

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 17, N°2 (2021)

Autoridades

Comisión Directiva AMAdA 2019 – 2021:

Presidente:

Dra. Silvina Pradier

Vicepresidente:

Dra. Lía Arribas

Secretaria:

Dra. María Elisa Moltoni

Tesorera:

Dra. Lorena Bozza

Vocales Titulares:

- Dra. Analía Tablado
- Dra. Marisa Labovsky
- Dra. Mónica Heredia
- Dra. María Susana Moggia
- Dra. María Laura Lovisolo
- Dra. Patricia Riopedre
- Dra. Laura Ricover
- Dra. María de los Ángeles Capresi
- Dra. Claudia Diez Beltrán
- Dra. María Eugenia Escobar

Comisión Revisora de cuentas:

Titular: Dra. Mariela Orti

Suplentes: Dra. Alicia Lázaro

Comisión Científica:

- Dra. Gabriela Kosoy
- Dra. Silvia Ciarmatori
- Dra. Silvia Bonsergent
- Dra. Lucía Katabian
- Dra. Carlota López Kaufman
- Dra. Silvia Oizerovich
- Dra. Eugenia Trumper
- Dra. Inés De La Parra
- Dr. Julio Seoane
- Dra. Sandra Vázquez
- Dra. Graciela Ortiz
- Dra. Viviana Cramer
- Dra. Gabriela Perrotta
- Dra. Hilda Santos
- Dra. Ana Tropp

Vocal Suplentes: Dra. María Alejandra Martínez

Revista AMAdA - Comité Editorial 2019 – 2021

Coordinadora:

Dra. Lía Arribas

Directoras:

Dra. María Elisa Moltoni

Dra. María Laura Lovisolo

Colaboradoras:

Dra. María Daniela Faranna

Dra. Paola Da Graca

Dra. Alejandra Boixadera

Colaboradoras de Revista Comité,

Página Web y Redes Sociales:

Dra. Lucila Othatz

Dra. Josefina Girotto

Revista AMAdA - Comité Editorial 2022 – 2023

Coordinadora:

Dra. María Elisa Moltoni

Directoras:

Dra. Daniela Faranna - Dra. Mariana Marrone

Revisoras:

Dra. Susana Moggia - Dra. Silvina Pradier

Comité Editorial Internacional:

Dra. Isabel Ramirez Polo - Dr. Pio Ivan Gomez

Dr. Luis Bahamondes - Dra. Teresa Bomba

Dr. David Escobar

Comité Editorial Nacional:

Dra. Silvia Bonsergent - Dra. Carlota Lopez Kaufmann

Dra. Gabriela Kosoy - Dra. Silvia Oizerovich

**Colaboradoras de Revista Comité,
Página Web y Redes Sociales:**

Dra. Elina Coccio - Dra. Gisela Ponce

Dra. Fabiana Taul - Dra. Lucila Othatz

Dra. Rocío Glasman - Dra. Milagros Gandara

Dra. Lucía Santana - Dra. Alejandra Boixadera

Índice

Volumen 17, N°2 (2021)

Editorial

Página 4 Dra. Silvina Pradier

Trabajos Originales

Página 6 **Inicio de relaciones sexuales en menores de 15 años ¿Coerción? ¿Decisión?**
Coordinadora: Dra. Carlota López Kaufman
Colaboradoras: Dras. L. Katabian, G. Kosoy, V. Cramer, S. Vázquez, L. Ricover, M. Fidalgo, M. Carpineta, M. Salvo, A. Rubinstein, G. Ferretti, G. Ragogna, C. Díaz Beltran

Página 28 **Evaluación de los resultados, complicaciones y satisfacción de 86 hombres sometidos a contracepción**
Dres. Walter De Bonis, Andrea Arias, Milagros Gándara

Revisiones

Página 36 **Anticoncepción en adolescentes, la otra mirada**
Dra. Marisa Labovsky; Dra. Silvia Oizerovich

Página 50 **¿Qué hay de nuevo en dispositivos intrauterinos hormonales? Dispositivo intrauterino liberador de 19,5 mg de levonorgestrel de 5 años de duración**
Dra. María Faranna, Dra. Silvina Pradier

Comentarios Bibliográficos

Página 62 **Uso de anticoncepción efectiva luego de la provisión de anticoncepción a base de progestágenos para mujeres que se presentan a farmacias de la comunidad por anticoncepción de emergencia (bridge-it): un estudio pragmático de conglomerados, randomizado y cruzado**
Autores: Cameron, S. T., Glasier, A., McDaid, L., et al.
Traducción y comentarios: Dra. Giselle Ponce

Página 67 **¿Cuáles son los mecanismos de los diferentes métodos anticonceptivos para disminuir el riesgo de cáncer de ovario?**
Rafael Sánchez-Borrego & Manuel Sánchez-Prieto
Traducción y comentarios: Dra. Rocío Glassmann

Editorial

Dra. Silvina Pradier
Presidente de AMAdA
2019-2021



Estimados colegas y amigos:

Este 2021 cierra con un balance muy positivo para nuestra sociedad en un año de muchas incertidumbres originadas por el COVID 19 en el que seguimos trabajando intensamente en pos del conocimiento científico y logramos cumplir con creces nuestros objetivos. El equipo de AMAdA mostró una vez más su capacidad, su compromiso con el trabajo, su liderazgo en el área y su experiencia en la transmisión de los conocimientos. Logramos lo inimaginable: un congreso virtual con un mayor número de concurrentes y mayor participación de trabajos científicos que los últimos congresos presenciales. Contamos con la colaboración desinteresada de numerosos prestigiosos disertantes extranjeros que elevaron el nivel científico del evento. Los talleres de capacitación impartidos intra congreso fueron sumamente concurridos. La nota de color la dio sin dudas el espacio de cuidado del profesional creando conciencia del cuidado físico y psíquico tan necesario en estos tiempos en que las exigencias y los desafíos parecen multiplicarse.

Hoy quiero invitarlos a leer este nuevo número de la revista de AMAdA en el que seguramente encontrarán información de su interés y disfrutarán de los avances en el área de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

El inicio de las relaciones sexuales en adolescentes menores de 15 años, ¿es una decisión consciente e informada o es fruto de la coerción y de la violencia? Este estupendo trabajo coordinado por la Dra. Carlota López Kaufman investiga las circunstancias y las características del inicio sexual temprano en Argentina.

Los Drs. Walter De Bonis, Andrea Arias y Milagros Gándara analizan distintos aspectos de los pacientes sometidos a vasectomía, método seguro, eficaz y de baja utilización en nuestro país.

La consulta sobre anticoncepción implica promover una vida sexual sana, satisfactoria y segura, al tiempo que se minimizan los riesgos. Además, una de las claves del asesoramiento sobre anticoncepción es garantizar que cada adolescente pueda elegir si quiere tener hijos y cuándo quiere tenerlos. Las Dras. Marisa Labovsky y Silvia Oizerovich nos comparten sus conocimientos y experiencia para optimizar el manejo de la consulta en la adolescencia.

La Dra. Rocío Glassmann nos acerca una de revisión de los diferentes mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos sobre la reducción del riesgo del cáncer de ovario.

¿Qué hay de nuevo en dispositivos intrauterinos hormonales? En este número encontrarán una revisión realizada por las Dras. María Daniela Faranna y Silvina Pradier de las características salientes del nuevo dispositivo intrauterino liberador de 19,5mg de levonorgestrel y sus diferencias con los otros dispositivos existentes en el mercado.

