cultural, su etnia, género, entre otros factores ^{1,2}.

La adolescencia y la juventud suelen caracterizarse como un tiempo de apertura al mundo extra familiar, a la búsqueda y sostenimiento de nuevos vínculos socio/afectivos y a una mirada sobre las multiplicidades de oportunidades que brinda la vida. Esta caracterización supone un sujeto inmerso en una lógica hegemónica (en términos de raza, sexo, género) y dentro de una condición social que habilita esos desplazamientos. Las juventudes y adolescencias están atravesadas por significativas desigualdades sociales que suponen una posibilidad de acceso profundamente diferenciada.

La definición integral de salud no es solamente un concepto médico, sino también social, emocional y cultural. El acceso a la salud en adolescentes y jóvenes es un derecho humano constituido que responde al paradigma de protección integral. Desde una perspectiva epidemiológica, la adolescencia se ha caracterizado como una etapa de la vida sana. No obstante, junto con la infancia, es el período más importante para consolidar y garantizar la salud adulta. La promoción y prevención de afectaciones es fundamental durante dicha etapa para garantizar la configuración de rutinas y hábitos de cuidado de la salud durante el resto de la vida ³.

Sin dejar de considerar las dimensiones múltiples que acompañan al momento de la pandemia, el objetivo de la encuesta se centró en detectar en diferentes dimensiones de la vida cotidiana, la relación entre la salud, el proceso de pandemia, el aislamiento y el efecto en todos los ámbitos de la vida de los jóvenes y adolescentes.

Materiales y métodos

El relevamiento de la encuesta se realizó con un formulario digital, anónimo y autoadministrado, compuesto por 35 preguntas, abiertas y cerradas, y se tomó entre los días 17 y 21 de abril de 2020. El diseño de investigación es cuantitativo, con un análisis estadístico de las principales variables, y un análisis acotado de datos cualitativos construidos a partir de los relatos registrados en determinadas preguntas abiertas.

La muestra fue no probabilística e intencional, compuesta por adolescentes y jóvenes entre 10 y 21 años, residentes de la República Argentina. La distribución del formulario se hizo a partir de las redes sociales de FUSA AC, newsletter y redes de organizaciones juveniles. Fue replicada por la Dirección de Adolescencias y Juventudes y referentes provinciales como así también por docentes y grupos de estudiantes que han articulado con FUSA AC.

Los datos finales se construyeron a partir de 1253 encuestas válidas (tras supervisar el cumplimiento del rango de edad, y la finalización de la encuesta). La encuesta tuvo alcance federal abarcando todo el país, excepto la provincia de San Luis. Para el análisis de los datos se organizaron tres grupos de edades: 10-13 años, 14-17 años y 18-21 años, siendo el promedio de edad de 15,7 años. Si bien no se trata de una muestra estadísticamente representativa, consideramos que los datos son pertinentes y significativos sobre el comportamiento general de este grupo etario, en sectores urbanos.

Resultados

Información general

De acuerdo a los datos relevados, inferimos que el grupo de adolescentes y jóvenes encuestados pertenecen a sectores medios urbanos. Están escolarizados y mayoritariamente tienen acceso a dispositivos tecnológicos e internet. El 95% posee celular propio, el 87% acceso a wifi y el 85% acceso a una computadora (propia o compartida por el grupo familiar).

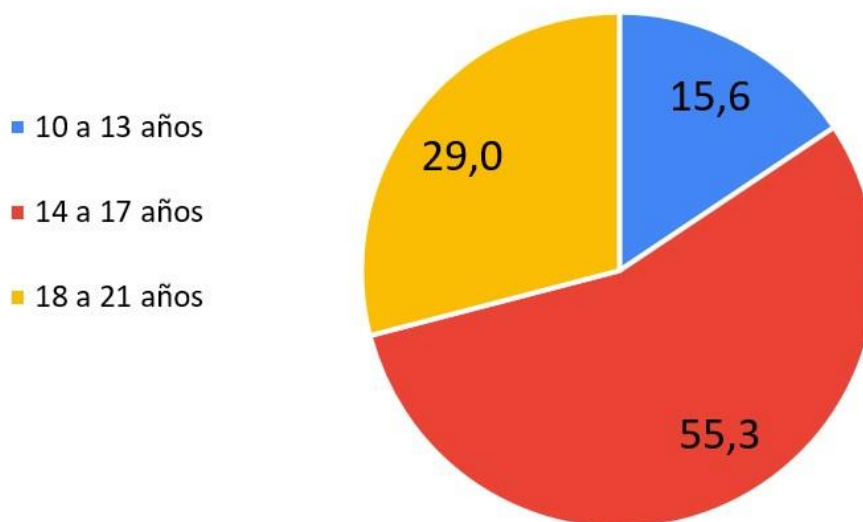
Más del 75% de las personas encuestadas habitan principalmente en las provincias de Mendoza (485), Buenos Aires (324) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (162). Se registraron varias respuestas de las provincias de Jujuy (74), Río Negro (37), Salta (34), Santiago del Estero (28), y Entre Ríos (27) y en menor cantidad del resto de las provincias del país, a excepción de la provincia de San Luis único caso que no registra respuesta. Las preguntas desplegadas en la encuesta no nos permiten hacer un análisis sobre las razones de tan alta participación en la provincia de Mendoza. Podemos inferir la presencia de organizaciones de jóvenes que hayan influenciado en responder la consulta.

Distribución por grupos de edad

La distribución por grupos de edades nos muestra una fuerte preeminencia de 14 a 17 años (55,3%) que representan la mitad de la muestra y le sigue en porcentajes (29,0%) el grupo 18 a 21 años. La menor respuesta fue de adolescentes de 10 a 13 años (15,6%). Esto nos permite inferir

que el tipo de preguntas convocaron a adolescentes y jóvenes de mayor edad, donde se suscitó un mayor interés por la temática. También se podría interpretar que los lugares donde se difundió la encuesta son visitados por una franja etaria de mayor edad.

Porcentajes por grupos de edades, personas encuestadas, 2020.



Identidad sexo/genérica

Al consultar sobre la identidad sexo-genérica, el 67,2% de las encuestadas se manifestaron como mujeres cis, un porcentaje mucho más elevado que el de varones cis (31,5%). Ninguna persona encuestada se identificó como mujer trans o travesti; 3 (0,2 %) se identificaron como varones trans y 9 (0,3%) como no binaries.

Cuadro 1- Identidad sexo-genérica según edad, total encuestas, 2020

Edades	Mujer cis	Mujer trans	Varón cis	Varón Trans	No binarie	Otra	Total
10 a 13 años	122	0	73	0	1	0	196
14 a 17 años	463	0	226	0	4	0	693
18 a 21 años	258	0	99	3	4	0	364
Total	843	0	398	3	9	0	1253

Fuente elaboración propia, FUSA AC

En relación al cuadro precedente se puede detectar una mayor concentración, tanto en varones como mujeres, de una identidad cis en todos los rangos de edad. La pertenencia a otras identidades es poco significativa en la muestra. Ello podría revelar una mayor adscripción a la identidad sexo/genérica hegemónica, a una dificultad de acceso a otras identidades o a un mayor

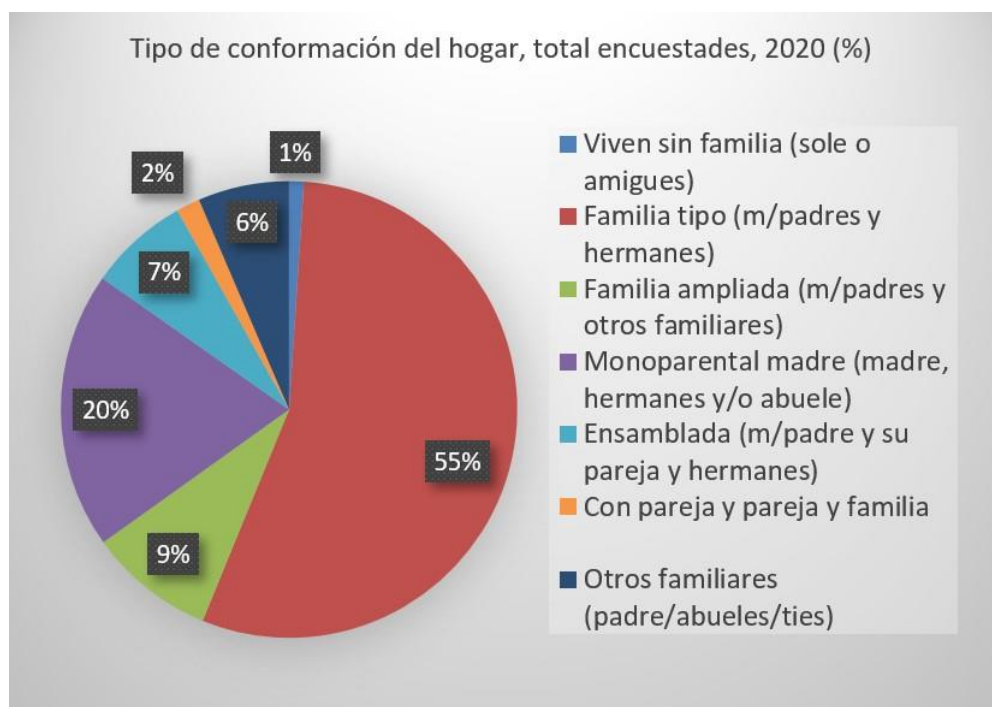
prejuicio social a la autopercepción como una identidad no hegemónica. También puede tener que ver con que las edades abordadas corresponden a una etapa de construcción de la identidad y existe mayor identificación con modelos sexo-genéricos que responden a la cisheteronorma.

En prácticas relativas al cuidado de la salud es más frecuente la participación de mujeres, lo que se relaciona con los estereotipos de género. El mandato de masculinidad hegemónica bajo el cual son socializados los adolescentes varones incide en su salud: los varones consultan menos y más tarde al sistema de salud. En el mismo sentido, las campañas orientadas a ellos muestran bajo impacto en la adopción de conductas preventivas y en la consulta precoz por problemas de salud ⁴. Esta lógica se refleja también en los usuarios que siguen la cuenta de CASA FUSA en Instagram (con contenidos sobre prevención de la salud y donde se difundió la encuesta) el 87% son mujeres y el 13% varones.

Condiciones habitacionales y conformación de los hogares

En una primera aproximación se detecta que un grupo significativo de adolescentes conviven en el hogar familiar, con otras 3 o 4 personas. Ello se visualiza en todos los grupos de edad y en el total de la muestra con un número altamente considerable. El otro dato a resaltar es que quienes viven solos son pocos y corresponden al grupo de mayor edad (18 a 21 años), incluso dos de ellos viven en residencias estudiantiles. Estos datos nos parecían importante cruzarlos con el tamaño del hogar y la posibilidad o no de tener espacio propio, lo que supone una variable a analizar en relación con la convivencia. En cuanto a las condiciones habitacionales, observamos que la media habita en viviendas de 3 ambientes (sin contar baño ni cocina) y la comparten un promedio de 4,3 personas por hogar.

Podemos inferir que quienes contestaron la muestra viven en su mayoría en condiciones ambientales favorables, lo que permite suponer una condición social/económica de menor vulnerabilidad y que, en el contexto de aislamiento social, les adolescentes cuenten con un espacio de privacidad, al menos una hora al día. Cuando se les preguntó si tenían esta posibilidad, el 88,5% respondió que cuenta con este espacio, frente al 11,5% que no lo posee.



En cuanto al tipo de hogar en el que viven, el 99% viven con su familia, sólo 13 de las personas encuestadas, entre 17 y 21 años, viven por su cuenta, ya sea solas o con compañeros de vivienda.

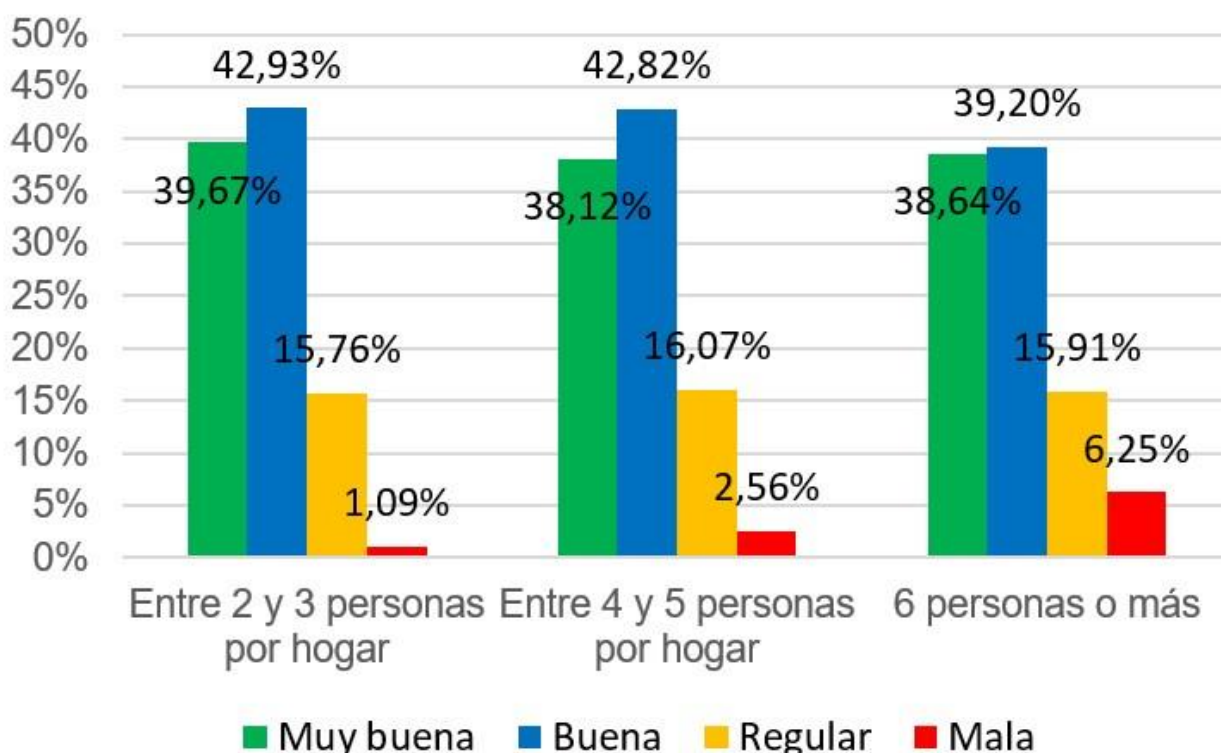
El 55% vive en una familia "tipo", con padre y madre y hermanos, si tienen, siendo mayor este porcentaje en el grupo entre 10 y 13 años. Un 19,6% habita en hogares monoparentales en el que la jefa de familia es la madre, un 8,9% en familias ampliadas, compuestas por m/padres, hermanos y abuelos/tíos/etc., un 6,5% vive con el padre o con otros familiares que no son sus progenitores y un 1,7% vive con sus familias y sus parejas. Solo una de las encuestadas manifestó tener un hijo.

El alto porcentaje de hogares monoparentales femeninos nos parece sumamente relevante, algo que se observa en otros estudios sobre estructuras familiares, que sostienen que hoy en día alrededor del 19% de los hogares son monoparentales, y la mayoría de ellos a cargo de mujeres (CIPPEC, 2019). Esto implica además una sobrecarga sobre las mujeres en las tareas de cuidados, de los cuales no están exentos los adolescentes, quienes tienen a sus madres como su principal referencia al momento de hablar de lo que les pasa, como veremos más adelante.

Percepciones e imaginario sobre el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y sus efectos

Frente a la cantidad de habitantes en la vivienda no se observan relaciones entre la cantidad de personas y la opinión sobre la convivencia, solo una pequeña diferencia de acuerdo a si consideran que la relación de convivencia es "regular" o "mala", relacionada la última con mayor cantidad de integrantes del hogar.