¿Y si junto a la píldora de levonorgestrel para anticoncepción de emergencia se les ofrece la provisión de un mes de anticoncepción oral a base de progestágenos solos junto al acceso rápido a la atención en las clínicas de salud reproductiva? ¿Podríamos disminuir los embarazos no intencionales? La Dra. Giselle Ponce nos comenta este interesante estudio, Bridge-it, realizado en las farmacias del Reino Unido.

Con este número cerramos el año 2021 y mi mandato como presidenta de la Sociedad. Quiero agradecerles muy especialmente el habernos acompañado en estos dos años, su confianza y participación en las distintas propuestas de AMAdA. Espero y confío en que pronto nos podremos volver a encontrar en forma presencial y que el COVID 19 sea sólo una gripecita más.

¡Hasta pronto y muchas gracias!

Inicio de relaciones sexuales en menores de 15 años ¿Coerción? ¿Decisión?

Sexual initiation among adolescents under 15 years of age. Coercion? Decision?

Coordinadora: Dra. Carlota López Kaufman

Colaboradoras: Dras. L. Katabian, G. Kosoy, V. Cramer, S. Vázquez, L. Ricover, M. Fidalgo, M. Carpineta, M. Salvo, A. Rubinstein, G. Ferretti, G. Ragona, C. Díaz Beltrán*

Esta investigación fue realizada a partir de una "Convocatoria de FLASOG para apoyar la investigación regional o local sobre violencia".

* Investigadores

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)
Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA)



Resumen

Las circunstancias en las que las adolescentes deciden el inicio de sus relaciones sexuales (IRS) despiertan especial interés profesional, dado la potencial vulnerabilidad característica de esta etapa evolutiva. Esta se ve acrecentada tras la toma de la decisión.

El abordaje frente a un relato de violencia sexual puede ser complejo, ya que las jóvenes pueden considerar haber sido víctimas de coerción sexual para justificar una trasgresión a normas tradicionales; aunque también puede darse el caso que, a pesar de haber sido forzadas a tener una relación sexual, no lo reconocen para ser coherentes con una postura ideológica con respecto a imágenes no tradicionales en torno a los roles de género.

Objetivos: 1) Describir las características sociodemográficas de las adolescentes de 12 a 14 años 11 meses y 29 días, que concurren a un consultorio de ginecología infantojuvenil. 2) Investigar las circunstancias en las cuáles se iniciaron las relaciones sexuales. 3) Investigar la prevalencia de violencia/coerción en el IRS. 4) Investigar las características de esa primera relación sexual.

Material y método: Se encuestaron 329 adolescentes entre septiembre de 2017 y diciembre de 2018.

Resultados: La mediana de edad de IRS fue de 13 años. Se dividió al universo de estudio en dos grupos. Grupo 1: El 52.9% inició sus relaciones a la edad "*elegida*" por ellas (13.2 años). La edad promedio de sus parejas fue 16 años, con una diferencia de edad con la adolescente de 2.7 años. Un 88.9% se inició con su novio o con la persona con la que salían en ese momento; otro 3.5% con un desconocido y, un 0.6% con un familiar.

Grupo 2: El 47.1%, si bien inició sus relaciones sexuales a una edad promedio "*no elegida*" de 13.2 años, hubieran "*preferido*" iniciarlas a una edad promedio de 16.8 años. El promedio de edad de la pareja fue 17.5 años, con una diferencia de edad con la adolescente de 4.3 años. El 69.07% se inició con su novio o con la persona con la que salían en ese momento, y 1el 1.18% con un amigo.

El 10.52% inició con un desconocido, el 5.26% con un familiar, y un 3.94% con otra "persona". El 27.59% de estas jóvenes manifestaron que percibieron presión en el IRS.

La presión ejercida por la pareja para el IRS fue significativamente mayor en el Grupo 2 que en el Grupo 1 (27.0% *vs.* 8.2%).

El 67.5% de todas las encuestadas refirieron haber utilizado un método anticonceptivo para evitar un embarazo, infecciones de transmisión sexual (ITS) o ambos.

Conclusiones: Se destacan las siguientes: cuanto más joven es la adolescente, mayor es la probabilidad de iniciación sexual forzada. La decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y sus consecuencias. La diferencia significativa de la edad de la pareja indica que, aunque haya sido una situación contra su voluntad, fue "aceptada" por no haber podido oponerse. El *momento de la decisión* y las múltiples respuestas (*acepté, pero no quería; no acepté, pero sucedió; acepté, pero no tuve tiempo de pensarlo; no me sentí presionada*) pusieron en evidencia la coerción/violación y la percepción de daño físico, emocional o ambos. La falta de conductas preventivas en el momento de la relación sexual se puso de manifiesto con los embarazos ocurridos y la interrupción voluntaria en algunos casos. Además, las relaciones sexuales bajo coerción suelen ser desprotegidas al no poder decir "no" o "*no poder exigir el uso del condón*", exponiéndose a contagio de ITS.

Palabras clave: inicio de relaciones sexuales, adolescentes menores de 15 años, violencia sexual

Summary

Circumstances in which adolescents decide to start their sexual relations arouse professional interest given the potential vulnerability characteristic of this maturation stage.

Sexual violence must have a complex approach; young women may consider having been victims of sexual coercion to justify a transgression of traditional norms or they having been forced to have a sexual relationship, they do not recognize it to be consistent with an ideological position regarding non-traditional images around gender roles.

Objectives: To describe the sociodemographic characteristics of adolescents aged 12 to 14 years 11 months and 28 days who attend a child and adolescent gynecology clinic. To investigate the circumstances in which sexual intercourse began; the prevalence of violence/coerce at the beginning of sexual relations and their characteristics.

Results: From September 2017 to December 2018, two hundred and twenty nine patients were surveyed and grouped: Group 1: 52.9% began their intercourses at the age "chosen" by them (13.2 years). The average age of their partners was 16 years. The difference in age with the adolescent was 2.7 years. 88.9% started with their boyfriend or the person they were dating at that time; 3.5% had started with a stranger and 0.6% had started with a relative.

Group 2: Although 47.1% adolescents started their sexual intercourses at an average age "not chosen" of 13.2 years, they would have "preferred" to start them at an average age of 16.8 years. The average age of the couple was 17.5 years. The difference in age with the adolescent was 4.3 years. 69.07 % started with their boyfriend or the person they were dating at that time, and 11.18% with a friend. 10.52 % started with a stranger, 5.26% with a relative. 27.59 % of these young women stated that they perceived pressure from the IRS.

Coerce for the sexual initiation was significantly higher in Group 2 than in Group 1 (27.0% vs 8.2%).

Almost 70% of all respondents reported having used a contraceptive method to avoid pregnancy and/or STIs.

Conclusions: The following conclusions stand out: In young girls the probability of forced sexual initiation is greater than in older ones. The decision to initiate sexual relations is not always a conscious decision. The risks and their consequences are not often evaluated. Significant difference in couple's age indicates that even though it was a coercive situation, they were "accepted" because they could not oppose them. At the moment of the decision, multiple responses (I accepted, but I did not want to; I did not accept, but it happened; I accepted, but I did not have time to think about it; I did not feel pressured), highlighted the coercion/violation and the perception of physical or/and emotional damage. Lack of preventive behaviors at the time of sexual intercourse was revealed by the number of pregnancies and the voluntary interruption in some cases; moreover, coerced sexual relations are often unprotected cause they cannot say "no" or "cannot demand the use of a condom", exposing themselves to the spread of STIs.