Opinión sobre la convivencia en el hogar según cantidad de personas en el hogar, total encuestadas, 2020 (F%)



Cuando observamos las opiniones acerca de la convivencia de acuerdo a los grupos de edad, una primera aproximación nos muestra una distribución relativamente consistente en todos los grupos de edad de una relación “muy buena” y buena, con una mayor consistencia en los grupos de 10-14 años (93,36%). A medida que se avanza en edad hay una mayor preeminencia de “buena” tanto en los grupos de 14 a 17 años como en el de 18 a 21 años. Los datos de convivencia “mala” son de significación marginal en los tres grupos. Es de destacar que el mayor porcentaje de convivencia “regular” (18,33%) corresponde al grupo de 14 a 17 años. Este rango etario se caracteriza por la capacidad productiva y recreativa de los/as adolescentes, donde se impulsan los medios propicios y seguros para participar en ámbitos extrafamiliares o fuera del grupo conviviente ⁵.

Posibilidad de diálogo dentro del hogar

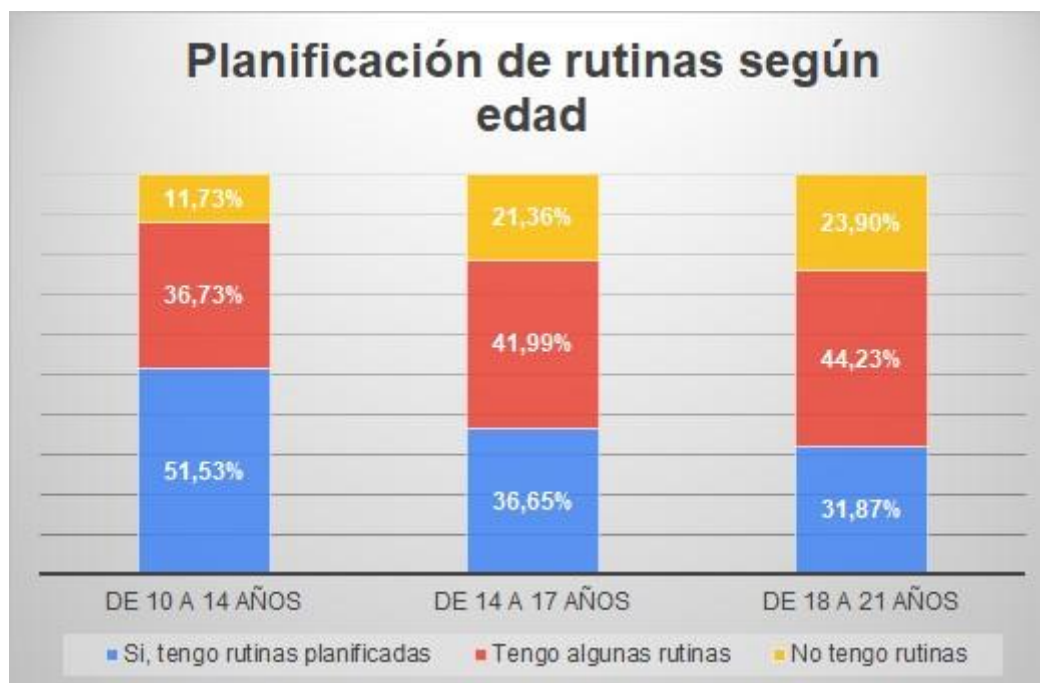
¿Podés hablar con alguien en tu casa sobre lo que te pasa?	Edad			
	de 10 a 13	14-17	18-21	Total
No puedo hablar con nadie	12,8%	37,8%	40,9%	34,8%
puede hablar con cualquiera de la familia	20,4%	9,5%	7,4%	10,6%
Con mi madre y padre y/o pareja de p/madre	18,4%	10,5%	6,6%	10,6%
Con mi Madre	31,1%	22,5%	20,9%	23,4%
Con mi madre y hermanos/ties/abueles	6,1%	5,6%	4,1%	5,3%
Con mis hermanes	5,6%	6,8%	5,5%	6,2%
Ns/Nc	3,1%	3,3%	4,4%	3,6%
otras	2,6%	3,9%	10,2%	5,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Del total de encuestados, un 34,8% consideró que no puede dialogar con nadie de su hogar acerca de sus sentimientos. Se observa que a mayor edad menos posibilidad de diálogo con otro miembro del hogar. Frente al contexto de pandemia, tanto el Ministerio de Salud de la Nación como organizaciones internacionales y sociales (ej UNICEF) han recomendado ofrecer a les niños y adolescentes la posibilidad de expresarse, fomentando una escucha activa. El apoyo mediante la palabra y el diálogo son necesarios para afrontar un contexto disruptivo como lo es la pandemia actual y reducir el impacto negativo en la salud mental ⁶.

Por otra parte, el 40% mencionó a la madre como las personas o una de las personas con quien puede hablar acerca de cómo se siente. Esto se sostiene en lo que muchos estudios de género refieren en torno a las tareas de cuidado y el rol de las mujeres como sostén de la salud física y mental dentro del hogar. Por último, observamos que a menor edad, les resulta más fácil hablar con alguien en la casa. A mayor edad, más probable que hablen con alguien que no sean los padres.

Vida cotidiana, rutina, organización de la vida en cuarentena.

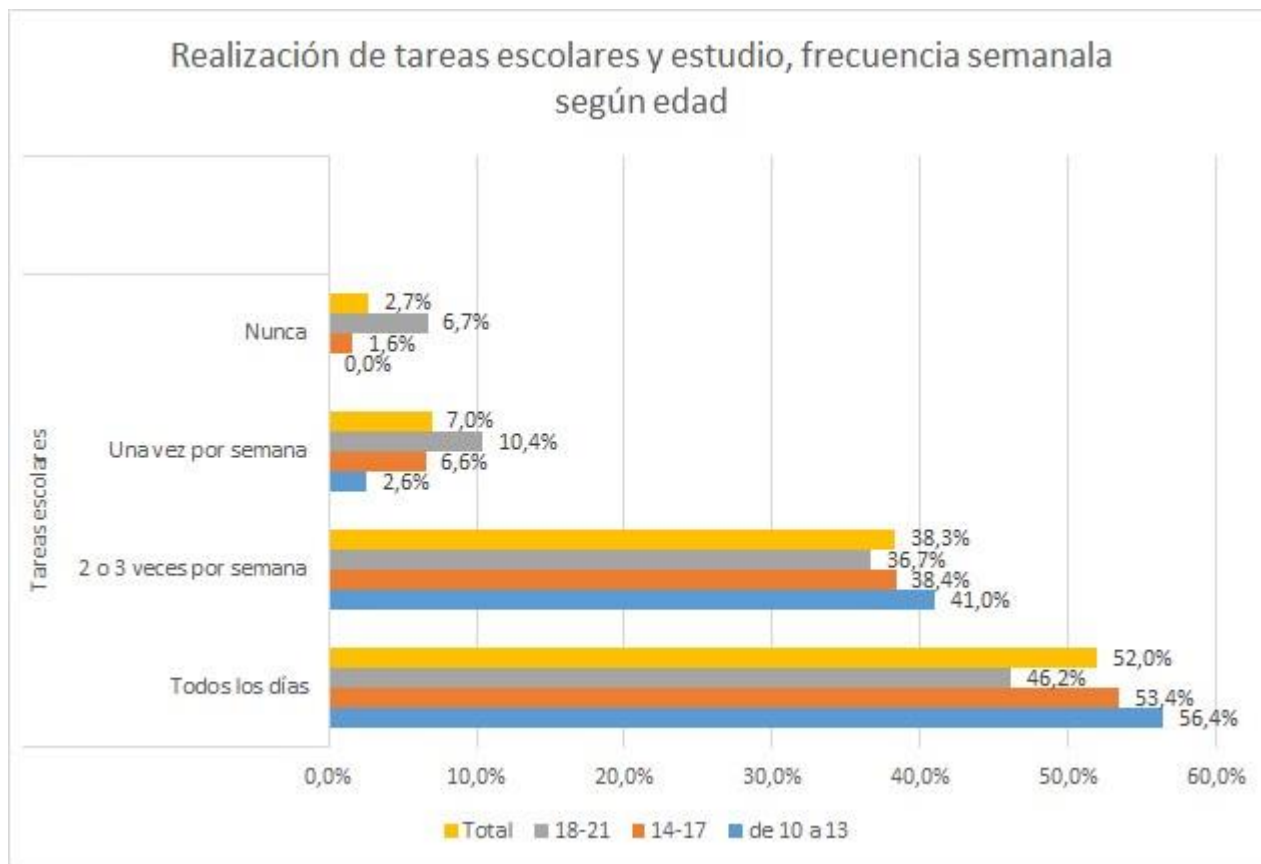
De acuerdo al siguiente gráfico la mayoría de los encuestados, en todos los grupos de edad, se distribuyó entre tener rutinas planificadas y algunas rutinas (79%) lo que permite inferir que transitan la cuarentena con algún grado de organización. Ello podría permitir desmontar el lugar común de la dificultad de los adolescentes y jóvenes para organizarse y para articular de manera concreta sus intereses. A su vez, la posibilidad de realizar rutinas permite, frente a una situación desconocida suscitada por el contexto actual, acomodarse psíquicamente, manteniendo espacios para la realización de actividades que ordenan el día y contribuyen a una convivencia armónica.



Al cruzar la organización/planificación de la vida cotidiana con las rutinas y la edad, la mayor concentración se registra en el grupo de 10-14 años. Se supone que incide sustancialmente la organización de la escolaridad (por vía virtual) y la presencia de adultos que articulen esa organización. En los otros grupos de edades, si bien en un porcentaje menor, la mayor distribución se da en "tener algunas rutinas" y "tener rutinas planificadas". En los tres grupos es menor el porcentaje de "no tener ninguna rutina", si bien es mayor en el grupo de 18 a 21 años. Se podría inferir que en condiciones de cuarentena, con un cambio radical en la cotidianeidad, no resulta fácil organizar nuevas rutinas y menos aún sostenerlas en el tiempo.

Dentro de las actividades realizadas con mayor frecuencia (todos los días), en la totalidad de los encuestados, figura en primer lugar Redes Sociales (67%), Escuchar Música (55,1%), Tareas Escolares (50,2%), Tareas del Hogar (46%) y Conectar con Amigues (43,9%). Dentro de las menos frecuentes encontramos Salir a hacer compras: el 61% de los encuestados respondió que no realizó esta actividad.

Existe un alto cumplimiento de la cuarentena en todas las edades: en los más pequeños es mayor el cumplimiento. El compromiso con el estudio y las tareas escolares es muy significativo, en especial en el grupo de menor edad, como se puede observar en el siguiente gráfico:



Percepciones sobre la medida de aislamiento y fuentes de información

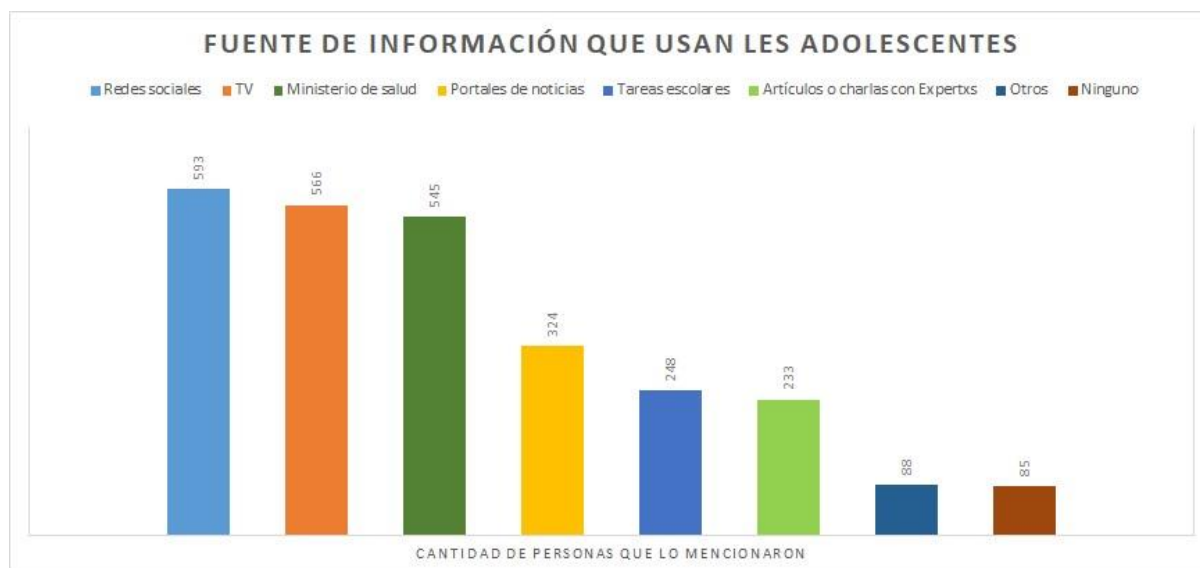
Consideras que recibir información y noticias sobre el contexto actual...	10 a 13 años	14 a 17 años	18 a 21 años	Total
Ayuda a sobrellevar la situación	54,1%	48,1%	39,8%	46,6%
No ayuda ni afecta	31,1%	33,9%	33,8%	33,4%
Afecta negativamente	14,8%	18,0%	26,4%	20,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Al consultar sobre el nivel de acuerdo con la medida de ASPO, en una escala del 1 (nada de acuerdo) al 5 (muy de acuerdo), se destaca que el 88,3% de los adolescentes y jóvenes están de acuerdo o muy de acuerdo con las medidas tomadas del aislamiento social. Sólo el 1,2 % manifestó estar nada de acuerdo con la medida, un porcentaje aún menor que el 5% relevado en adultos⁷.

Respecto a la información sobre la pandemia, un 46,4%, sobre el total de encuestas, respondió que recibir información y noticias sobre el contexto actual le ayuda a sobrellevar la situación. En cambio, un 20% manifestó que esta información le afecta negativamente y se observa que son más afectados cuanto mayor sea la edad.

Dentro de las fuentes de información preferidas los reportes del Ministerio de Salud están entre los primeros tres más mencionados y los otros dos son reproductores de información (la TV y las redes sociales, por lo cual no se descarta que accedan a dicha información por esos medios). También son mencionadas las tareas escolares, sobre todo entre les más jóvenes.

Los medios de comunicación masivos son los más utilizados por jóvenes y adolescentes para informarse sobre el coronavirus, una tendencia que ya ha sido descrita en la población adulta en el informe del Observatorio de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UBA, que sostiene que son utilizados por el 58% de las personas.



Percepciones sobre el impacto en la salud

En la pregunta abierta, respondieron 88% referida al impacto del aislamiento en su salud, tanto sea, física, mental, emocional o social y de qué forma. El 65,8% respondió que su salud se vio afectada. Allí observamos variadas combinaciones de respuestas en relación a distintos aspectos:

Impacto en la Salud	de 10 a 13	14-17	18-21	Total
No siente afectada su salud	38,3%	21,6%	11,8%	21,4%
Salud mental	18,4%	22,7%	26,1%	23,0%
Salud física	12,2%	11,4%	11,8%	11,7%
Salud social	8,2%	5,5%	6,0%	6,1%
Salud mental y física	3,6%	8,5%	10,4%	8,3%
Salud social y mental o física	7,1%	8,1%	3,6%	6,6%
Salud mental, física y social	1,5%	11,0%	13,2%	10,1%
Ns/Nc	10,7%	11,3%	17,0%	12,8%

El grupo etario de jóvenes entre 18 y 21 años son quienes perciben mayor impacto en su salud que el resto, manifestándose afectadas el 71,2% de este grupo. Este porcentaje es similar al de otros estudios sobre la temática ^{8,9} lo que puede deberse al estar en un momento de inserción en la vida adulta, inicio de desarrollo laboral, mayor independencia económica de sus familias, así como también mayor percepción de las afectaciones en su salud que les adolescentes de menor edad.

Es interesante mencionar que gran parte de quienes respondieron afirmativamente, establecen relación entre la salud emocional y social. Destacan que el hecho de no poder ver a sus amistades, encontrarse al aire libre, en la escuela o en otros espacios de socialización incide negativamente en su salud emocional: refieren angustia, extrañamiento, ansiedad y frustración entre otras. En palabras de una joven de 21 años de CABA *“sí, emocional. Rodearme de mis amigos y cumplir una rutina ayudan a que sienta menos ansiedad y tristeza”*. Por otro lado, observamos que quienes están cursando el último año de la Escuela Secundaria el sentimiento es de pérdida de un momento que es muy esperado. Algunos afirman que si bien mantienen un contacto fluido a través de redes sociales y eligen a sus amistades para compartir sentimientos de angustia o simplemente pasar el rato, no es lo mismo que encontrarse en persona.