Keywords: sexual initiation, adolescents under 15 years, sexual violence

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período evolutivo que implica dos procesos importantes: el desarrollo físico y el aprendizaje de aspectos psicosociales que las preparan para la independencia y las responsabilidades de la vida adulta. Según la Organización Mundial de la Salud, es el período comprendido entre los 10 y 19 años,¹ y se considera temprana desde los 10 hasta los 14 años y tardía desde los 15 hasta los 19 años. Los aspectos claves del desarrollo personal y social del adolescente son: la identidad sexual y la transición hacia el mundo relacional afectivo-sexual, donde comienza la relación con otros jóvenes, incluidas las primeras relaciones sexuales.²

Durante este período, se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquella donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto. Pero marcar este límite de edad depende, también, de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida.³

La adolescencia es la etapa de los grandes contrastes. Lo cierto es que la inestabilidad e incongruencia en el estado de ánimo tienen que ver con el conflicto entre los impulsos sexuales – con sus fantasías– y los intentos de ponerlos en armonía con el cuerpo y con la realidad.⁴

Las circunstancias en las que las adolescentes deciden el inicio de sus relaciones sexuales despiertan especial interés profesional dado la potencial vulnerabilidad característica de esta etapa evolutiva, que se ve acrecentada a partir de la toma de esta decisión.²

Si bien es un momento de contradicciones donde se evidencia lo deseado y lo temido, se hacen presentes los distintos significados o motivaciones para ambos sexos: en el hombre la presión social por demostrar su masculinidad, potencia y decisión, y en la mujer el aspecto romántico y de sumisión pensando en el placer del otro, de acuerdo con los estereotipos sociales.⁵

Los comportamientos sexuales siempre han sido marcados por la cultura. En nuestra sociedad actual, los viejos mandatos como el matrimonio o los tabúes impuestos hacia el sexo se han ido desdibujando. Los años de prohibición y represión en el comportamiento sexual dieron paso a nuevos patrones de mayor libertad y menor restricción, lo que se ve plasmado en una abundancia

de mensajes sexualizados (la música, el cine, la publicidad, los medios masivos de comunicación e internet, las redes sociales, la literatura, etc.).²

Estos cambios socioculturales han influido en el inicio más temprano de las relaciones sexuales, asociados con una insuficiente educación sexual y con la escasa incidencia de la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva.⁶

De este modo, las adolescentes quedan expuestas a situaciones de riesgo como el embarazo a edades tempranas o su interrupción en condiciones inseguras, al contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y a situaciones de violencia sexual, como relaciones sexuales no consentidas, abuso y agresiones sexuales.

Entre los eventos que marcan la vida de las adolescentes, el inicio de las relaciones sexuales (IRS) y el primer embarazo tienen especial significación. De acuerdo con la forma en que estas dos situaciones sean vividas, influirán sobre la vida futura de la mujer, de tal forma que su capacidad de decisión pueda ampliarse o quede vulnerada.

Además, tanto el inicio temprano o tardío de la actividad sexual tiene efectos a mediano o largo plazo sobre la vida de las personas, al condicionar actividades como la permanencia en el sistema escolar, la manera en que hará su participación económica o el uso del tiempo libre.

En determinados contextos, tener relaciones sexuales en la adolescencia es una obligación, ya que la joven se siente o la hacen sentir diferente, y cuando la comunicación social de las experiencias sexuales es una constante entre pares, la iniciación sexual se convierte en el principal objetivo de muchas jóvenes, con lo que aparece el amor como “justificación” para haber tenido relaciones sexuales.⁷

Es importante identificar las condiciones que llevan a la primera relación sexual, como en la que esta se produce, y se relaciona con la edad y las situaciones socioculturales y económicas de las adolescentes.

El abordaje frente a un relato de violencia sexual puede ser complejo, ya que las jóvenes pueden considerar haber sido víctimas de coerción sexual para justificar una trasgresión a normas tradicionales; aunque también puede darse el caso que, a pesar de haber sido forzadas a tener una relación sexual, no lo reconocen para ser coherentes con una postura ideológica con respecto a imágenes no tradicionales en torno a los roles de género.

Dentro de este panorama complejo, focalizaremos en las circunstancias en las que el inicio sexual se produce en un contexto de violencia, sus características y las consecuencias que pudieran surgir en la salud sexual y reproductiva de las menores de 15 años.

OBJETIVOS

Objetivos primarios

- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes de 12 a 14 años 11 meses y 29 días que concurren a un consultorio de ginecología infantojuvenil.
- Investigar las circunstancias en las cuáles se iniciaron las relaciones sexuales
- Investigar la prevalencia de violencia/coerción en el IRS.
- Investigar las características de esa primera relación sexual.

Objetivo secundario

- Investigar las consecuencias (embarazo, aborto, ITS) producto de la violencia/coerción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo prospectivo, observacional. Para la recolección de datos se diseñó y aplicó una encuesta a 329 adolescentes de entre 12 y 14 años 11 meses y 29 días, durante el período comprendido entre marzo de 2017 y diciembre de 2018.

La investigación se llevó a cabo en 10 hospitales públicos: 5 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (*), 3 hospitales de la provincia de Buenos Aires (**), 2 hospitales de la provincia de Santa Fe (***) y una organización no gubernamental (ONG) (****).

(*) Hospital General de Niños Pedro de Elizalde - Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez - Hospital Gral. de Agudos B. Rivadavia (Sección Adolescencia) - Hospital Gral. de Agudos C. Argerich (Servicio de Adolescencia y Servicio de Obstetricia) - Hospital Gral. de Agudos Dr. I. Pirovano

(**) Hospital Nacional Prof. A. Posadas - Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro - Hospital De Niños "Sor María Ludovica"

(***) Hospital Provincial del Centenario - Hospital de Niños "Dr. Orlando Alassia"

(****) Grupo FUSA

Criterios de inclusión: adolescentes mujeres de entre 12 a 14 años 11 meses y 29 días que concurren al consultorio de ginecología infantojuvenil, con IRS (sexo oral, vaginal o anal).

Criterios de exclusión: adolescentes mujeres que no se encontraban con capacidad de comprender los enunciados de la encuesta y aquellas que no deseaban participar.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue una encuesta semidirigida preparada para tal fin, con preguntas abiertas y cerradas.

Para la *caracterización sociodemográfica* investigamos: edad, lugar de residencia, escolaridad al momento de la consulta, si trabaja, estado civil, con quién vive y si tiene una pareja estable.

VARIABLES INVESTIGADAS:

- Circunstancias en las cuáles se iniciaron las relaciones sexuales.
- Prevalencia de violencia/coerción en el IRS.
- Características de esa primera relación sexual.
- Consecuencias (embarazo, aborto, ITS) de la violencia/coerción.

REPAROS ÉTICOS:

Antes de dar inicio al protocolo de investigación científica, este fue presentado ante los Comités de Ética en Investigación (CEI) de los diferentes hospitales, comprometiéndose a respetar y cumplir con todas las legislaciones y reglamentaciones pertinentes para este estudio, a las cuales adhieren los distintos comités de Argentina, para su aprobación.

A cada adolescente le fue entregada una hoja informativa sobre el estudio, y se le preguntó si le gustaría participar. En caso de aceptar su participación, se procedió a firmar un asentimiento o consentimiento informado de acuerdo con la edad. Se respetó la confidencialidad de la información personal registrada en las encuestas.

Almacenamiento y procesamiento estadístico:

Los datos fueron volcados en una planilla de cálculos (tipo Excel) y luego analizados empleando un microprocesador Intel Core Duo E8200 2.66 Ghz y los paquetes estadísticos: Spss 16 By Spss INC (1989-2007), Statistica V10 de StatSoft. Inc (1984-2011) y VCCSTAT 2.0.

Se determinaron las distribuciones de frecuencias y las estadísticas descriptivas, adecuadas para cada variable según su escala de medición y distribución. Cuando fue necesario, se realizaron los siguientes cálculos: para las medidas en escala ordinal o superior, se computaron el número de casos, el valor mínimo hallado, el valor máximo hallado, la media aritmética, la desviación y el error típicos. Se realizó la estimación de los intervalos de confianza del 95% (error alfa = 0.05) de todos los resultados encontrados. La potencia fue aceptable a partir del 80%.

RESULTADOS

Se encuestaron 329 adolescentes durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 2017 y el 30 diciembre de 2018.

Se desestimaron 6 encuestas (2 por falta de datos, una había sufrido una violación a los 10 años y consideró que su IRS había sido a los 14 años, y 3 encuestas se descartaron por edad superior al rango estipulado, con lo que quedaron para el análisis de los resultados 323 encuestas.

La caracterización sociodemográfica se observa en la Tabla 1.

	n	%	IC95%
Edad media	14.10	100	
Residencia habitual			
Ciudad de Buenos Aires	58	18.0	12.5 – 24.2
Conurbano	169	52.3	44.5 – 59.7
Interior del país	87	26.9	20.4 – 33.9
Residencia circunstancial	9	2.8	0.4 – 4.8
Nivel de Educación			
Sin estudios	3	0.9	0.0 – 3.4

Nivel primario	24	7.4	3.9 - 12.1
• Completa	20	6.2	3.0 - 10.6
• Incompleta (abandono o deserción)	23	7.1	3.7 - 11.7
• En curso	227	69.8	62.8 - 76.7
Nivel secundario	23	8.6	3.7 - 11.7
• En curso			
• Incompleta o abandono			
Trabajo	304	94.0	90.3 - 96.6
No trabajan	19	5.9	3.3 - 9.4
Trabajo informal			
Estado civil (Solteras)	323	100.00	63.1 - 74.9
Con pareja	224	69.3	24.9 - 36.7
• Unión de hecho	57	17.6	
• Novio	167	51.7	
Sin pareja	99	30.7	
Grupo familiar conviviente (*)	259	80.2	74.6 - 84,8
• Familia primaria	64	19.8	15.0 - 25.2
• Familia ampliada	11	3.4	1.5 - 6.4
Sola con la pareja			

Tabla 1: Caracterización demográfica

(*) Composición del grupo familiar

Debido a la heterogeneidad de los integrantes de las familias se agruparon en categorías:

- Familia primaria constituida por padres y hermanos
- Familia ampliada formada por tíos, primos, abuelos, suegros, cuñados, pareja, etc.

Circunstancias en las cuáles se iniciaron las relaciones sexuales

La mediana de edad de IRS fue de 13 años (12-15) y el promedio fue 13.3 años.

A los fines de analizar las diferentes variables que se relacionan con el IRS y para hacer más comprensibles las interpretaciones de estas, se dividió al universo de estudio en dos grupos:

- **Grupo 1:** 171 adolescentes (52.9% [IC 95%: 46-5 a 59.2]) iniciaron sus relaciones a la edad "**elegida**" por ellas (13.2 años). La edad promedio de sus parejas fue 16 años, con una diferencia de edad con la adolescente de 2.7 años (12-25 años).
- **Grupo 2:** 152 adolescentes (47.1% [IC 95%: 40.6 a 53.4]), si bien iniciaron sus relaciones sexuales a una edad promedio "**no elegida**" de 13.2 años, hubieran "**preferido**" iniciarlas a una edad promedio de 16.8 años. El promedio de edad de la pareja fue 17.5 años, con una diferencia de edad con la adolescente de 4.3 años (mínimo 12 años - máximo 47 años).

Las características del IRS se observan en la Tabla 2.

Inicio de relaciones sexuales	Grupo 1 (n:171)	Grupo 2 (n:152)	p =
	Edad elegida	Edad no elegida	
Edad	13,2 años	13.2 años	
Con quien			
<ul style="list-style-type: none"> • Novio • Amigo • Familiar • Desconocido • Otra persona (sin especificar) 	88,9% [IC95% 81,1 - 93,9] 7,0% [IC95% 2,9 - 13,2] 0,6% [IC95% 0,0 - 3,9] 3,5% [IC95% 0,8 - 8,5] 0.0%	69.07% [IC95% 61.0 - 76.2] 11.18% [IC95% 6.8 - 17.6] 5.26% [IC95% 2.5 - 10.5] 10.52% [IC95% 6.3 - 16.8] 3.94% [IC95% 1.6 - 8.8]	
Edad de la pareja	16.1 (12/25) [IC95% 15,7-16,4]	17.6 (12/4) [IC95% 16,7-18,5]	
Diferencia de edad con la pareja	2.8 +/-2.4 [IC95% 2.4-3.2]	4.3+/-5.3 [IC95% 3.4-5.2]	0.002
Tiempo de pareja			
<ul style="list-style-type: none"> • 0-7 días • 7-30 días • 1-3 meses • 3-6 meses • Más de 6 meses 	4.1% 11.1% 21.6% 17.5% 45.6%	9.9% 11.8% 25.0% 17.0% 42.1%	0.145

Decisión de IRS			0.001
• Adolescente	7%	5.9%	
• Pareja	8.2%	27.6%	
• Ambos	84.8%	66.4%	
Tipo de IRS			NS
• Vaginal	85.4%	86.2%	
• Oral	10.5%	9,2%	
• Anal	1.8%	2.6%	
Percepción de presión	8.2%	27%	0.001

Tabla 2: Inicio de relaciones sexuales

Prevalencia de violencia/coerción en el inicio de las relaciones sexuales

La presión ejercida por la pareja para el IRS fue significativamente mayor en el Grupo 2 que en el Grupo 1 (27.0% vs. 8.2%), lo cual fue manifestado por la adolescente (4.4%) e inferido por otras respuestas (1.4%).

El odds ratio (OR) de recibir algún grado de presión fue 4.1 veces mayor entre quienes el IRS fue a una edad no elegida (IC 95%: 2.155-7.963) (Tablas 3 y 4).