Otro cruce interesante que se observa es el de la salud física y mental/emocional. Una de las jóvenes de 17 años, de Santiago del Estero, lo percibe de esta manera: *“Si, en las primeras semanas estuve descompuesta, con problemas digestivos y me sentía muy cansada, aunque intentaba mantener mi mente positiva, en el fondo la preocupación y el estrés se hizo ver en mi cuerpo”*. Les jóvenes afirman que transitan por distintos estados de ánimo debido al aislamiento, los cuales muchas veces les han llevado a atravesar dolencias y afecciones físicas. Varies experimentan sentimientos de agobio, presión y frustración por no poder estar al día con las exigencias escolares y tienen dificultades para llevarlas a cabo y resolverlas de forma virtual. En palabras de un joven de la provincia de Mendoza, *“si, antes hacía acrobacia en tela, ahora no puedo; ahora siento mucha presión por las clases virtuales ya que los profesores siguen manteniendo los mismos criterios que en las clases presenciales y no tienen en cuenta el contexto en el que estamos y cómo nos sentimos como estudiantes, desbordados”*.

Por último, algunos jóvenes han relacionado la salud física y la social. En la mayoría de los casos, esto tiene que ver con el hecho de ser deportistas o realizar alguna actividad física en la que se relacionan con otros y construyen allí su grupo de pertenencia. En algunos casos la actividad física es por excelencia el espacio que ayuda a mantener estable la salud emocional, al tiempo que se convierte muchas veces, en el espacio de placer y recreación. Así lo expresa esta joven santafesina de 21 años: *“No poder ir a danza me deprime y me hace falta la actividad física”*.

Además, las personas encuestadas manifestaron haber tenido diferentes sentimientos en el transcurso de la cuarentena, siendo los más mencionados: angustia y/o tristeza (777), cansancio y/o desganado (709), enojo y/o irritabilidad (646), ansiedad (529), soledad (384), desesperación (349), u otros sentimientos (225).

Discusión

El análisis de los datos presentados supone una serie de consideraciones que resultan relevantes en la comprensión del contexto excepcional de la pandemia y el ASPO.

Los adolescentes y jóvenes, así como los niños, no han sido considerados los sujetos más relevantes, dado que no aparecen como población de riesgo. En un contexto de emergencia sanitaria sus voces no han estado en el centro de la escena.

Por ello se consideró relevante detectar sus sentires y decires frente a la situación actual. Se reconoce que, con el paso de los días, desde los organismos públicos se comenzó a tener en consideración y a generar campañas de información para este grupo etario, dado la relevancia de las complicaciones, no solo físicas sino psicológicas, frente a una situación inédita. No solo el aislamiento propio con la ruptura de su cotidianeidad y la relación con los pares, sino también la convivencia permanente con el resto del núcleo familiar.

En ese sentido las condiciones socioeconómicas del grupo relevado, por las características habitacionales y socio familiares, permiten inferir que se trata de un grupo con condiciones de habitabilidad y acceso a recursos, lo que les permite transitar la cuarentena con condiciones vitales resueltas y que no inciden, sustancialmente, en sus percepciones.

En primer lugar es de destacar que la respuesta mayoritaria fue de mujeres. Ello, como fue explicado, nos permite inferir la mayor participación de las mismas en actividades sociales y tener una posición más proactiva en las preocupaciones y el cuidado de la salud. Del mismo modo es interesante destacar, en relación al género, una posición que adscribe a lo normativo con un sesgo minoritario hacia otras identidades no heterocis. Esto último puede tener que ver con la estigmatización, con el miedo a hacerlo público o con una identidad que, por distintas razones, se encuentra en proceso.

Un dato relevante es que los adolescentes y los jóvenes organizan su vida, a su modo, con una cierta rutina: para algunos la ordena la actividad escolar virtual y para otros, sus intereses y necesidades. Ello demuestra, y contra el prejuicio general, que los jóvenes y adolescentes tienen capacidad de autoorganizarse, a su manera, aun en condiciones de excepcionalidad. Así como cumplir, con convicción, la obligatoriedad de la cuarentena. Es de destacar, en la inmensa mayoría de los encuestados, referencias al alto grado de exigencia escolar.

Se registra la mayoritaria aprobación a la decisión del gobierno sobre el ASPO: el 88,3% de los adolescentes y jóvenes están de acuerdo o muy de acuerdo con la medida. Se supone que la emergencia de un riesgo de vida, planteado en términos de enfermedad y paradigma sanitario desde la ciencia, ejerce una convicción de "verdad" que no es cuestionada. En este sentido, una amplia mayoría consignó que les ayuda a sobrellevar la situación el acceso a noticias e información. Los reportes del Ministerio de Salud de la Nación están entre los primeros tres más mencionados. También son frecuentes las tareas escolares, sobre todo entre los más jóvenes.

Sin embargo, frente a una aceptación general de la decisión de la cuarentena plantean los efectos en sus vidas. La mayoría de adolescentes y jóvenes (78%)¹¹ vio afectada su salud a partir del aislamiento. En sus respuestas destacan el impacto en su salud física, mental y social. Las respuestas más frecuentes estuvieron asociadas al hecho de que al no poder contar con espacios de socialización y encuentro, registraron sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza y frustración. También destacan el impacto en problemas físicos, producidos por estos sentimientos. Varios de los adolescentes mencionaron que no realizar deportes u otras actividades físicas tiene consecuencias en su salud mental.

A su vez, un gran porcentaje de adolescentes y jóvenes (34,8%) manifestó no contar con nadie para conversar acerca de sus sentimientos dentro del hogar. Este dato se incrementa en jóvenes de mayor edad. Luego, la figura más destacada para el diálogo es la madre.

Finalmente quisiéramos rescatar una serie de desmitificaciones que pueden aportar a la comprensión de este grupo etario y como insumo a los tomadores de decisión para el desarrollo de las políticas específicas de este sector.

1) Les adolescentes y jóvenes plantean conflictos de convivencia.

La encuesta denota que no es así, que la mayoría registra una “buena” relación de convivencia. Una minoría refiere que es “mala” o “regular” y se concentra en un grupo etario cuya necesidad de diferenciarse les resulta indispensable para la construcción de su identidad.

2) Les adolescentes y jóvenes son intolerantes.

La encuesta da cuenta de lo contrario: aceptación de la disposición normativa (aislamiento social obligatorio). Dentro de las personas que más dialogan, se encuentran las “madres” lo que muestra, como tantas teorías lo han desarrollado en general y para el caso de la pandemia en particular, un fuerte sesgo de género: las mujeres se hacen cargo del cuidado de la familia que supone no solo el bienestar físico sino también las consideraciones emocionales.

3) Les adolescentes y jóvenes requieren que se les imponga una organización de la vida.

La encuesta muestra que son capaces de organizarse aun en condiciones de excepcionalidad. Queda claro también que, excepto el grupo de menor edad, lo resuelven de acuerdo a sus posibilidades, sus necesidades y sus deseos. Es interesante reflexionar acerca de su involucramiento en la formulación, ejecución y evaluación tanto de políticas públicas como en el armado curricular de la formación escolar institucional.

4) Les adolescentes y jóvenes solo escuchan y se informan por sus pares.

La encuesta permitió visualizar que la mayor fuente de información sobre la pandemia y la situación de ASPO la toman de recursos oficiales. Ello muestra que diversifican las fuentes de información y acreditan valor a diferentes registros. Es importante destacar que la acción desde las políticas públicas es central frente a este dato mayoritario.

5) Les adolescentes y jóvenes están acostumbradas al uso exclusivo de la virtualidad en sus vínculos

La encuesta reflejó cómo les adolescentes y jóvenes perciben una afección en su salud mental por el hecho de no poder relacionarse en espacios de socialización como escuelas, clubes, parques, entre otros. Si bien el acceso a los medios virtuales, sus usos, lenguajes y registros son importantes no se constituyen en la única fuente ni de información ni de relacionamiento con los pares.

Referencias bibliográficas

1. UNICEF (2017) "El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina". Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/301/file/publicaci%C3%B3n.pdf>
2. UNICEF (2017) "Para cada adolescente Una Oportunidad". Disponible en: https://observatoriosocial.unlam.edu.ar/descargas/6_UNICpdf
3. MSAL (2018) "Lineamientos sobre derechos y acceso de los adolescentes al sistema de salud". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001284cnt-0000001284cnt-guia-derechos-2018.pdf>
4. Escobar, Chiodi y Vázquez " Masculinidades y Salud Integral. Repensando abordajes durante la adolescencia desde una perspectiva de género" Disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/REPP/article/view/51739/55856>
5. Krauskopf, Dina (2011) "El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios". Psicología.com – ISSN: 1137-8492
6. MSAL (2020) "Recomendaciones sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001886cnt-covid-19-recomendaciones-salud-mental-ninos-ninas-adolescentes-contexto-pandemia.pdf>
7. CEDES (2020) Estudio Tiara. Disponible en <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4534/6/Tiara-avance2020.pdf>
8. Observatorio de Psicología Social de la UBA. Informe Crisis del Coronavirus, 14/03/2020. Disponible en <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Crisis%20Coronavirus%201%20-%2014-3-2020.pdf>
9. CIPPEC (2019) disponible en <https://www.cippec.org/textual/dia-de-la-madre-las-politicas-publicas-todavia-no-se-adaptan-a-los-cambios-en-las-familias/>

¹¹ Esta fue una pregunta abierta que contestó el 88% del total de la muestra.

¿Qué método anticonceptivo eligen las adolescentes en un hospital privado de CABA?

AUTORES:

María Clara Di Nunzio¹; María Laura Lovisolo²

CEMIC

¹Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infanto Juvenil CEMIC.

Miembro de Cd Sagij.

²Médica Ginecóloga, Sección Ginecología Infanto Juvenil CEMIC.

• dramllovisolo@gmail.com



Resumen

Introducción: Se registraron los datos de las pacientes que asistieron a la Sección de Ginecología Infanto Juvenil de CEMIC desde su creación en el año 2012 con el fin de conocer las características de nuestra población. Luego de seis años de la creación de la misma, se analizaron los mismos para conocer nuestra casuística en lo referente a métodos anticonceptivos (MAC).

Material y método: Se analizaron los datos personales, de salud sexual y reproductiva y la historia obstétrica de 6962 pacientes menores de 21 años en el período de Julio de 2013 a Junio de 2019.

Resultados: La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es algo mayor que la reportada en otros centros de Argentina. El preservativo como MAC único fue el más frecuentemente seleccionado. La mayoría de las pacientes utilizan doble MAC (preservativo sumado a otro método). Se encontró un muy bajo uso de LARCs aunque existe una tendencia en aumento. El número de nacimientos en pacientes menores a 19 años es solo del 1.3%.

Conclusiones: Los MAC como motivo de consulta se encuentran entre los más altos de nuestra Sección. Esto, sumado a la consejería que se implementa en la mayoría de las consultas, tiene un buen impacto en la baja tasa de embarazo adolescente. La elección del MAC difiere según la edad y el centro de consulta pero el preservativo fue el MAC más frecuentemente seleccionado.

Abstract

Introduction: The data of the patients who attended the CEMIC Child and Adolescent Gynecology Section since its creation in 2012 were recorded in order to know the characteristics of our population. Six years after its creation, they were analyzed to find out our casuistry in relation to contraceptive methods (MAC).

Material and method: The personal data, sexual and reproductive health and obstetric history of 6962 patients under 21 years of age in the period from July 2013 to June 2019 were analyzed.

Results: The average age of initiation of sexual intercourse is somewhat higher than that reported in other centers in Argentina. The condom as the only MAC was the most frequently selected. Most patients use double MAC (condom in addition to another method). Very low use of LARCs was found, although there is an increasing trend. The number of births in patients under the age of 19 is only 1.3%.

Conclusions: MAC as reason for consultation are among the highest in our Section. This, added to the counseling that is implemented in most consultations, has a good impact on the low rate of adolescent pregnancy. The choice of MAC differs according to age and consultation center, but the condom was the most frequently selected MAC.

Introducción

Las Sección de Ginecología Infanto-juvenil perteneciente al Departamento de Ginecología y Obstetricia de CEMIC fue creada en el año 2012 con el fin de brindar una atención especializada a las adolescentes en forma interdisciplinaria con profesionales interiorizados acerca de las temáticas que las abordan en esa etapa tan característica de la vida. Desde entonces, numerosas variables obtenidas al interrogatorio con fines asistenciales, fueron y continúan siendo registradas en nuestros archivos de modo tal que pudimos evaluarlas para conocer mejor las características de nuestra población.

Objetivos

En primer lugar, hemos puesto como objetivos principales conocer la edad promedio de la menarca (M) y de inicio de relaciones sexuales (IRS) de nuestras pacientes, el lugar que ocupa la anticoncepción dentro de los motivos de consulta (MC) y evaluar la tasa de utilización de métodos anticonceptivos (MAC) discriminando los mismos. Como objetivo secundario, nos propusimos diferenciar la cantidad de pacientes con uso adecuado de preservativo (P) en comparación con aquellas que no lo hacen.

Material y método

Se atendieron en la Sección 6962 pacientes menores de 21 años desde Julio de 2013 a Junio de 2019. Durante la entrevista se registraron, entre otros datos, la edad, el MC, el MAC utilizado, la edad de la M, la edad de IRS y en los casos de uso de preservativo, si éste era utilizado o no de manera correcta. También se registró el número de nacimientos de madres ≤ 19 años.

Resultados

La edad promedio de las consultantes fue de 15.7 años. La edad promedio de la menarca fue de 12.2 años y de IRS de 16.7 años. La anticoncepción como método anticonceptivo ocupó el 13.9% de las visitas.

Dentro de los MAC utilizados, el preservativo como MAC único fue el más frecuentemente seleccionado, aún más que los métodos hormonales (41.7% vs 15.7%). Durante el período 2013-2016 el MAC más utilizado fue doble método (preservativo + otro MAC, 46.3%) seguido del preservativo solo, mientras que en el período 2016-2018 predominó el uso de preservativo solo (45.4%) por sobre el DM. Durante todo el período analizado, los métodos hormonales (píldoras combinadas, anillo, parche, inyectable) fueron posicionados en tercer lugar en la elección (14.4% para 2013-2016 y 17% para 2016-2018) y los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs) fueron elegidos en último lugar (1.9%) (*ver Gráfico 1*). Sin embargo, es notable como a través del análisis en la línea temporal fue aumentando consistentemente su uso (0%, 1.4%, 1.6%, 1.9%, 2.6%, 4.1%) siendo el DIU el más frecuentemente seleccionado (*ver Gráfico 2*). Solo un 2.2% de las pacientes refirieron no utilizar MAC. El uso correcto del preservativo fue

reportado por el 82.9% de las pacientes que lo utilizaban como método único y como parte del doble método anticonceptivo (ver Gráfico 3).

6419 nacimientos fueron registrados durante el período analizado en CEMIC. De éstos solo el 1.3% correspondió a pacientes ≤ 19 años (21 pacientes.)