Hubo algún grado de presión		No hubo presión	Hubo presión	Total
Grupo 1	N	157	14	171
	%	91,8%	8,2%	100,0%
	Residuos ajustados	4,5	-4,5	
Grupo 2	N	111	41	152
	%	73,0%	27,0%	100,0%
	Residuos ajustados	-4,5	4,5	
Total	N	268	55	323
	%	83,0%	17,0%	100,0%

Chi2 = 18.794; p < 0.001 MUY significativo

Tabla 3: Presión ejercida para el IRS

Grado de presión percibida		La adolescente señaló que no	Se puede inferir por otras respuestas	Señalado por la adolescente	Total
Grupo 1	N	157	8	6	171
	%	91.8%	4.7%	3.5%	100,0%
	Residuos ajustados	4.5	-1.4	-4.4	
Grupo 2	N	111	13	28	152
	%	73%	8.6%	18.4%	100,0%
	Residuos ajustados	-4.5	1.4	4.4	
Total	N	268	21	34	323
	%	83,0%	6,5%	10,5%	100,0%

Chi2 = 22.281; p < 0.001 MUY significativo

Tabla 4: Percepción de la adolescente ante la presión

Características de esa primera relación sexual

Al momento de la decisión del IRS, el 62% de las adolescentes del Grupo 1 no se sintieron presionadas *versus* el Grupo 2 en el que solo fue el 33.6%.

El 38% de las jóvenes del grupo 1 "*aceptaron, pero no querían*", "*no aceptaron, pero sucedió*" y "*aceptaron, pero no tuvieron tiempo de pensarlo*". En el Grupo 2, el porcentaje fue del 66.4%. Las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas, lo que marca que sí hubo presión (Tabla 5).

Como se sintió en el momento de la decisión		Acepté, pero no quería	No acepté, pero sucedió	No me sentí presionada	Acepté, pero no tuve tiempo de pensarlo	Total
Grupo 1	N	13	4	106	48	171
	%	7,6%	2,3%	62,0%	28,1%	100,0%

	Residuos ajustados	-2,5	-3,7	5,1	-1,7	
Grupo 2	N	25	20	51	56	152
	%	16,4%	13,2%	33,6%	36,8%	100,0%
	Residuos ajustados	2,5	3,7	-5,1	1,7	
Total	N	38	24	157	104	323
	%	11,8%	7,4%	48,6%	32,2%	100,0%

Chi2 = 33.337; p < 0.001 MUY significativo

Tabla 5: Como se sintió en el momento de la decisión

Al analizar los diferentes motivos expresados por las adolescentes (Tabla 6), el Grupo 2 en la respuesta *no acepté, pero sucedió* la diferencia fue significativa. Las adolescentes respondieron que el 20% fueron violadas y el 60% fueron abusadas sexualmente. Solo el 15% refirieron *haber sido obligadas por la fuerza física*.

El OR de padecer una violación fue 12 veces mayor entre quienes iniciaron sus relaciones a una edad *"no elegida"* (IC 95%: 2.763-52.745).

Todos los casos en los que la víctima reconoció haber sido violada se dieron en el Grupo 2.

	Grupo 1	Grupo 2	p
Acepté, pero no quería	7,6%	16,4%	0.001
<ul style="list-style-type: none"> • Mi pareja me presionaba • No pude decir que no • El me convenció 	n: 13 7,7% 46,2% 46,2%	n: 25 (*) 12,0% (3) 32,0% (8) 56,0% (14)	0.679
No acepté, pero sucedió	2,3%	13,2%	0.014

<ul style="list-style-type: none"> • Me violó • Me obligó por fuerza física • Fui abusada sexualmente • Otros 	n: 4 ,0%	n: 20 20,0%	
	50,0%	15,0%	
	,0%	60,0%	
	50,0%	5,0%	
Acepté, pero no tuve tiempo de pensarlo	n:48 28,1%	n:56 36,8%	

Tabla 6: Como se sintió en el momento de la decisión

(*) $p = 0.679$ No significativo (quizás atribuible a la poca cantidad de casos)

La percepción del daño sufrido fue variada. La pregunta realizada en la encuesta fue abierta y se podía marcar más de una opción, por lo tanto, fue reclasificado en emocional, físico o ambos (Tabla 7).

En el Grupo 2 los residuos ajustados nos señalan que hubo más jóvenes que tuvieron daño físico y emocional, pero con prevalencia del físico.

Percepción del daño		No percibió daño	Emocional	Físico	Emocional y Físico	Total
Grupo 1	N	167	3	0	1	171
	%	97,7%	1,8%	,0%	,6%	100,0%
	Residuos ajustados	3,7	-2,0	-3,2	-,7	
Grupo 2	N	132	9	9	2	152
	%	86,8%	5,9%	5,9%	1,3%	100,0%
	Residuos ajustados	-3,7	2,0	3,2	,7	
Total	N	299	12	9	3	323
	%	92,6%	3,7%	2,8%	,9%	100,0%

Chi2 = 15.366; p < 0.001 Significativo

Tabla 7: Percepción del daño

En el Grupo 2, se destaca que en el 33.6% de las adolescentes que *"no se sintieron presionadas para iniciar sus relaciones sexuales"* y en el 36.8% *"que aceptaron, pero no tuvieron tiempo de pensarlo"* surgen respuestas que señalan que hubo presión en el 3.7% de los casos (IC 95%: 1.7-6.8), violación en el 3.4% (IC 95%: 1.5-6.4) e IRS para que su pareja no la deje (3.4% [IC 95%: 1.5-6.4]) (Tabla 8).

El OR de reconocer *"ser presionada"* fue 6.188 veces mayor entre quienes tuvieron su IRS en una edad *"no elegida"* (IC 95%: 1.394-27.474). Esto indica que alrededor de un 7% a 8% de las adolescentes que inician relaciones sexuales a edad *"no elegida"* tienen mayor percepción de ser presionadas. Respecto del OR de reconocer *"ser violada"*, fue al menos 13.34 veces mayor.

¿Qué te llevó a vos a tener tu primera relación sexual? (n 323 casos)	Frecuencia	Porcentaje/ IC95%
Estaba enamorada	152	47,2 (40,8-53,5)
Por curiosidad	135	41,9 (35,6-48,2)
Por excitación sexual	94	29,2 (23,5-35,2)
Porque era mi momento/Porque esperaba ese momento	35	10,9 (7,2-15,3)
Porque le quería demostrar mi amor	17	5,3 (2,8-8,7)
Porque me presionaron	12	3,7 (1,7-6,8)
Porque todas mis amigas ya lo hacían	12	3,7 (1,7-6,8)
Para que no me deje mi pareja	11	3,4 (1,5-6,4)
Porque me violaron	11	3,4 (1,5-6,4)
Porque quería tener un hijo/quedar embarazada	3	0,9 (0,1-2,9)

Tabla 8: ¿Qué te llevó a vos a tener tu primera relación sexual?

(Grupo 2: no se sintió presionada y aceptó, pero no tuvo tiempo de pensarlo)

La vivencia de la adolescente al momento de IRS señaló que el 52.2% se sintieron bien en ese momento, pero en 4 casos mencionaron que *"no le gustaba como la trataba"* y en 2 casos sintieron *"rechazo a la pareja"*, pero no fueron diferencias significativas. Observamos que el sentimiento/motivo pasa por la adolescente.

Consecuencias (embarazo, aborto, ITS producto de la violencia/coerción)

El 67.5% (n = 323 casos) refirieron haber utilizado un método anticonceptivo para evitar un embarazo o ITS. Pero en el grupo 2, el 41.4% no habían utilizado ningún método anticonceptivo, ni preservativo para evitar las ITS. El OR de no cuidarse fue 2.174 veces mayor (IC 95%: 1.352-3.495) (Tabla 9).

No hubo diferencias significativas en el cuidado anticonceptivo utilizado ni tampoco cuando se compararon ambos grupos.