Gráfico 1: Elección del MAC por períodos

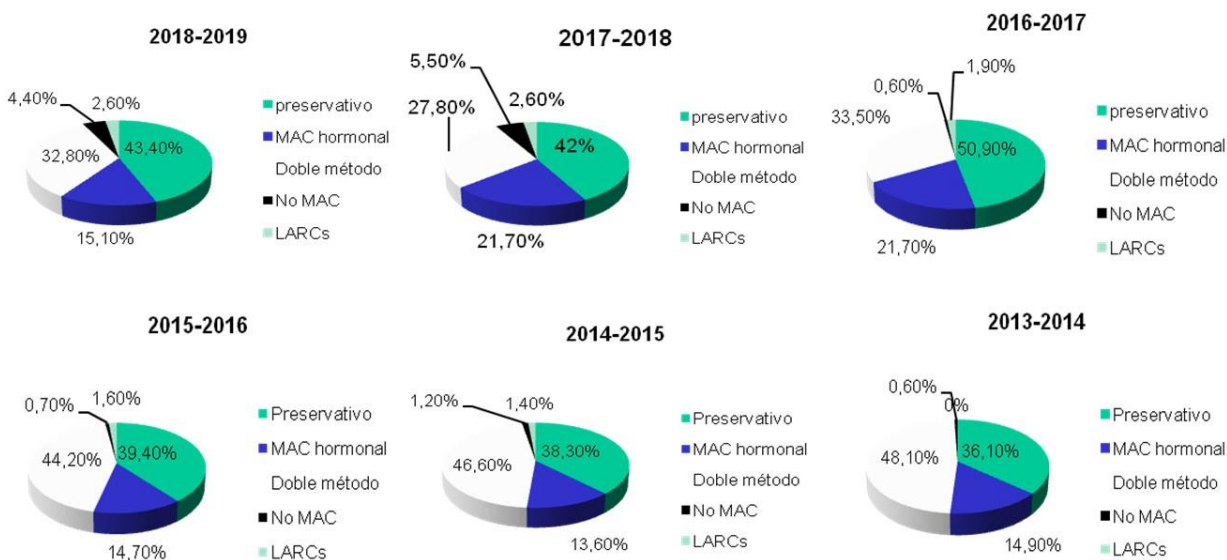


Gráfico 2: Utilización de LARCs

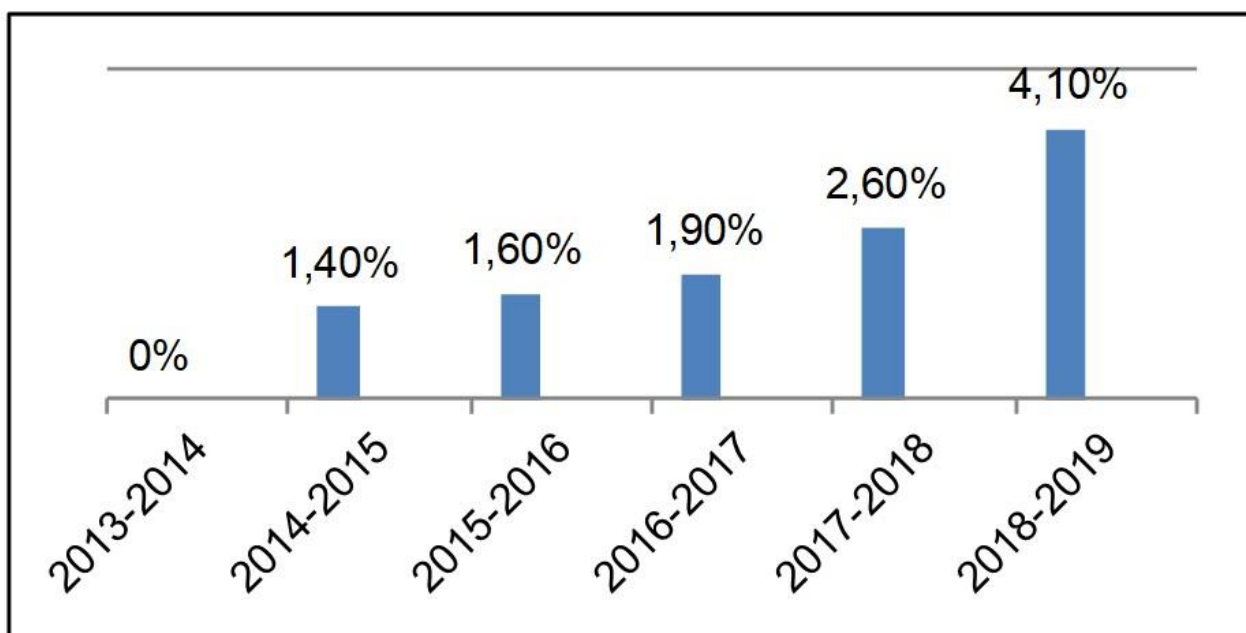
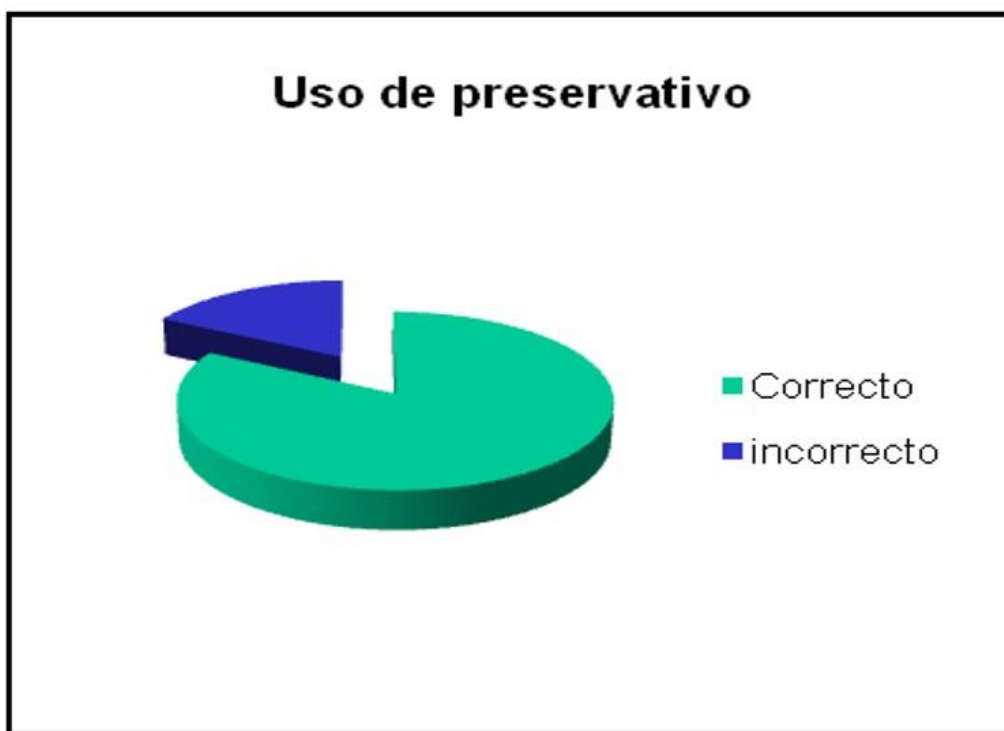


Gráfico 3: Modo de uso del preservativo



Conclusiones

La edad promedio de la menarca fue similar a la reportada por la literatura. En contraposición, la edad de IRS fue mayor a la registrada en el trabajo realizado por SAGIJ para Argentina en 2010 (15 años.) Esta diferencia puede deberse a la menor heterogeneidad de la muestra seleccionada por un lado por la pertenencia a un medio social similar y por otro, por pertenecer todas las pacientes a una misma Institución que recibe en su gran mayoría adolescentes provenientes de CABA y el conurbano Bonaerense no siendo esto representativo a nivel nacional.

La anticoncepción como MC varía según la edad y el centro de atención que se evalúe. En nuestro caso, a modo de ejemplo, su porcentaje fue menor que el reportado por el Hospital Pirovano en los años 2012-2013 (31%). Sin embargo, la elección del MAC fue para nosotros uno de los principales MC solo precedido por el control ginecológico.

El uso de LARCS se cuadruplicó en el período estudiado y esto se deba probablemente al trabajo que se ha ido desarrollando sobre el derribamiento de mitos tanto en pacientes como en médicos de la Institución respecto de su uso.

Por último, observamos una tasa de embarazo muy baja en este grupo de pacientes cuando se la compara con las cifras actuales a nivel país. Creemos que esto puede relacionarse al muy alto porcentaje de uso de MAC registrado en nuestra población sumado al correcto uso de preservativo reportado.

Qué saben y qué quieren saber las mujeres sobre anticoncepción

AUTOR:

Dra. María Noelia Zárate

Médica Generalista - Mg. SSYR
Hospital Bouquet Roldán - Neuquén – Pcia de Neuquén

Contacto: noezaratengn@hotmail.com



RESUMEN:

INTRODUCCION: La búsqueda de un método anticonceptivo por una usuaria conjuga factores diversos: accesibilidad, información, cultura, nivel socioeconómico, proyecto reproductivo, entre otros. Su consideración en la consejería de salud sexual contribuye a una elección informada, en beneficio de las mismas. La mirada de las mujeres que asisten o trabajan en nuestro hospital fue la motivación de este trabajo.

OBJETIVO: evaluar el conocimiento de MAC disponibles, cómo acceden a la información, tendencia de uso y oportunidad de Educación Sexual.

MATERIAL Y METODO: estudio descriptivo, que incluyó mujeres entre 25 a 49 años, seleccionadas al azar. La recolección de datos fue una encuesta con preguntas abiertas.

RESULTADOS: Se encuestaron 98 mujeres. Refirieron con mayor frecuencia de uso ACO y preservativo, y en tercer lugar la no utilización. El 66% de las usuarias conoce entre 2 y 6 MAC, un 15% conoce 2 y el restante más de 6. Un 49% se informa a través de internet, 42% en la consulta médica y un 9% en contexto socio familiar. En cuanto a la oportunidad de ESI, el 70% no la tuvo. El 89% conoce la ACO de emergencia, solo 20% tiene información veraz.

INTRODUCCION:

Reportes mundiales informan que todos los métodos anticonceptivos evitan aproximadamente 190 millones de embarazos no planeados por año. Esto hace que disminuyan las tasas de embarazos no intencionales, abortos inseguros y la mortalidad tanto materna como perinatal.

La preocupación por mejorar la calidad de vida de las personas en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva es uno de los estímulos más sobresalientes en el ámbito mundial para generar conocimiento sobre anticoncepción a partir de la investigación.

El proyecto reproductivo de cada mujer abarca una dimensión de factores culturales, biológicos, socioeconómicos, demográficos entre otros.

La legislación vigente, los Programas de Salud Sexual y Reproductiva y a través de ellos los Servicios de Salud sexual fortalecen el ejercicio de los derechos en salud sexual, pero es el proceso de selección de un MAC lo que nos plantea el interrogante.

El conocimiento de la amplia variedad de MAC existentes, la oportunidad de la consejería, el tiempo dedicado a la información de cada uno de ellos sin duda mejorara la posibilidad de elección y con ello los resultados en cuanto a eficacia y satisfacción del uso de los mismos.

En este trabajo se centra en la mirada de las usuarias considerando que los factores relacionados a los proveedores de salud en cuanto a la flexibilidad o limitación que puedan ejercer merecería una evaluación aparte.

El conocer si en este proceso las mujeres pueden hacer realmente una elección informada fue el objetivo del presente trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante la jornada celebrada el 8 de marzo de 2019 por el "Día Internacional de la Mujer" en el Hospital Bouquet Roldán, realizamos una encuesta a nivel local con el objetivo de evaluar los métodos anticonceptivos conocidos, la accesibilidad a la información, tendencias de uso y elección, y la oportunidad de educación sexual.

La recogida de datos se realizó mediante un formulario de encuestas, anónimas, con preguntas abiertas. La muestra seleccionada fue mujeres entre 25 y 49 años que se encontraban presentes en el hospital en ese momento. Se encuestó un total de 98 mujeres. No se incluyó población adolescente – joven ya que las oportunidades de ESI y consejerías en las escuelas, como así también la tendencia de uso de métodos de larga duración se consideraron variables que podían inferir en los resultados. El cuestionario utilizado, estaba compuesto por un total de 12 preguntas, como se muestra en la Tabla N° 1.

TABLA 1 – PREGUNTAS INCLUIDAS EN EL CUESTIONARIO:

- 1) ¿usa algún método anticonceptivo en la actualidad? cual?
- 2) ¿que métodos anticonceptivos conoce? puede nombrarlos?
- 3) ¿donde busca información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos?
- 4) ¿alguna vez tuvo una consulta de educación sexual/consejería en salud sexual?
- 5) ¿conoce como funcionan los metodos naturales, los uso o los usaría alguna vez?
- 6) ¿sabe colocar correctamente un preservativo?
- 7) ¿conoce la anticoncepción de emergencia? que sabe de ella?
- 8) ¿qué método no usaría y porque?
- 9) ¿en algún momento buscó información en un servicio de salud para iniciar un método anticonceptivo?
- 10) ¿cree que la información brindada fue clara, completa y eficiente? le hubiera gustado que le explicaran algo más?
- 11) ¿que busca al momento de elegir un método anticonceptivo?
- 12) ¿cómo definiría al método anticonceptivo ideal? cree que haya alguno que cumpla los requisitos?

RESULTADOS:

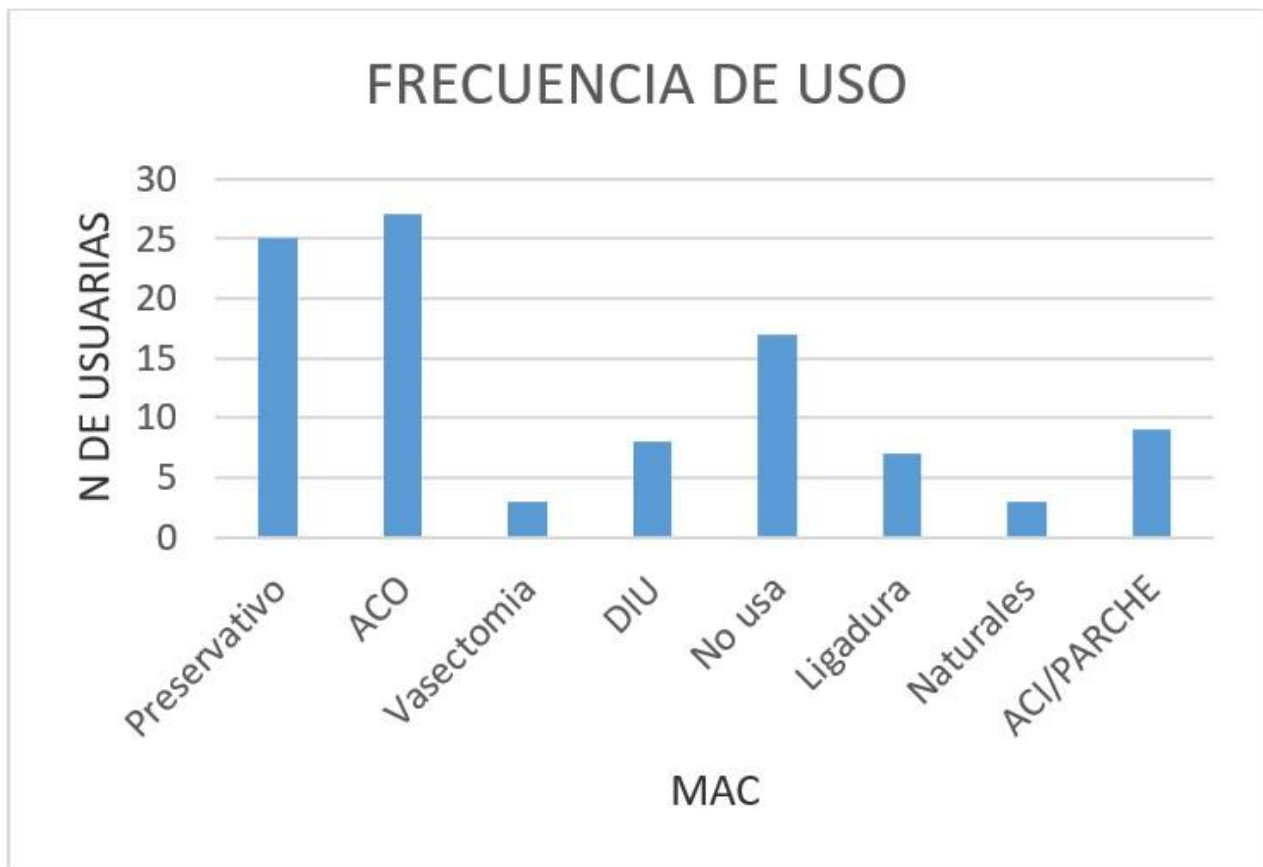
Se exponen los resultados de la evaluación global de las encuestas, mostrando en tablas y/o gráficos los más relevantes desde el diseño y objetivo del trabajo.

1. Frecuencia de uso de Anticonceptivos al momento de la encuesta:

Tabla N° 2: Frecuencia de Uso de MAC

MAC:	N	
Preservativo	25	(25%)
ACO	27	(27%)
Vasectomia	3	(3%)
DIU	8	(8%)
No usa	17	(17%)
Ligadura	7	(7%)
Naturales	3	(3%)
ACI/PARCHE	9	(10%)

Gráfico N°1:



Los referidos con mayor frecuencia de uso fueron ACO y preservativo, y en tercer lugar la no utilización. Una minoría nombró Diu de cobre, otros métodos hormonales (ACI – parches transdérmicos) naturales, quirúrgicos. No hubo mención de implante subdérmico, anillos vaginales, SIU, preservativo femenino.