¿Te cuidaste?		No	Si	Total
Grupo 1	N	42	129	171
	%	24,6%	75,4%	100,0%
	Residuos ajustados	-3,2	3,2	
Grupo 2	N	63	89	152
	%	41,4%	58,6%	100,0%
	Residuos ajustados	3,2	-3,2	
Total	N	105	218	323
	%	32,5%	67,5%	100,0%

Chi2 = 9.703; p < 0.001 Significativo

Tabla 9: Cuidado en la primera relación sexual para evitar el embarazo y/o infecciones de transmisión sexual

Los motivos por los cuales no se cuidaron son los que los adolescentes manifiestan habitualmente (*no tenía preservativos en ese momento, era alguien conocido, sucedió sin darnos cuenta*, etc.). El 12.4% (IC 95%: 4.2-24.2) de las adolescentes manifestaron que deseaban un embarazo (Tabla 10).

El OR de reconocer ser violada fue 1.478 veces mayor entre quienes se sintieron presionadas (IC 95%: 1.172-1.865).

Motivos por los que no se cuidaron (n: 105 casos)	Frecuencia	Porcentaje/IC95%
1. Era alguien conocido	7	6,7 (1,2-16,7)

1. No tenía preservativos en ese momento	18	17,1 (7,3-30,0)
1. Sucedió sin darnos cuenta	20	19,0 (8,6-32,2)
1. No sabía cómo hacerlo	11	10,5 (3,1-21,8)
1. El no quiso cuidarse	11	10,5 (3,1-21,8)
1. No quise	2	1,9 (0,0-9,4)
1. Quería tener un bebe/embarazarme	13	12,4 (4,2-24,2)
1. Fui Víctima de una Violación	2	1,9 (0,0-9,4)
1. Otras razones	26	25.1

Tabla 10: Motivos por los que no se cuidaron

Se produjo un 8.67% (IC 95%: 5.43-12.76) de embarazos en el total de las adolescentes encuestadas (Tabla 11).

El OR de quedar embarazada fue 12.4 veces mayor (IC 95%: 4.4-34.9) entre quienes dijeron no haberse cuidado.

El 22.9% (n = 105) que refirió no haberse cuidado, se embarazó (Tabla 12).

Solo 4 adolescentes del Grupo 2 decidieron interrumpir voluntariamente ese embarazo por ser producto de un abuso, violación o haber sido presionadas en el IRS.

Embarazos (n: 323 casos)	Frecuencia	Porcentaje/IC95%
No	295	91,33 (87,01-94,41)
Si	28	8,67 (5,43-12,76)

Tabla 11: Embarazos (n: 323 casos)

¿Te embarazaste)					Total
			No	Si	
Te cuidaste	No	N	81	24	105
		%	77,1%	22,9%	100,0%
		Residuos ajustados	-6,3	6,3	
	Si	N	214	4	218
		%	98,2%	1,8%	100,0%
		Residuos ajustados	6,3	-6,3	
Total		N	295	28	323
		%	91,3%	8,7%	100,0%

Chi2 = 36.947; p < 0.0001 Significativo

Tabla 12: Embarazos entre quienes no se cuidaron

El 2.8% (n = 323; IC 95%: 1.1-5.6) se contagió una ITS (Tabla 13).

Solo el 1.4% de quienes dijeron haberse cuidado se contagiaron alguna ITS **vs.** 5.7% entre quienes dijeron no haberse cuidado. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p Fisher = 0.037) (Tabla 14). El OR de contagiarse una ITS fue 4.095 veces mayor (IC 95%: 1.045-16.054) entre quienes dijeron no haberse cuidado.

Infecciones de transmisión Sexual (n: 323)	Frecuencia	Porcentaje/IC95%
No	311	97,2 (94,1-98,8)
Si	9	2,8 (1,1-5,6)

Tabla 13: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Alguna ITS			No	Si	Total
Te cuidaste	No	N	99	6	105

		%	94,3%	5,7%	100,0%
		Residuos ajustados	-2,2	2,2	
	Si	N	212	3	215
		%	98,6%	1,4%	100,0%
		Residuos ajustados	2,2	-2,2	
Total		N	311	9	320
		%	97,2%	2,8%	100,0%

$p(\text{Fisher}) = 0.037$; Significativo

Tabla 14: Relación entre cuidado y contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

DISCUSIÓN

Dentro de los eventos que marcan la vida de las adolescentes, el IRS y el primer embarazo tienen especial significación. Estas situaciones generan modificaciones en la etapa vital por la que atraviesan. De acuerdo con la forma en que estas situaciones sean vividas, influirán sobre la vida futura de la mujer, de tal forma que su capacidad de decisión pueda ampliarse o quede vulnerada.

Además, tanto el inicio temprano o tardío de la actividad sexual tiene efectos a mediano o largo plazo sobre la vida de las personas, al condicionar actividades como la permanencia en el sistema escolar, la manera en que hará su participación económica o el uso del tiempo libre.

La coerción sexual es frecuente en todas las sociedades y grupos sociales. Las investigaciones en América Latina son pocas, y su estudio es difícil de abordar por las diferentes definiciones existentes y porque su medición no es fácil de evaluar.

Geldstein y Pantelides⁸ tomaron la definición de Heise, Moore y Toubia, quienes establecen la coerción sexual como *"el acto de forzar (o intentar forzar) a otro individuo por medio de la violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño, expectativas culturales o circunstancias económicas, a participar de conductas sexuales contra su voluntad"*.

Dentro de este panorama complejo, focalizamos nuestra investigación en las circunstancias en las que se produjo el inicio sexual, sus características y las consecuencias surgidas en la salud sexual y reproductiva de las menores de 15 años.

Casi el 70% cursaba la escuela secundaria y el 7.1% estaba fuera del circuito escolar. Se registró trabajo informal en el 6% de las encuestadas. La inclusión en el sistema educativo –y nos referimos específicamente al nivel secundario– proporciona un bagaje de recursos culturales y

cognitivos para que los adolescentes tomen conocimientos o decisiones sobre el cuidado de sí mismos, de manera de poder adquirir proyectos de vida que no estén basados exclusivamente en el matrimonio y la maternidad. El bajo nivel educativo y sociocultural, el grupo de pertenencia y la historia familiar influyen fuertemente en el IRS.

En esta investigación, la mayoría convivía con su familia primaria (80.2%) y solo un 3.4% de los jóvenes vivían solas con su pareja, que también era un adolescente. Las uniones o el casamiento temprano es seguido de embarazo y maternidad temprana, lo que representa un riesgo biopsicosocial para las/os adolescentes, especialmente si los jóvenes no tienen la madurez o la capacidad suficiente para poder utilizar medidas preventivas.⁹

La iniciación sexual en la adolescencia temprana es frecuente en América Latina, y en los últimos años se ha observado una disminución de la edad de iniciación sexual. En esta investigación, la media de edad observada al IRS fue de 13 años, registrándose una disminución al comparar con otros estudios.