2. Conocimiento alternativas de MAC:

Tabla N°3:

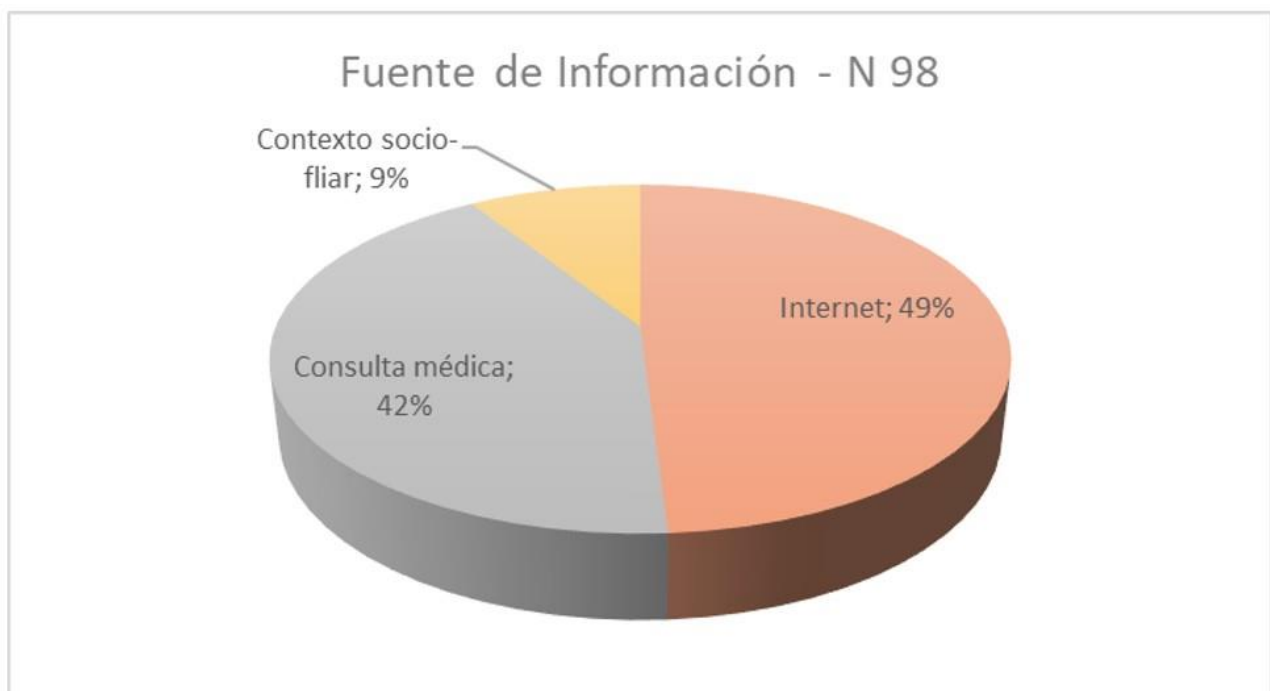
Refiere	N	%
Al menos 2	15	15%
Entre 2 y 6	65	66%
Más de 6	18	19%

El 66% de las usuarias conoce entre 2 y 6 MAC, un 15% conoce 2 o menos y el restante pudo nombrar más de 6.

3. Fuente de Información:

Casi la mitad de las usuarias encuestadas consulta sobre MAC en internet (navegadores, redes sociales), un 42% busca esta información en la consulta médica y un 9% aprende en su contexto sociofamiliar, como queda demostrado en el gráfico.

Gráfico N°2:



4. OPORTUNIDAD DE ESI Y/ O CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL:

SI 29 USUARIAS

NO 69 USUARIAS

El 70% manifestó que nunca tuvo una consulta orientada a educación sexual integral.

Las que respondieron afirmativamente refirió que fue cuando consultó para elegir un MAC o durante algún control de salud.

5. CONOCIMIENTO DE METODOS NATURALES:

El 58% conoce métodos naturales, se refieren en su mayoría al método del calendario, pero los desestiman. Las que manifiestan haberlo usado refiere que no volverían a usarlo por inseguridad.

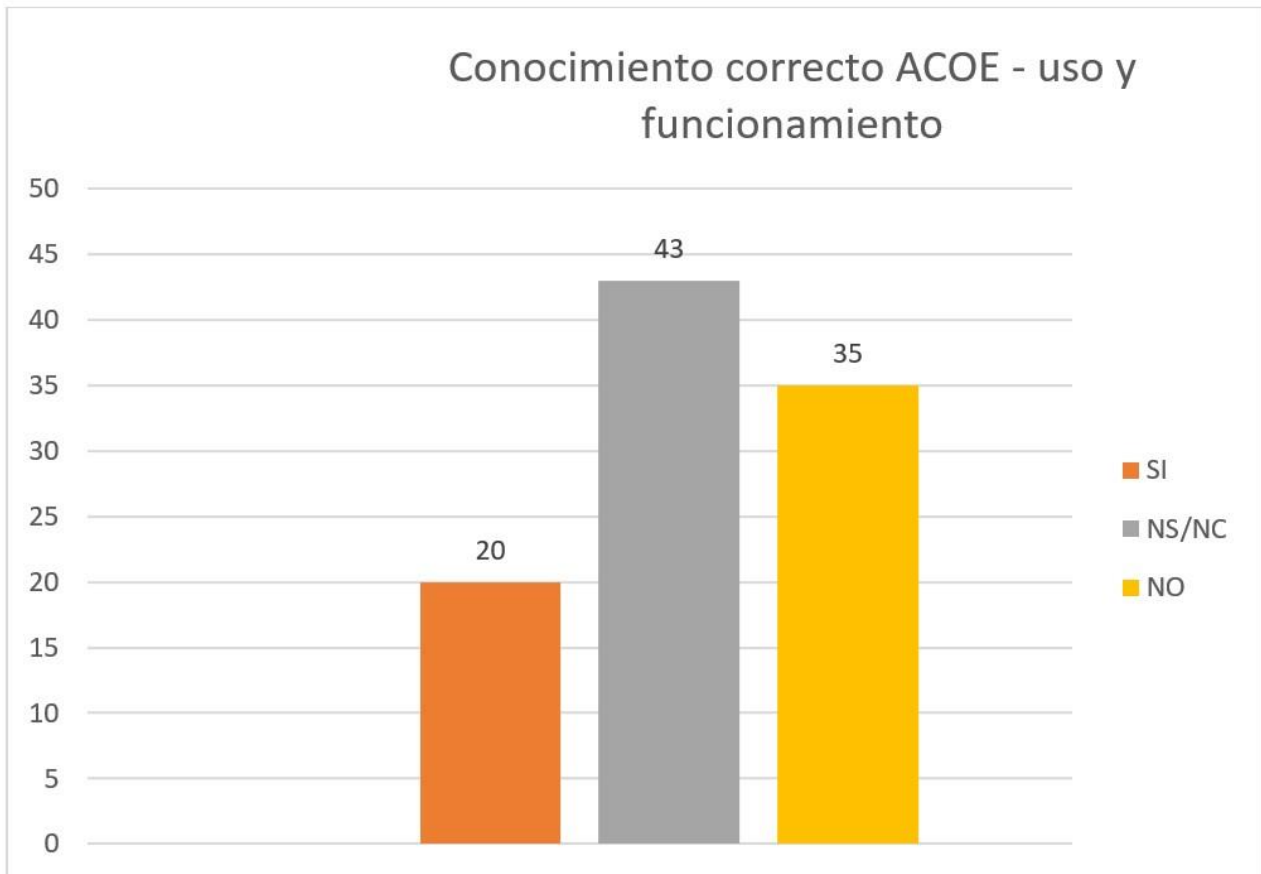
6. COLOCACION CORRECTA DE PRESERVATIVO:

El 82% afirmó saber colocar correctamente el preservativo. NO SE ESPECIFICO SI EL PRESERVATIVO FEMENINO O MASCULINO.

7. CONOCIMIENTO DE ACO DE EMERGENCIA:

El 89% (88 usuarias) conoce la ACO de emergencia, pero un 20% tiene información veraz de ella.

Los mayores errores de concepto son en relación al N° de usos permitidos según necesidad, a los posibles efectos secundarios que pueda desencadenar, al margen de tiempo para su uso.



8. MAC QUE NO USARIAN O DESESTIMAN:

De las usuarias que respondieron, los MAC que más desestimaron fueron DIU justificando esta respuesta porque lo asocian con menor efectividad e invasivo, y en segundo lugar las ACI por causa del dolor.

9. CONSULTA EN SERVICIO DE SALUD PARA INICIAR UN MAC:

El 55% contestó que Si consultó cuando decidió comenzar un MAC.

10. EVALUACION DE LA INFORMACION RECIBIDA EN EL SERVICIO DE SALUD:

De las usuarias que consultaron a un Servicio de Salud para iniciar un MAC, el 55% refirió que recibieron información clara y completa.

11. REQUISITOS QUE LE PIDEN A UN MAC:

CONSIDERACIONES AL ELEGIR UN MAC	
EFICACIA Y EFECTIVIDAD	42%
PRACTICIDAD	4%
COMODIDAD	14%
MINIMOS EFECTOS ADVERSOS	12%
PREVENCION ITS	19%
NS/NC	7%
MENOS INVASIVO	2%

Cuando eligen un MAC buscan efectividad primer lugar, seguido por comodidad y mínimos efectos adversos como requisitos principales.

12. DEFINICION DE UN MAC IDEAL PARA LAS USUARIAS:

Al preguntarle como definirían el MAC ideal la mayoría no respondió, otras lo definieron como aquel fácil de usar, seguro y eficaz. El mejor posicionado para las encuestadas es el preservativo

CONCLUSIONES:

La Educación Sexual integral en ejercicio activo para niños niñas y adolescentes no debe escapar a las mujeres de la población adulta. Si interrogamos a muchas de las usuarias encontraremos que una gran proporción no conoce con certeza la anatomía y fisiología de su aparato genital y menos aún, cómo funcionan los métodos anticonceptivos para ser partícipes de su uso correcto.

Quizás muchas de ellas lo consideren tan importante para las adolescentes pero no se han significado como protagonistas activas en la posibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos.

La consulta de anticoncepción en ésta población, es una oportunidad para incorporar la educación sexual, o un ámbito para necesidades no resueltas de cada usuaria. Además de repensarlas como actores principales; como multiplicadoras de la información ya sea facilitando o capacitando a niñas, adolescentes, jóvenes, u otras adultas.

Es importante otorgar atención de calidad, con una consejería que derive en la prescripción de anticonceptivos en forma fácil y explícita, derribando mitos, considerando aspectos como la aceptabilidad y seguridad del método para lograr mejores tasas de uso y continuidad.

Las posibilidades de anticoncepción actuales son tan diversas como las necesidades de las usuarias, pero una parte de ellas, aún sigue conociendo los más populares o persisten con iguales creencias ante determinados métodos. La anticoncepción de hoy día es como un traje a medida, y a los servicios de salud nos compete que puedan encontrar el que se mejor se adapta a cada una.

Bibliografía::

1. Gómez Sánchez P., Lozano F., Velásquez A., Marrugo M., Torres L. Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(6):395-401.
- http://hosting.sec.es/descargas/OBS_EncuestaAnticoncepcion2016.pdf
2. Peláez J., Valerio G., Pérez M., Serret J., Labovsky M., Bermúdez R.,
3. Anticoncepción hormonal de emergencia
<https://flasog.org/static/revista/REVISTA-FLASOG-NO10.pdf>
Ruiz Sternberg A. y cols. Preferencias de las usuarias colombianas en cuanto al uso de anticonceptivos orales. Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2013 (30):30-40. Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana
4. Maiztegui, L. C. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital materno provincial de Córdoba, 2006. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/226>
5. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 ENSSyR 2013 – Presentación de resultados -
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssyr_2013.pdf
6. Utilización de métodos anticonceptivos en España por grupos de edad: resultados de 4 encuestas nacionales – Rev. Progresos Obstetricia y Ginecología 2007 (50): 335-339.
7. Cuervo-Vergara SA., Garrido-Gutiérrez JD., Vélez-Álvarez GA., Zuleta-Tobón JJ. Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado. Estudio de corte transversal. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.
[Internet]. 30 de septiembre de 2015 66(3):160-7. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/21>

Embarazos no planificados en Latino América: ¿En qué estamos fallando?

AUTORES:

David Escobar Paredes¹; Flory Morera Gozalez²; Dra. Josefina Lira³.

¹Profesor Adjunto Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile. FACOG. MBA© en Salud.

²Profesora Asociada Ginecología y Subdirectora de Programa de Posgrado de Especialidades Médicas Universidad de Costa Rica.

³Coordinadora de la Unidad de Investigación en Medicina de la Adolescente, Instituto Nacional de Perinatología, Universidad Nacional Autónoma de México.



Resumen

Los embarazos no planificados (ENP) siguen siendo un problema de salud pública a pesar de las múltiples alternativas anticonceptivas. El continente americano tiene la mayor proporción de ENP en comparación con otros continentes. Los ENP son muy comunes en la población que usa anticonceptivos de anticoncepción reversible de acción corta (SARC). El porcentaje de uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) en Latinoamérica es muy bajo. No llega al 10% en muchos de los países. Para incrementar la oferta del uso de LARC en nuestra población, debemos impactar a nivel educativo desde los niveles más básicos de la educación en medicina. Debemos crear la implementación de programas anticonceptivos en Hospitales de tercer nivel donde se manejan pacientes con alto riesgo reproductivo y obstétrico, en coordinación con los médicos tratantes. Reposicionar el tema de la anticoncepción tanto en la medicina general como en la especialidad, para dar a conocer el impacto que genera a nivel individual y en Salud Pública. Por otro lado, los Gestores de Salud, deben incentivar sin coacción el uso de los LARC en todos los niveles de atención, poniendo a disposición todos estos LARC, los cuales son más efectivos, seguros y rentables que los SARC.

Palabras clave: Embarazos no planeados, LARC, América.

Abstract

Unplanned pregnancies (UP) remain a public health problem despite multiple contraceptive alternatives. The American continent has the highest proportion of UP compared to other continents. UP are very common in the population that uses contraceptives of short action reversible contraception (SARC). The percentage of use of long acting reversible contraception (LARC) in America is very low. It does not reach 10% in many of the countries. In order to increase the supply of the use of LARC in our population, we must impact educational level from the most basic levels of education in medicine. We must value the implementation of contraceptive programs in Hospitals of third level where patients with high reproductive and high obstetric risk are managed, in coordination with the treating physicians. Repositioning the issue of contraception in both general medicine and specialty, to raise awareness of the impact it generates at the individual level and Public Health. On the other hand, Health Managers, must encourage without coercion the use of the LARC in all levels of care, making available all these LARC, methods are more effective, safe and cost effective than SARC.

Key words: Unplanned pregnancies, LARC, America

Introducción

El embarazo no planificado (ENP) es un problema de salud pública, que impacta directamente a la mujer, su entorno familiar y al país, con repercusiones sociales, de salud y económicas, aún mayores en subgrupos vulnerables como es la población adolescente, bajo nivel socio económico, inmigrantes e indígenas. Sus mayores consecuencias son mayores morbilidad materno infantil, mayores problemas sociales, deserción escolar en el caso de adolescentes, trabajos precarios, pobreza y escaso desarrollo personal de la mujer.

Aunque el ENP es un problema global, adquiere mayor importancia en nuestro continente, pues nuestros porcentajes son mayores que otros continentes. En el año 2012, a nivel global, 213 millones de embarazos ocurrieron en el mundo, siendo el 40 % de ellos ENP y a pesar de las múltiples opciones anticonceptivas. Latinoamérica y Caribe presentaron un 56% de ENP, EEUU 51%, Europa 45%, Asia 38%, Oceanía 37 y África 35%¹. Las mujeres jóvenes son las que experimentan una más alta proporción de ENP en EEUU, 69% ocurrieron en mujeres no casadas entre 20 y 29 años; 60% en mujeres entre 20 y 24 años en Gran Bretaña; 45 % de mujeres alemanas bajo los 25 años; 81% en mujeres bajo 20 años en Brasil². Esta alta proporción de ENP en mujeres jóvenes está explicada por mayor fecundidad, alto número de usuarias anticonceptivos orales (AOC), menos adherencia a la anticoncepción, menos uso de métodos anticonceptivos y subestimación del riesgo de embarazo ^{3,4}.

Recientemente fue publicado el estudio TANCO⁵, un estudio cuantitativo online a gran escala, realizado en 11 países europeos, sobre las visiones de los profesionales de la salud y las mujeres acerca de la asesoría en anticoncepción, el uso de anticonceptivos y la anticoncepción en general. Este estudio el mostró diversos aspectos del uso de anticonceptivos por parte de las mujeres y las opiniones de sus proveedores de atención médica, la mayoría ginecólogos (86%), médicos generales (9%), enfermeras y matronas (7%). Los resultados muestran que, a pesar de los altos niveles de uso, todavía existen necesidades insatisfechas en la asesoría respecto a la anticoncepción y muchas veces las percepciones de los profesionales de la salud no coinciden con las respuestas entregadas por las usuarias.

Un 72% de las mujeres no planeaban tener hijos en los próximos 3-5 años. De estas el 79% toman pastillas anticonceptivas o utilizan otros métodos, principalmente de corta duración, o ningún método anticonceptivo. Solo 11% utiliza sistemas intrauterinos y el 10% la T de cobre o implantes hormonales. Quedó también en evidencia las dificultades con el cumplimiento: el 50% de las mujeres que utilizan píldoras anticonceptivas declararon que habían olvidado la píldora al menos una vez en los últimos 3 meses. De estas, el 22% declaró haber olvidado su píldora 3 o más veces. Los médicos creían que solo el 36% de las mujeres habían olvidado su píldora al menos una vez en 3 meses.

Las consecuencias individuales, familiares y para los sistemas de salud de los ENP están dados porque: aproximadamente un 40% mundial de los ENP terminan en un aborto¹ los cuales pueden presentar complicaciones médicas, psicológicas y emocionales; los nacimientos resultados de ENP pueden causar impactos negativos en la madre (e.j. depresión, menor probabilidad de lactancia). En los sistemas de salud aumentan los costos asociados con los abortos inducidos, donde este está legalizado, cuidados prenatales, nacimientos y cuidados del post parto. ⁶

Si los dispositivos intrauterinos (DIU) tienen más de 100 años de historia⁷ y las pastillas anticonceptivas 60 años desde su invención ⁸ cabe preguntarnos ¿en qué estamos fallando?

Una de las estrategias de mayor éxito demostrada en el último tiempo proviene de las implementadas en el estudio CHOICE⁹. Si se quiere disminuir los ENP se deben privilegiar los

métodos anticonceptivos de larga duración, LARC por su sigla en inglés. Pero para esto debemos mejorar nuestra asesoría, despejar mitos y entregar acceso a los métodos LARCs.

Prevalencia de los LARCs en distintos países de Latinoamérica

De acuerdo a múltiples encuestas y datos provenientes de países en Latinoamérica observamos una gran diversidad de prevalencias uso de métodos anticonceptivos (MAC) por diferentes razones¹⁰⁻¹⁵.

Las más altas prevalencias de LARCs en Latinoamérica están en Cuba y Chile en donde alcanzan cerca de un tercio de los métodos anticonceptivos reversibles. Lo siguen países como Argentina y México con casi un 15 %¹⁶. A continuación otros países de Centro-América como Costa Rica, Panamá, República dominicana, Nicaragua y Honduras (*Tabla1*).

Los LARC son métodos anticonceptivos muy efectivos, seguros y costo efectivos¹⁷. Pueden ser hasta 20 veces más efectivos que los métodos reversibles de corta acción¹⁸. Mientras más alta es la proporción de LARC en la prevalencia de uso de MAC menor será el porcentaje de ENP por falla de cumplimiento y su responsabilidad en el total de los ENP. Como ejemplo, en reciente publicación con datos de Costa Rica y Chile se observa que en Costa Rica el 82% del total de ENP se producen en mujeres usando métodos anticonceptivos de corta duración: 10,0% por fallas de uso perfecto de estos métodos y 72% por falla de cumplimiento. Solo un 2,7% de ENP ocurren en usuarias de métodos de larga duración.

En el Sistema Público Chileno hasta un 47,7% de los ENP se producen usando métodos anticonceptivos de corta duración: 1,7% por fallas con uso perfecto y 46 % por fallas en el cumplimiento. Esta cifra contrasta con el 1,3% de ENP por fallas totales de los métodos de larga duración: 1,0% fallas con el uso perfecto, fundamentalmente DIU T de Cu, y solo 0,3% de ENP producidos por falla de cumplimiento de todos los LARCs¹⁹.

Tabla 1: Prevalencia de Métodos anticonceptivos en Centroamérica 2011-2015

Tipos anticonceptivos	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
	2014-2015	2011-2012	2014	2011-2012	2015	2014-2015
Modernos Total	48.9	67.0	65,2	76.6	75.2	59.2
Píldora	3.3	12.0	4.0	11.5	22.7	10.7
DIU	1.5	7.0	0.8	3.5	3.2	4.5
Inyecciones	16.6	18.0	22.4	26	9.2	12.9
Implante	1.9					0.1
Emergencia	0.0				0.3	

Condón masculino	3.8	4.0	4.6	5.4	9.2	3.0
Condón femenino	0.2					0
Esterilización femenina	21.0	22.0	33.1	29.8	25.5	27,8
Esterilización masculina	0.6	4.0	0.3	0.4	5.1	0.2
Métodos tradicionales	11.7	10	6.3	3.0	2.0	2.8
Ritmo	5.9		3.7	1.4	1.2	1.5
Retiro	5.8	9.0	2.6	1.6	0.6	1.3
Billings					0.2	
Otros	0.1	1.0	1.0	3.1	1,9	3.2
No usan	39.3	23.0	27.5	20.4	21.1	34.8

Falta de oferta por falta de capacitación

Es un hecho que la capacitación de los profesionales es primordial a la hora de la oferta, pues es claro que quién no sabe insertar un dispositivo o un implante subdérmico difícilmente lo ofrecerá como alternativa. Es necesario abordar este tema, reposicionando el tema en las mallas curriculares de universidades en pre y post grado. En post grado en particular han evolucionado las subespecialidades: oncología, infertilidad, perinatología que son de gran importancia, pero desplazando la mirada general con temas tan trascendentes y altamente prevalentes como son: conocer y ofrecer anticoncepción y estar capacitados en todas las técnicas para así ofrecerlas sin el sesgo de la falta de preparación o desconocimiento actualizado. Pero para que esto ocurra, también es necesario retomar una parte de la anticoncepción en el nivel hospitalario.

¿Cuál es el lugar de la anticoncepción a nivel hospitalario?

Este lugar se puede encontrar definiendo los objetivos específicos con sus actividades claras para lograrlos. Por ejemplo, cubrir la necesidad de anticoncepción en niveles terciarios de atención con especial énfasis LARC en: poblaciones con condiciones médicas especiales tales como pacientes en control de especialidad cardiología, nefrología, neurología, broncopulmonar, endocrinología, etc. En general estos grupos están coordinados por médicos o enfermeras que se encargan de educar y controlar en los hospitales. Como actividad se pueden contemplar reuniones clínicas con Servicios de Medicina Interna o sus grupos de sub especialidades y reuniones con el personal de salud encargados de programas.

También dentro del nivel terciario y específicamente en las maternidades se puede comenzar la conserjería/orientación anticonceptiva desde el 3er trimestre del embarazo en pacientes de alto

riesgo obstétrico. Hay potenciales pacientes en quienes la mejor solución es DIU/SIU-LNG e.j. post parto de diabetes gestacional, obesas, nefrópatas. Se debe, así mismo, tener la preocupación de revisar los puerperios de maternidades, ofreciendo LARC inmediato o diferido según situación de las mujeres post aborto y post parto buscando el alta de ellas con necesidad anticonceptiva ya cubierta. En este caso es necesario presentar el problema y solución en reuniones clínicas de servicio involucrando a matronas/obstétricas de ARO y puerperios. Además, otra intervención sencilla es eliminar listas de espera de esterilización tubaria al ofrecer LARC sin coerción. Esto permitiría la reducir espera de esterilización que es un riesgo y permite disminuir el uso de recursos quirúrgicos de los hospitales, más aún, en pacientes de alto riesgo quirúrgico e.j. mujeres obesas.

Al mejorar la comunicación de los niveles terciarios hospitalarios con los niveles primarios, periféricos, se pueden recibir derivaciones de casos complejos e.j. derivaciones para extracción implantes difíciles y orientar a médicos, enfermeras, matronas u obstétricas en anticoncepción. Para esto es necesario tener reuniones con los profesionales de atención primaria, realizar jornadas de capacitación y diseñar flujo de atención para recibir derivaciones de usuarias de niveles atención primaria con situaciones complejas en anticoncepción.

Si se establecen estos objetivos y actividades se logrará reposicionar el tema anticonceptivo en el nivel hospitalario con la relevancia que merece, en la formación de pre y post grado, se crearán centros de excelencia en anticoncepción que puedan ser utilizados para capacitación, talleres de inserción de LARC y en un ámbito académico se podrán dar las condiciones, con buenos registros y buenos protocolos, de tener datos interesantes para publicaciones de evidencias en el mundo real. De esta forma se crea un círculo virtuoso de adquirir experiencia, entregar educación y capacitación, publicar, ser reconocidos y recibir más derivaciones con las cuales obtener más experiencia.

Conclusiones

1. Los embarazos no planificados son muy frecuentes en la población que utiliza anticonceptivos de corta duración.
2. El porcentaje de uso de los LARC en Centroamérica es muy bajo, no alcanza en ninguno de los países el 10%.
3. Para poder aumentar la oferta del uso de los LARC en nuestra población, debemos impactar a nivel educativo desde los niveles más básicos de la educación en la medicina.
4. Debemos valorar la implementación de programas de anticoncepción en Hospitales de III nivel donde se manejan pacientes con alto riesgo reproductivo y alto obstétrico, en coordinación con los médicos tratantes
5. Reposicionar el tema de anticoncepción tanto en la medicina general como en la especialidad, para hacer conciencia del impacto que genera a nivel individual y de Salud Pública.
6. Lo directivos en salud, por otra parte, debe incentivar sin coerción la utilización de los LARC en todos los niveles de atención, poniendo a disposición todos estos métodos LARC que al final de cuenta son efectivos, seguros y costo-efectivos.

Bibliografía

1. Sedgh et al. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann* 2014;45:301-314

2. Le HH et al. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis *Int J Womens Health* 2014;6: 663–670
3. ACOG Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee of ASRM. 2014;
4. Mosher W and Jones J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. *Vital Health Stat* 23 2010;29:1–44.
5. S. Merki-Feld, C. Caetano, T. C. Porz & J. Bitzer (2018) Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23:3, 183-193.
6. World Health Organization. Safe and unsafe induced abortion. Global and regional levels in 2008 and trends during 1995–2008. Information Sheet. 2012.
7. Thiery M. Pioneers of the intrauterine device. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1997 Mar;2(1):15-23
8. Christin-Maitre S History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013 Feb; 27 (1):3-12
9. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:115.
10. II encuesta de salud sexual y salud reproductiva. Ministerio de Salud Costa Rica 2015
11. Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva. Ministerio de Salud, Panamá 2014-2015.
12. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala enero 2017.
13. Encuesta Nacional de Salud de indicadores múltiples por Conglomerados. El Salvador, 2014.
14. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011-12. Instituto Nacional de Información de Desarrollo, Ministerio de salud. Nicaragua, 2013
15. Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012. Instituto Nacional de Estadística Gobierno de Honduras
16. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta Edición. 2015
17. Long-acting reversible contraception, The effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. Guías NICE. Octubre 2005. RCOG Press
18. Winner B et al. Effectiveness of long acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012; 366(21): 1998-2007.
19. Morera Flory & Escobar D. ¿Cuál es el impacto de la falla de cumplimiento del método anticonceptivo en el total de los embarazos no planificados en dos países latinoamericanos? *REVCOG* 2017; 22:(4):84-86

Tabla 1 Prevalencia de Métodos anticonceptivos en Centroamérica 2011-2015

Tipos anticonceptivos	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
	2014-2015	2011-2012	2014	2011-2012	2015	2014-2015
Modernos Total	48.9	67.0	65,2	76.6	75.2	59.2
Píldora	3.3	12.0	4.0	11.5	22.7	10.7
DIU	1.5	7.0	0.8	3.5	3.2	4.5
Inyecciones	16.6	18.0	22.4	26	9.2	12.9
Implante	1.9					0.1
Emergencia	0.0				0.3	
Condón masculino	3.8	4.0	4.6	5.4	9.2	3.0
Condón femenino	0.2					0
Esterilización femenina	21.0	22.0	33.1	29.8	25.5	27,8
Esterilización masculina	0.6	4.0	0.3	0.4	5.1	0.2
Métodos tradicionales	11.7	10	6.3	3.0	2.0	2.8
Ritmo	5.9		3.7	1.4	1.2	1.5
Retiro	5.8	9.0	2.6	1.6	0.6	1.3
Billings					0.2	
Otros	0.1	1.0	1.0	3.1	1,9	3.2
No usan	39.3	23.0	27.5	20.4	21.1	34.8

Comité de ética: no aplica a esta publicación

Conflicto de Interés: Dra. Josefina Lira y Dra. Flory Morera no tienen conflictos de interés. Dr. David Escobar es Asesor médico Externo de Bayer Chile. No se recibió financiamiento para la elaboración de esta publicación.

Datos del mundo real sobre eventos relacionados con el uso de Nexplanon®: Resultados finales del estudio NORA (Nexplanon Observational Risk Assessment Study)

Real world data on Nexplanon® procedure-related events: final results from the Nexplanon Observational Risk Assessment study (NORA)

AUTOR:
Suzanne Reed, Thai Do Minh, Jens A. Lange, Carol Koro, Michelle Fox, Klaas Heinemann.

Contraception. 2019 Jul;100(1):31-36.

Traducción y comentarios:

Dra. Fabiana Taul



Médica Tocoginecóloga, instructora de residentes del Hospital Bernardino Rivadavia

Resumen

Objetivo: El estudio NORA se realizó para caracterizar la frecuencia de los eventos adversos asociados a la inserción, localización y extracción del Nexplanon® (implante anticonceptivo radiopaco de etonogestrel) y sus consecuencias clínicamente significativas que surgen durante la práctica clínica entre usuarias de los Estados Unidos.

Diseño del estudio: El estudio NORA fue un amplio estudio de cohorte prospectivo, realizado en los Estados Unidos. Un total de 428 profesionales de la salud (PS) que realizaron el programa de capacitación clínica de Nexplanon®, reclutaron a las usuarias a quienes se les prescribió Nexplanon® recientemente. Nosotros colectamos datos sobre eventos relacionados con la inserción, localización y extracción experimentados durante la práctica clínica habitual a través de cuestionarios completados por pacientes y profesionales sanitarios. El reclutamiento comenzó en diciembre de 2011 y el seguimiento terminó en octubre de 2017. El análisis de datos se caracterizó por evaluar la frecuencia de los eventos relacionados con el procedimiento.

Resultados: Se han recopilado datos sobre 7364 procedimientos de colocación de Nexplanon®. La incidencia de colocación incorrecta (es decir, no colocación inicialmente desconocida, colocación parcial o colocación profunda) fue de 12.6 por 1000 colocaciones (IC 95%, 10.2-15.5). Dolor punzante y entumecimiento en el brazo, mano o dedos fue el evento más común reportado por las pacientes. Obtuvimos también 5159 datos sobre los procedimientos de extracción, de los cuales todos fueron exitosos, salvo uno (debido a la ubicación del implante en tejido muscular profundo). No se localizaron implantes fuera del brazo. El desafío más común reportado por los profesionales de la salud durante la extracción del implante fue el encapsulamiento del implante dentro de tejido fibrótico.

Conclusión: Los eventos asociados con la inserción, localización y extracción del implante anticonceptivo Nexplanon® fueron raros y sus consecuencias clínicas generalmente no sugirieron lesiones graves. Este estudio es la evaluación prospectiva más grande de eventos asociados con la

inserción y extracción de Nexplanon® durante la práctica clínica habitual. Demuestra que las complicaciones asociadas con la inserción y extracción de Nexplanon® son raras cuando son realizadas por médicos capacitados.