En Argentina, una encuesta realizada en 2005 a madres adolescentes reveló que el 64.8% había iniciado sus relaciones sexuales antes de los 16 años, y el 12% antes de los 14 años.¹⁰

López Kaufman y col. hallaron que el 75% había iniciado relaciones sexuales entre los 14 y 18 años (adolescentes varones: 15.4 años – adolescentes mujeres 15.8 años). En esta muestra, el rango de edad de IRS para ambos sexos fue a los 12 años, registrándose 3 casos en niñas de 9-10 años que coincidieron con situaciones de abuso sexual infantil.² En otra investigación, Salvo y col. registraron que la edad promedio de IRS fue 15 años.⁷

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva realizada en Argentina en 2013, la edad promedio de iniciación sexual se ubicó a nivel país a los 15.5 años para aquellos que, en el momento de la encuesta, tenían entre 14 y 19 años.¹¹

El análisis de la *edad de inicio de relaciones sexuales* motivó la separación de las jóvenes en dos grupos, aquellas que habían decidido tener su inicio sexual (Grupo 1) y aquellas que hubieran preferido iniciarlas a una mayor edad. En este último caso, quizás la niña o adolescente no lo identifique como una situación contra su voluntad, pero fue “aceptada” por no haber podido oponerse. Estas situaciones son muy frecuentes en el inicio sexual, sobre todo cuando hay una diferencia de edad significativa entre el hombre y la niña/adolescente.

En esta investigación, la *edad promedio de la pareja* en el Grupo 1 fue 16.1 años (12/25) y en el Grupo 2 fue 17.6 años (12/47), con ambas diferencias significativas.

La *diferencia de edad con la pareja* en el Grupo 1 fue de 2.8 ± 2.4 años, mientras que en el Grupo 2 la diferencia fue mayor que la esperada: 4.3 ± 5.3 años. Estas diferencias fueron significativas, lo que señala una mayor probabilidad de coerción, abuso sexual o ambos.

Respecto al *tiempo de pareja* en que la adolescente decidió su IRS, en el Grupo 1, el 4.1% lo decidió en menos de 1 semana, a diferencia del Grupo 2 donde correspondió al 10%, o sea que en el tiempo de pareja y el "decidir" el inicio de relaciones no hubo diferencias. Pero el análisis de los residuos ajustados mostró que el porcentaje de casos en los que la decisión *no dependió únicamente de la adolescente*, fue significativamente mayor en el Grupo 2, lo que apoya la idea de que hubo presión por parte de la pareja.

El tipo de sexo (oral, anal o vaginal) no fue relevante en ambos grupos.

El IRS se dio en el marco de una *relación con el novio o amigo, o conocido*. Al igual que en la bibliografía mencionada previamente, López Kaufman y col. hallaron que el 91.9% de las

adolescentes tuvieron su primera relación sexual con su novio o alguien con quien estaban saliendo;² por su parte, Pantelides y col. concluyeron que el 88% de las adolescentes se habían iniciado con sus novios.¹²

Si bien se observó que la *decisión del inicio sexual* mayoritariamente fue compartida, la diferencia fue significativa en el Grupo 2, donde la decisión de la pareja tuvo mayor influencia en ese momento (29.7% de las jóvenes había iniciado con un familiar o desconocidos, y el 27.5% de estas jóvenes manifestaron haber percibido presión para su inicio).

La *presión ejercida por la pareja* fue significativa, y fue manifestada por la adolescente e inferida por otras respuestas. El riesgo de recibir algún grado de presión fue 4 veces mayor entre quienes se iniciaron sexualmente a una *"edad no elegida"*.

Otras publicaciones también refieren que, a menor edad de la joven, mayor es la probabilidad de un inicio sexual forzado, y que las adolescentes que se inician con un hombre mayor que ellas tienen el doble de probabilidad de una iniciación no deseada, en comparación con las iniciadas con varones de edades similares.^{8,13}

En determinados contextos, tener relaciones sexuales en la adolescencia es una obligación, ya que la joven se siente o la hacen sentir diferente, y cuando la comunicación social de las experiencias sexuales es una constante entre pares, la iniciación sexual se convierte en el principal objetivo de muchas jóvenes y aparece el amor como "justificación" para haber tenido relaciones sexuales.⁷

Del análisis del *momento de la decisión*, y dada la multiplicidad de respuestas (*acepté, pero no quería; no acepté, pero sucedió; acepté, pero no tuve tiempo de pensarlo; no me sentí presionada*), observamos un porcentaje significativo de respuestas respecto de la coerción/violación y la percepción de daño físico, emocional o ambos. En el Grupo 2, las adolescentes respondieron que fueron violadas y abusadas sexualmente, con un riesgo de padecer una violación 12 veces mayor. En las adolescentes que se sintieron presionadas, el riesgo de reconocer esa presión fue 6 veces mayor.

Podría pensarse que una familia con capacidad de brindar contención afectiva, cuidado de la salud y educación, en la que se favorezca la autoestima y el empoderamiento, serían herramientas claves para que una joven pueda rehusarse a una iniciación sexual no deseada.

La vivencia de la adolescente al iniciar sus relaciones sexuales, mayoritariamente fue que *"se sintieron bien"*, aunque hubo algunas manifestaciones en las que *"no les gustaba cómo fueron tratadas"*, y algunas refirieron *"sentir rechazo por la pareja"*.

El sexo bajo coerción suele ser desprotegido, porque, así como la joven no puede decir "no", tampoco puede exigir el uso del condón, con los consiguientes riesgos de embarazo y de ITS. Además, se suman los *"riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo que justamente se manifiestan en que ese abuso no fue detectado"*.⁶

En esta investigación fue significativa la falta de protección anticonceptiva en el momento de la relación sexual.

El 2.8% del total de las encuestadas refirieron contagio de alguna ITS, que fue del 1.4% entre las que utilizaron cuidado anticonceptivo, probablemente por ausencia de doble protección, y del 5.7% entre las que no se cuidaron, con un riesgo de contagio 4 veces mayor que en aquellas que se cuidaron.

Los motivos por los cuales no se cuidaron son los que los adolescentes manifiestan habitualmente (*no tenía preservativos en ese momento, era alguien conocido, sucedió sin darnos cuenta, no sabía cómo hacerlo, él no quiso cuidarse*, etcétera).

El embarazo en la adolescencia tiene un fuerte impacto en el futuro de estas jóvenes. A la deserción escolar que se asocia con la maternidad y la dificultad en la inserción al mercado laboral, se suman las consecuencias en la salud como la mayor probabilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. El embarazo en menores de 15 años, en general, es producto de violencia sexual y, en estos casos, también, se debe tener en cuenta el impacto en la salud mental.¹⁴

Otro punto para remarcar es la incidencia del aborto inseguro en las adolescentes, y se estima que el 15% de estos ocurren, a nivel global, en mujeres menores de 20 años.¹⁵

En el total de las adolescentes encuestadas, el 8.6% (n = 28) se embarazaron, y casi el 23% de esas jóvenes refirieron no haber tenido un cuidado anticonceptivo. El 22.2% (4 adolescentes) del Grupo 2 que interrumpieron su embarazo habían sido abusadas sexualmente/violación, y 1 de ellas manifestó haber sido presionada para iniciar sus relaciones sexuales.

Limitaciones

Entre las limitaciones de esta investigación, señalamos el número de jóvenes de muestra. Se podría pensar que, dadas las condiciones diversas a nivel cultural y socioeconómico, es difícil extrapolar dichos resultados a nivel nacional,

Debemos aclarar que en esta investigación no se tomó en cuenta la diversidad sexual, porque merecen un análisis aparte ya que no es la misma literatura disponible que para la heterosexualidad.

CONCLUSIONES

Las circunstancias en las que la iniciación sexual en menores de 15 años se produce en un contexto de violencia pudieron ser corroboradas por los resultados obtenidos en esta investigación.