Introducción

Nexplanon®, en otros países también conocido como Implanon-NXT®, es un implante radiopaco de etonogestrel subdérmico que proporciona anticoncepción durante 3 años. Difiere del comercializado originalmente (Implanon®) por la adición de sulfato de bario y un nuevo diseño de aplicador. Estos cambios son para ayudar a la localización del implante haciéndolo radiopaco (es decir, visible a través de rayos X y Tomografía computarizada (TC)) y para facilitar la correcta inserción con una mano. La colocación incorrecta (es decir, demasiado profunda o en la ubicación incorrecta) del implante puede provocar síntomas de lesión neurovascular. En casos muy raros, la inserción intravascular puede causar la migración del implante a la arteria pulmonar. Sin embargo, los datos sobre la incidencia de los eventos relacionados con la inserción y la extracción o sus factores de riesgo asociados son escasos.

En este gran estudio posterior a la aprobación de la FDA, medimos la aparición de eventos adversos asociados a la colocación y a su extracción. También se evaluaron factores que pueden afectar o predisponer a estos tipos de eventos, como el IMC, el uso repetido o consecutivo y la experiencia del profesional de la salud (PS).

Materiales y métodos

El objetivo principal del estudio **Nexplanon Observational Risk Assessment (NORA)** fue caracterizar la frecuencia de eventos relacionados con la colocación, localización y extracción, y sus consecuencias clínicamente significativas entre las usuarias de Nexplanon® en los EE. UU. Estos eventos incluyen:

- Colocación incorrecta (ausencia de inserción no reconocida, es decir, se pensó que había sido colocado, pero meses después se confirmó su ausencia por etonogestrel sérico indetectable; la colocación parcial y la colocación profunda),
- La imposibilidad de palpación del implante en la colocación y extracción,
- La localización de implantes no palpables y las extracciones difíciles.

También se evalúa las consecuencias significativas de estos eventos, que incluyen:

- Embarazo debido a ausencia de inserción no reconocida.
- Lesión nerviosa o vascular.
- Hospitalización y / o cirugía para localización y / o extracción.

El reclutamiento comenzó en diciembre de 2011 y el seguimiento terminó en octubre de 2017. En este gran estudio de cohorte prospectivo, las mujeres fueron seguidas desde el día de la inserción de Nexplanon® hasta 6 meses después de la extracción. Dentro de estas se incluyeron usuarias nuevas y usuarias repetidas o consecutivas de este o de cualquier implante. A las usuarias consecutivas se les retiró el anterior implante inmediatamente antes de la inserción del implante del estudio.

Participaron profesionales de la salud que completaron la capacitación patrocinada por Nexplanon® (consta de conferencias, videos y una simulación práctica). Los profesionales

reclutaron pacientes durante la práctica de rutina. Los PS y sus pacientes completaron un cuestionario de referencia inmediatamente después de la inserción. Los autores siguieron a los participantes cada 6 meses y hasta 6 meses después de la extracción del implante (independientemente de cuándo se retiró) o 42 meses después de la inserción si el implante todavía estaba in situ a los 36 meses. Utilizaron cuestionarios a los participantes para recopilar información significativa sobre eventos adversos graves (incluidos embarazos y síntomas relacionados con posibles lesiones neurovasculares), salud general y procedimientos de localización y / o extracción. Clasificamos la experiencia de los profesionales como <5 Inserciones de Nexplanon® o ≥5 inserciones de Nexplanon® en el momento del procedimiento de inserción del paciente.

Resultados

Un total de 428 profesionales sanitarios reclutaron a 7364 pacientes entre diciembre de 2011 y marzo de 2014. Ginecólogos (n = 3360; 45,6%), enfermeras (n = 3351; 45,5%), médicos generales (n = 336; 4,6%), asistentes médicos (n = 300; 4,1%) y asistentes de enfermeras (n = 17; 0,2%) realizaron las colocaciones. Los análisis se basan en las inserciones de Nexplanon® en 7364 mujeres. Eran usuarias nuevas 6468 y usuarias repetidas o consecutivas 896 (87,8% y 12,2% de los participantes, respectivamente). Los autores obtuvieron información de las extracciones de 5159 participantes (70,1%). Otras interrumpieron su participación (897; 12,2%), o continuaban con el implante colocado al final del estudio, utilizándolo más de 36 meses (390; 5,3%). Se perdió el seguimiento de 918 participantes (12,5%).

Después de 7364 inserciones, se informaron 208 eventos relacionadas con la colocación en 189 pacientes. **Hubo 93 colocaciones incorrectas (12,6 por 1000 colocaciones) que incluyeron 65 colocaciones profundas (8.8 por 1000 colocaciones), 27 colocaciones parciales (3.7 por 1000 colocaciones) y 1 (inicialmente) falla en la colocación no reconocida (0.1 por 1000 colocaciones).** No hubo diferencias significativas según la experiencia previa del personal. En este estudio, definieron la inserción profunda incluyendo implantes no palpables después de la colocación, implantes dentro de músculo o adyacente a la fascia profunda del músculo y lesión a un nervio o vaso sanguíneo durante la colocación. **No hubo diferencias significativas en las colocaciones profundas en cuanto a edad, IMC y estado de usuaria (nueva o repetida)**

Inmediatamente después de la colocación, se informaron 54 eventos en el brazo que contiene el implante. Las pacientes informaron dolor punzante, entumecimiento en el brazo, mano, dedos (2.3 por 1000 inserciones) y este evento fue estadísticamente significativamente más probable entre usuarias repetidas o consecutivas (10.0 por 1000 inserciones) que en usuarias nuevas (1.2 por 1000 inserciones). Las pacientes cuyo implante fue insertado por un profesional de la salud menos experimentado fueron significativamente más propensas a informar dolor intenso (6,1 por 1000 inserciones) en comparación a los colocados por los más experimentados (0.6 por 1000 inserciones).

Fueron informados un total de 646 eventos significativos en el brazo que contiene el implante durante el seguimiento. Durante el seguimiento, las pacientes informaron con mayor frecuencia cosquilleo, hormigueo o entumecimiento en el brazo, mano y dedos (23.8 por 1000 inserciones). Las usuarias nuevas tenían más probabilidades de informar dolor intenso en el brazo del implante (25.4 por 1000 inserciones) durante seguimiento que las usuarias repetidas o consecutivas (12.3 por 1000 inserciones).

Obtuvimos información sobre 5159 extracciones. En el único intento fallido de extracción, el PS informó que el implante era palpable pero ubicado dentro del músculo profundo y sin poder extraerse con anestesia local en la clínica.

Durante el total de extracciones, 18 implantes (0,4% de las pacientes) no fueron palpables.

De estos, 11 fueron localizados y retirados, uno fue localizado y dejado in situ, y 6 no fueron localizados ni retirados en el último seguimiento. En uno de estos casos, la paciente presentó un embarazo 30 meses después de la colocación. No se detectó etonogestrel sérico, indicando la ausencia de implante.

El personal de salud informó 73 eventos desafiantes durante 60 extracciones (13.7 por 1000). El más frecuente fue el encapsulado dentro del tejido fibrótico (6.6 por 1000). Fue dos veces más frecuente en las mujeres que repetían el método (14.2 por 1000) en comparación al grupo de primer uso (5.7 por 1000). En 11 casos se informó que fue dificultoso debido a que el implante se encontraba profundamente (2.3 por 1000). Si bien se informó la migración local de implantes en 48 casos (1.1%), solo en 6 de estos casos se dificultó su retiro.

Seis meses o más después de la extracción del implante, recolectamos datos posteriores al retiro de 3447 mujeres (47% de los participantes), de las cuales 42 (12.2 por 1000 cuestionarios recibidos) informaron haber visitado un médico por eventos localizados en el brazo donde tenía el implante. La sensación de hormigueo/cosquilleo/adormecimiento en el brazo, mano y dedos fue más frecuente, con una incidencia de 7.0 por 1000, seguido de dolor severo (3.2 por 1000) y fuerza o movimiento alterado (2.3 por 1000 cuestionarios).

Discusión

Según los autores, los eventos clínicamente significativos asociados con la colocación, localización, y la extracción de Nexplanon® fueron raros y generalmente no sugieren lesiones graves. Excepto por un informe de dolor postoperatorio a lo largo de la vía nerviosa del cubital después de la extracción de un implante profundamente insertado, no hubo informes de lesión nerviosa. Salvo por un hematoma a lo largo de la vía de colocación, no se informaron complicaciones vasculares. Las tasas más altas de parestesia reportadas en usuarias repetidas después de la colocación, podrían deberse a una extracción y colocación simultánea del implante que requiere más manipulación de tejido y anestésico que la colocación sola. Esto puede provocar un aumento de la irritación en el sitio de inserción.

Un estudio anterior informó la migración del implante de hasta 2 cm (cm) en el 54% de los implantes al año (n = 87). Ningún implante en este estudio se localizó más allá del brazo y ninguno fue localizado en una ubicación intravascular dentro del brazo.

A pesar de su gran tamaño, este estudio no fue desarrollado para detectar eventos que ocurren en menos de 1 de cada 1000. Los informes de casos publicados demuestran el potencial para lesión neurovascular y migración de la arteria pulmonar de implantes anticonceptivos. Sin embargo, estos eventos son extremadamente raros.

A pesar de las limitaciones de la investigación observacional, este estudio se benefició de una metodología que optimizó la validez y la generalización de sus hallazgos. Demuestra el uso seguro de los implantes de etonogestrel colocados por una variedad de profesionales de la salud. Hasta donde sabemos, este estudio es la cohorte más grande que involucra Nexplanon y muestra que las complicaciones clínicamente significativas asociadas con la colocación y extracción son raras.

Comentarios

El embarazo no planificado continúa siendo un problema importante para la salud pública mundial aún cuando existen formas seguras, eficaces y accesibles de planificación familiar.

El implante de etonogestrel es una buena opción al ser un método de larga duración. En nuestro país es gratuito en hospitales y centros de salud para adolescentes y jóvenes hasta 24 años. También es gratuito en determinadas situaciones de salud en las que el uso de otros métodos no es recomendable.

En el trabajo presentado fueron evaluados los distintos eventos asociados a su colocación y extracción. En este se han incluido un número considerable de usuarias y se ha tenido en cuenta varios factores y parámetros a considerar.

Se notaron algunas diferencias dependiendo la experiencia del personal de salud en cuanto a los eventos producidos de la colocación como el dolor intenso. Pero no hubo diferencias en cuanto a colocaciones erróneas, como la profundización o la lesión nerviosa o vascular.

También se pudo diferenciar entre las usuarias que elegían este método por primera vez como aquellas que lo reutilizaban. En las primeras fueron informados más dolores o parestesias durante el uso, en el segundo grupo fueron menores los datos sobre dolores o parestesias, pero hubo un incremento de eventos durante la colocación asociado al tejido fibrótico y la extracción con la consecuente inserción en simultáneo. No hubo reportes significantes en cuanto a diferencia en la edad o en el IMC.

De todas formas, se concluye que este tipo de eventos son pocos frecuentes y su aparición puede considerarse una rareza.

Como se ha dicho previamente, en nuestro país, la cobertura gratuita para mujeres adolescentes y menores de 24 años nos impulsa a replantearnos la búsqueda bibliográfica del uso de implantes con etonogestrel en adolescentes. De hecho la edad media de las usuarias en este estudio fue de 23,2 años, habiendo poca bibliografía sobre implantes en adolescentes.

Recomendaciones clínicas de la Sociedad de Planificación Familiar: consejería anticonceptiva para personas trans y con género diverso asignadas con sexo femenino al nacer

Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth

AUTOR:

Adam Bonnington, Shokoufeh Dianat, Jennifer Kerns, Jen Hastings, Mitzi Hawkins, Gene De Haan, Juno Obedin-Maliver.

Contraception 2020 Aug;102(2):70-82. doi:
10.1016/j.contraception.2020.04.001

Traducción y comentarios:

Dra. María Zabalza



Tocoginecóloga. Médica asociada, Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción

Los profesionales que trabajan en salud reproductiva deben brindar consejería sobre planificación familiar a todas las personas independientemente de su identidad de género. El término *transgénero* hace referencia a las personas cuya identidad de género difiere de su sexo asignado al nacer. El término *cisgénero* hace referencia a las personas cuya identidad de género es congruente con su sexo asignado al nacer. Las personas *no binarias* o *genderqueer* incluyen a aquellas que se identifican con un género distinto al de varón o mujer, con más de un género o con ningún género. En las siguientes recomendaciones se discutirá el abordaje de la consejería en anticoncepción para personas transgénero y de género diverso (TGD) asignadas como mujeres al nacer.

La identidad de género y la orientación sexual son variables independientes. Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente. La orientación sexual refiere al sexo o género de la persona por la que un individuo se siente romántica o sexualmente atraído (asexual, bisexual, gay/lesbiana, pansexual, queer, heterosexual u otra). Esta gran diversidad conlleva a una inmensa variedad de interacciones sexuales posibles entre personas de distintas orientaciones sexuales, identidades de género y órganos reproductivos.

Existen pocos estudios que evalúan la salud reproductiva en personas TGD y son menos aún los que abordan esta temática en identidades no binarias. Algunas personas TGD realizan tratamientos hormonales cruzados o tratamientos quirúrgicos para reafirmar sus cuerpos respecto de su identidad de género autopercebida, mientras que otros no. Dado que muchos mantienen sus órganos reproductivos persiste la posibilidad de embarazo y por ende la necesidad de consejería en anticoncepción. Es importante tener en cuenta que muchos individuos trans desean embarazarse en algún momento de sus vidas y que estas gestaciones plantean desafíos particulares (considerar el posible efecto teratogénico de la testosterona, los conflictos entre la

identidad/expresión de género de la persona gestante y la percepción social de lo considerado apropiado para “hombres” y “mujeres”, etc). En contrapartida, algunas personas trans que mantienen relaciones sexuales por las que podrían lograr un embarazo no desean concebir. El deseo de evitar un embarazo no se correlaciona siempre con el uso de un método anticonceptivo (MAC). Las personas TGD pueden usar de manera inconsistente un MAC por los mismos motivos que las personas cis (preocupación por efectos adversos, falta de información o dificultad en el acceso a la salud) y por factores adicionales como la falta de entrenamiento o desinterés de los profesionales de la salud para discutir sobre deseos reproductivos con esta población.

Respecto a la consejería, la estrategia de toma de decisiones conjuntas se asoció con mayor satisfacción con el MAC elegido comparado con otras estrategias. El enfoque centrado en el paciente requiere del uso de lenguaje y terminologías inclusivas al referirse a partes del cuerpo, procesos y procedimientos. Esto puede incluir el uso de términos alternativos para algunas partes del cuerpo como por ejemplo referirse a la vulva/vagina como orificio genital anterior y canal interno, hablar de examen torácico en vez de examen mamario o referirse a los órganos internos en vez de útero y ovarios. Una alternativa centrada en el paciente para identificar las necesidades anticonceptivas particulares de cada persona sería preguntar: ¿Te gustaría tener hijos en algún momento? ¿Cuándo crees que querrías tenerlos? ¿Cuán importante es para vos evitar un embarazo? Estas preguntas pueden usarse por igual con personas de cualquier identidad u orientación y guían la consejería.

Los profesionales deben explorar las preferencias y prioridades de los pacientes respecto a las características de los diferentes MAC. Algunos tendrán mayor incomodidad con el examen ginecológico y optarán por métodos que no lo requieran para su colocación. Algunos, debido a experiencias pasadas de discriminación sufridas en el sistema de salud, optan por métodos que impliquen menos visitas médicas. Otros pueden no sentirse cómodos con la colocación de productos en la vagina y elegirán otras opciones.

Existe poca evidencia sobre los patrones de uso, seguridad y eficacia de los métodos anticonceptivos en esta población. Fuentes importantes como los criterios de elegibilidad del CDC no proveen especificaciones sobre uso de anticonceptivos en personas TGD y menos aún en quienes realizan tratamiento hormonal cruzado (THC) con testosterona.

Según los autores del artículo no hay evidencia disponible respecto a las interacciones farmacológicas entre la testosterona y la anticoncepción hormonal. Esto obliga a los profesionales a extrapolar lo que se sabe de la testosterona y de los MAC separadamente para tomar decisiones sobre como las interacciones podrían afectar a los pacientes (evidencia grado 2C).

Efectos del tratamiento hormonal con testosterona

La testosterona puede administrarse vía oral, parenteral (subcutánea o intramuscular), transdérmica (parche, gel o crema) o como pellets subcutáneos. El objetivo del tratamiento es alcanzar el grado de masculinización de caracteres sexuales secundarios deseado y la supresión o minimización de los caracteres femeninos. Los efectos irreversibles que se consiguen con este tratamiento incluyen agrandamiento de la “nuez de Adán”, engrosamiento de cuerdas vocales con agravamiento de la voz, alopecia androgénica y crecimiento del vello corporal e hipertrofia de clítoris. Dentro de los cambios reversibles destacan el cese de las menstruaciones, aumento de masa muscular, redistribución de grasa corporal y aumento de peso, acné, aumento de libido y atrofia urogenital. Algunas personas TGD, especialmente quienes se identifican como no binarias, usan testosterona en bajas dosis o por períodos de tiempo más cortos. La experiencia actual y los trabajos de investigación a largo plazo que se están llevando a cabo sugieren que la

THC con testosterona no implica efectos adversos significativos. Aun así, las guías recomiendan monitorear a los pacientes para apnea del sueño, hipertensión arterial, aumento excesivo de peso, dislipemia (descenso de HDL, aumento de LDL y triglicéridos). Este tratamiento no tendría impacto en la densidad mineral ósea ni afectaría el riesgo basal de cáncer de mama o ginecológico. Es por esto que los estudios de tamizaje deben realizarse basándose en los órganos sexuales (tamizaje de cáncer cervical en pacientes con cuello uterino, etc.).

La testosterona exógena no parecería afectar el riesgo de tromboembolismo en varones cis y, si bien aún fue poco estudiado, tampoco se asoció a mayor riesgo cardiovascular o trombótico en varones trans. Los riesgos del tratamiento con testosterona se asociaron principalmente a uso excesivo y niveles supratrapéuticos (la poliglobulia con hematocrito >50% es uno de los efectos adversos más frecuentes observados con niveles elevados de testosterona). A rasgos generales se cree que los beneficios psicológicos del tratamiento con testosterona superan al riesgo de efectos adversos (relativamente infrecuentes).

Respecto al THC con testosterona y la prevención de embarazo, se han reportado casos de embarazo en varones trans en amenorrea/oligoamenorrea por tratamiento reciente con testosterona. Este tratamiento logra el cese de las menstruaciones en 1 a 6 meses, posiblemente como resultado de la inhibición parcial o total de la ovulación y por atrofia endometrial (produce disminución de niveles de estrógenos, globulina transportadora de esteroides sexuales (SHBG), LH, FSH y prolactina). La testosterona también podría inhibir la ovulación por supresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, aunque la evidencia es inconsistente. A nivel endometrial, sus efectos son variables provocando atrofia en algunos pacientes y proliferación endometrial en otros. El patrón de sangrado bajo tratamiento con testosterona no se correlaciona necesariamente con la posibilidad de ovulación y potencial riesgo de embarazo, por lo tanto, **la testosterona no debe ser considerado como un MAC confiable** (Grado 1B).

Se desconoce si la eficacia de los MAC hormonales y no hormonales se altera con el tratamiento con testosterona (ya que no existen hasta el momento estudios sistemáticos en esta población). Existe la posibilidad de que la eficacia sea mayor con el uso combinado con testosterona comparado con su efecto en mujeres cis que no reciben THC, pero aún se necesitan más estudios.

Métodos anticonceptivos hormonales solo de progesterona en personas TGD

Los anticonceptivos hormonales de progesterona sola pueden causar amenorrea secundaria. La progesterona puede utilizarse para controlar los sangrados y dismenorrea en personas en tratamiento con testosterona (Grado 1B) y para inducir más rápido la amenorrea hasta que se consiga este efecto con la testosterona. Se desconoce la magnitud de la interacción entre los progestágenos y la THC sobre su efecto masculinizante. Los progestágenos más androgénicos posiblemente se asocien en mayor medida con efectos adversos como acné o sequedad de piel. Tampoco se conoce el impacto combinado de ambos tratamientos en el perfil lipídico.

Se detallan algunas cuestiones particulares a tener en cuenta respecto a estos métodos en esta población en particular:

Implante subdérmico: Si bien requiere una consulta médica para su colocación, no se necesita de examen genital para la misma. Los sangrados irregulares son el efecto adverso más frecuente con su uso en mujeres cis, pero la experiencia clínica actual sugiere que dichos sangrados son menos frecuentes en pacientes amenorreicos en tratamiento con testosterona. A su vez, la experiencia clínica sugiere que el implante tiene un efecto sinérgico con la testosterona para alcanzar la amenorrea si se inician de manera simultánea.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel: Requiere visita médica y especuloscopia para su colocación lo que podría generar incomodidad. El tratamiento a largo plazo con testosterona puede generar atrofia vaginal; para mejor confort del paciente se puede indicar tratamiento local con estrógenos durante las dos semanas previas a la colocación. También puede ofrecerse que el paciente se coloque el mismo especulo. La colocación del DIU puede generar cólicos y sangrados similares a los menstruales que pueden incomodar a los pacientes; podrían indicarse antiinflamatorios no esteroideos para minimizar ambos síntomas. El sangrado irregular luego de la colocación es menos frecuente si el paciente ya se encuentra en amenorrea por la testosterona. Puede ayudar a generar amenorrea al inicio de la terapia con testosterona

Acetato de medroxiprogesterona: no requiere examen genital para su inicio ni uso. Puede colaborar con la inducción de amenorrea por acción de la testosterona, posiblemente más rápido que con otros métodos de progesterona sola. Puede producir aumento de peso; evitar este método en pacientes que presenten aumento de peso por el uso de testosterona. Puede producir cambios mínimos en el perfil lipídico por lo que se sugiere monitorear los niveles séricos de lípidos en pacientes que presentan cambios debido al uso de testosterona.

Pastillas solo de progesterona: presenta menor probabilidad de generar amenorrea que otros MACs solo de progesterona. La drospirenona tiene efecto antiandrogénico que podría interferir con el efecto de la testosterona. La toma diaria de una píldora anticonceptiva puede resultar estresante para algunos pacientes por su fuerte asociación con una "conducta femenina". Sin embargo, la rutina del uso diario de la testosterona por vía tópica facilita la adherencia a la toma diaria de la píldora.

Anticoncepción hormonal de emergencia: es poco probable que el levonorgestrel utilizado como anticoncepción de emergencia interfiera con la terapia con testosterona y viceversa.

Métodos anticonceptivos hormonales combinados en personas TGD

En mujeres cis, el principal beneficio del agregado de estrógenos a los anticonceptivos es el mejor control del sangrado. La experiencia clínica actual sugiere que el uso continuo de testosterona logra una adecuada amenorrea con pocas probabilidades de presentar sangrado por lo cual el agregado de estrógenos no sería necesario.

Por otro lado, existe preocupación por parte de las personas TGD respecto a la posibilidad de que estos productos interfieran con el tratamiento con testosterona. En mujeres cis el estradiol aumenta la síntesis hepática de SHBG, lo que disminuye los niveles de testosterona libre. Se desconoce si este efecto también se produce en personas tratadas con testosterona por lo cual podría existir interferencia entre ambos tratamientos. Se han descrito reportes de desarrollo glandular mamario en personas TGD que recibieron tratamientos con estrógenos, aún incluso después de la cirugía torácica.

El uso de anticonceptivos hormonales combinados aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso. Se desconoce este riesgo en personas bajo tratamiento con testosterona. Dada la falta de información respecto a los riesgos, beneficios y efectos adversos de la combinación de testosterona y anticonceptivos con estrógenos es razonable considerar otras opciones y evitar esta salvo que exista algún beneficio o preferencia personal muy marcada para un paciente en particular. En caso de que el paciente elija una opción con estrógeno podrían considerarse aquellos con baja dosis para reducir los efectos adversos, aunque no existe evidencia que sustente dicha recomendación.

Se detallan algunas cuestiones particulares a tener en cuenta respecto a estos métodos en esta población en particular:

Anticonceptivos orales combinados: Los progestágenos con efecto más androgénico (levonergestrel, noretindrona, gestodeno) pueden resultar más atractivos para algunos pacientes. La toma diaria de una píldora anticonceptiva puede resultar estresante para algunos pacientes por su fuerte asociación con una “conducta femenina”. La rutina del uso diario de la testosterona por vía tópica facilita la adherencia a la toma diaria de la píldora. Se podría considerar el rango extendido (salteando el intervalo libre de hormonas de los placebos) para evitar el sangrado en pacientes que se encuentran en amenorrea por la testosterona. Es importante recordar que pueden causar crecimiento de tejido glandular mamario aun luego de la cirugía de masculinización de tórax.

Parche: En pacientes que utilizan testosterona inyectable de manera semanal esta rutina facilita la adherencia al parche. Al igual que con la vía oral pueden causar crecimiento de tejido glandular mamario.

Anillo vaginal: El paciente debe sentirse cómodo con la colocación y extracción del anillo de la vagina. Puede presentar como efecto adverso humedad vaginal y leucorrea. Al igual que la vía oral y transdérmica puede causar crecimiento de tejido mamario.

Si bien queda claro que se necesita más información, los anticonceptivos hormonales podrían ser usados en personas TGD, incluso bajo tratamiento con testosterona considerando las contraindicaciones médicas aceptadas en mujeres cis (Grado 1C).

Métodos anticonceptivos no hormonales en personas TGD

Todos los MACs no hormonales pueden ser usados por personas TGD incluyendo aquellas que recibieron o reciben tratamiento con testosterona (Grado 1C). Se detallan algunas cuestiones particulares a tener en cuenta respecto a estos métodos en esta población en particular:

DIU de cobre: Ver mismas recomendaciones de SIU respecto a necesidad de especuloscopia, molestias por atrofia genital, cólicos y sangrado post colocación. Según algunos reportes aislados si el paciente recibe testosterona y se encuentra en amenorrea es poco probable que presente sangrados más allá del spotting inicial post colocación. Por último, si bien la testosterona genera atrofia endometrial, no hay evidencia de que se produzcan cambios a nivel del miometrio por lo que no existiría mayor riesgo de perforación uterina con este tratamiento.

Diafragma: Si bien existen nuevas opciones de diafragma de talla universal las marcas tradicionales requieren una consulta médica y examen pélvico para definir talla (tener en cuenta que algunos pacientes pueden tener partos previos). El paciente debe estar cómodo con la colocación vaginal del diafragma y el gel espermicida. En pacientes con atrofia vaginal los estrógenos locales pueden minimizar el disconfort de la colocación y extracción del diafragma. Es importante informar a los pacientes que el uso de nonoxynol 9 como espermicida tiene efectos deletéreos sobre los lactobacilos y que puede afectar la barrera epitelial de vagina y recto y provocar ulceraciones.

Preservativo externo: (conocido como preservativo “masculino”) requiere cooperación de la/las pareja/s sexuales. Se debe alentar su uso combinado con otro MAC para aumentar la eficacia anticonceptiva. Los pacientes con atrofia genital pueden requerir estrógenos locales si el preservativo genera irritación. En caso de usar lubricante recordar que deben ser en base acuosa, no oleosa.

Preservativo interno: (conocido como preservativo “femenino”). El paciente debe estar cómodo con la colocación y extracción del preservativo de la vagina. Son más difíciles de conseguir que los preservativos externos. Los que son libres de látex no se afectan con los lubricantes o formulaciones de estrógenos en base oleosa.

Espanja: (esponja de poliuretano más nonoxynol 9). Puede resultar incómodo la colocación y extracción de la vagina. No requiere examen pélvico previo a su utilización. En caso de que se rompa el paciente debe ser evaluado por un médico para asegurarse de que todos los fragmentos hayan sido extraídos de la vagina. Ver recomendación previa respecto al uso del nonoxynol 9.

Basado en el conocimiento de la fertilidad: La mayoría de estos métodos incluyen el registro mensual de los sangrados por lo que se vuelven aún menos confiables en personas con irregularidades menstruales o amenorrea como podría suceder bajo tratamiento con testosterona.

Espermicidas: (nonoxynol 9) no se recomienda su uso en pacientes con vaginosis bacteriana recurrente. Puede aumentar el riesgo de infección por HIV, particularmente en pacientes con conductas sexuales de riesgo. Ver recomendación previa respecto al uso del nonoxynol 9.

Anticoncepción quirúrgica en personas TGD

Los posibles procedimientos incluidos son: ligadura tubaria, salpingectomía bilateral, histerectomía y ooforectomía bilateral. Se puede considerar realizar el procedimiento junto con otra cirugía, por ejemplo, la de masculinización del tórax. Asegurarse que todos los integrantes del equipo quirúrgico se dirijan al paciente con el nombre y pronombre adecuado. La histerectomía y ooforectomía, con la única indicación de anticoncepción, no son opciones consideradas apropiadas en mujeres cis pero en personas TGD estos procedimientos pueden ser considerados como parte del tratamiento de reafirmación de género.

Estrategias para crear un espacio amigable de atención para personas TGD

Un gran porcentaje de la población trans evita las consultas médicas debido al miedo a ser maltratado o por haber presentado experiencias previas negativas al concurrir a los efectores de salud. Los centros de salud deben brindar atención con una perspectiva inclusiva. Para ello se recomienda que:

- Tanto la identidad de género y el sexo asignado al nacer estén registrados en las historias clínicas y fácilmente visibles para los profesionales.
- Utilizar múltiples opciones de género al empadronar pacientes (evitar que las opciones estén restringidas al binario hombre/mujer y ampliar las opciones agregando no binario, mujer trans, varón trans, otro y solicitar que especifiquen su elección)
- Preguntar a todos los pacientes con que pronombre y nombre desea ser llamado.
- Rotular los baños para todos los géneros y, si es posible, especificar cuales tiene mingitorio y cuales no
- Exhibir cartelería y folletos sobre salud trans y diversidad de género en espacios públicos
- Establecer políticas de no discriminación por identidad y expresión de género
- Reconocer cuando se cometen errores en el lenguaje usado, disculparse y evitar repetir el mismo error
- Respecto al examen genital: contemplar el disconfort que pueden experimentar estas personas, informar durante la consejería que MACs lo requieren para su colocación, tratar

previamente con estrógenos locales, explicar en qué consiste el examen, los pasos e instrumental utilizado, permitir que los pacientes se coloquen el espéculo y utilicen lubricante o lidocaína, etc

Comentario final

En el año 2012 se sancionó en la Argentina la Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género. Esta ley supone el abandono de un paradigma patologizador de ciertas identidades y/o expresiones de género y permite avanzar hacia una atención en salud centrada en la perspectiva de derechos y en las necesidades singulares de cada persona.

La ley de identidad de género garantiza que cada persona pueda decidir, desarrollar y expresar libremente su identidad de género de acuerdo con su autopercepción, sin obligación de someterse a diagnósticos médicos, psicológicos y/o psiquiátricos, ni supeditarse a instancias judiciales o a procedimientos de modificación corporal.

Esta ley plantea nuevos desafíos para los equipos de salud debido al surgimiento de demandas de atención sobre temáticas o situaciones hasta el momento invisibilizadas.

Por otro lado, los derechos reproductivos garantizan la posibilidad de decidir en forma autónoma si tener o no hijos, cuándo tenerlos, cuántos tener y con quién. Estos derechos son inherentes a todas las personas sin distinción de edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género o religión.

La atención en salud, y en particular la consejería anticonceptiva, debe ser individualizada ya que las necesidades de una persona pueden diferir ampliamente de las de otra. El rol de quienes integran los equipos de salud es el de otorgar información apropiada que posibilite la toma de decisiones de forma autónoma, consciente e informada, en un marco de respeto, intimidad y confidencialidad.

Debido a la falta de estudios y la escasa experiencia disponible sobre anticoncepción en personas trans los profesionales de la salud ven limitada la posibilidad de proveer información basada en la evidencia. Se debe poner el énfasis en la toma de decisiones compartida teniendo en cuenta la información disponible y las preferencias de cada persona en particular.