Al comparar entre las adolescentes que iniciaron su actividad sexual a la "*edad elegida*" y las que "*hubieran preferido iniciarles a una edad mayor*", concluimos lo siguiente:

- Cuanto más joven es la adolescente, mayor es la probabilidad de iniciación sexual forzada.
- La decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y sus consecuencias.
- La diferencia significativa de la edad de la pareja indica que, aunque haya sido una situación contra su voluntad, fue "aceptada" por no haber podido oponerse.
- El momento de la decisión y las múltiples respuestas (*acepté, pero no quería; no acepté, pero sucedió; acepté, pero no tuve tiempo de pensarlo; no me sentí presionada*), pusieron en evidencia la coerción/violación y la percepción de daño físico, emocional o ambos.
- La falta de conductas preventivas en el momento de la relación sexual se pusieron de manifiesto con los embarazos ocurridos y la interrupción voluntaria en algunos casos.

Además, las relaciones sexuales bajo coerción suelen ser desprotegidas al no poder decir "no" o "*no poder exigir el uso del condón*", exponiéndose a contagio de ITS.

Se espera que estos resultados contribuyan a enriquecer la literatura existente y puedan ser aplicados, por un lado, a políticas públicas y a estrategias de prevención y promoción de la salud sexual y la salud reproductiva tendientes a promover una sexualidad saludable y placentera, libre de violencia y coerción, así como responsable en la medida en que las decisiones sean conscientes e informadas, es decir, autónomas.

Por otro lado, dichas estrategias se deben aplicar también en la consejería y la consulta a través de acuerdos con las sociedades científicas pertinentes, para mejorar la calidad de atención y la promoción y prevención, no solo en el ámbito público, sino también en el sector privado.

Asimismo, se espera que este trabajo pueda contribuir a que las niñas y adolescentes sean más autónomas, libres y responsables en el IRS, lo que redunde en una mejor calidad de vida en lo que se refiere a su sexualidad y reproducción.

Referencias

1. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20adolescencia,10%20y%20los%2019%20a%C3%B1os (consultado 6/3/2020).
2. López Kaufman C, Katabian L, Kosoy G y col. La iniciación sexual en los adolescentes. Sus circunstancias. Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil 2010; 17(3): 143-148.
3. Dulanto Gutierrez E. La adolescencia como etapa existencial. En: El Adolescente. México, Mc Graw Hill; 2000. Pp. 143-157.
4. Ros Rahola R, Morandi Garde T, Cozzetti Sueldo E y col. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R, Lozano JL (Coord.). Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Sociedad Española de Contracepción, 1º Ed. España; 2001. Pp. 27-84.
5. Amaro H. Love, sex and power: Considering women's realities in HIV prevention. Am Psychol 1995; 50: 437-447.
6. Gómez PI, Molina R, Zamberlain N. Condicionantes sociales del embarazo en adolescentes menores de 15 años. En: Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. FLASOG; 2011. Pp. 22-31.
7. Salvo M, Daldevich D, Vázquez S y col. Investigación exploratoria sobre salud sexual y reproductiva y prevalencia de violencia familiar y de pareja en la adolescencia. Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil 2011; 18(2): 69-74.
8. Gelsdtein R, Pantelides E. Coerción, consentimiento y deseo en la "primera vez". En: Checa, S. (comp.). Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires: Paidós; 2003. Pp. 112.
9. Population Council. Summary of Selected DHS Data on Very Young Adolescents.

10. Adaszko A, Alonso V, Binstock G y col. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES/UNICEF; 2005.
11. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 ENSSyR 2013 Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf. (consultado 6/3/2020).
12. Pantelides E, Geldstein R, Infesta Domínguez G. Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia Buenos Aires, Cuaderno del CENEP N° 51 Centro de estudios de Población; 1995. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268506240_Imagenes_de_genero_y_conducta_reproductiva_en_la_adolescencia. (consultado 28/3/2020).
13. Chejter S, Isla V. Abusos sexuales y embarazo forzado hacia niñas, niños y adolescentes. Argentina, América Latina y el Caribe. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia – Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Octubre 2018. Disponible en: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/HojaInformativa_ENIA.pdf. (consultado 27/3/2020).
14. Portnoy F. Capítulo 3: El Embarazo en la Adolescencia. En M Gogna. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES- UNICEF; 2005.
15. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. 2017 - 2019 Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología - Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/planenia/acerca-del-plan>. (consultado 28/3/2020).

Evaluación de los resultados, complicaciones y satisfacción de 86 hombres sometidos a contracepción quirúrgica

Dres. Walter De Bonis ¹, Andrea Arias ², Milagros Gándara ³

1. Encargado Área Salud Sexual y Disfunciones Masculinas Hospital Durand CABA. Urólogo. Disfunciones Sexuales. Sanatorio Trinidad Ramos Mejía

2. Uróloga Hospital Tornu CABA.

3. Área Salud reproductiva y procreación responsable. Tocoginecología Hospital Durand CABA



Resumen

Objetivo: Evaluar los aspectos demográficos de los pacientes sometidos a vasectomía, sus complicaciones y resultados, analizando el grado de satisfacción y recomendación que realizarían del procedimiento.

Materiales y Métodos: Fueron analizados 97 pacientes a quienes se les practicó una vasectomía en el Sanatorio Trinidad Ramos Mejía, Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre marzo del 2018 y marzo del 2020.

Resultados: Un total de 97 vasectomías fueron realizadas en un periodo de 24 meses, quedando un total de 86 cirugías evaluables. La edad promedio de la población fue de 39,7 años. El 97,7% de los pacientes tenían hijos. La mayoría desconocía la existencia de una Ley de contracepción quirúrgica en nuestro país (70/86). El 89,6% tenían pareja estable. En el 72% de los pacientes la vasectomía fue el método de planificación familiar de elección. El 83,7% de los seminogramas realizados a los 3 meses de la cirugía presentaron azoospermia.

Conclusión: La vasectomía es un método quirúrgico de contracepción que representa una alternativa eficaz, segura, con alto grado de satisfacción y recomendada por los propios pacientes. Consideramos necesaria una mayor difusión y concientización, evitando la práctica de otros procedimientos más complejos y de mayor morbilidad, para lograr la planificación familiar deseada.

Palabras Clave: Vasectomía. Planificación familiar.

Introducción y Objetivos

El advenimiento de la vasectomía como método de contracepción quirúrgica ha tenido un crecimiento cuantitativo parcial en la última década a partir de la aprobación de la ley Nacional 26130 que regula dicha práctica en la República Argentina desde el año 2006 ¹. La alta eficacia demostrada de la ligadura y resección bilateral de ambos conductos deferentes, sumada a que se trata una técnica simple, rápida y ambulatoria, hacen suponer que el número de vasectomías que se practican debería ser similar a la ligadura tubaria. Sin embargo, los últimos datos oficiales del Ministerio de Salud (trienio 2015-2017) reflejan una clara diferencia cuantitativa siendo la

contracepción quirúrgica en mujeres ampliamente superior, pese a la existencia inclusive de un proyecto de Ley de promoción y concientización sobre la vasectomía ⁽²⁾. Se desprende entonces la necesidad de una mayor difusión de las características y las posibilidades de realización de este método de contracepción quirúrgica masculina.

Los objetivos de este trabajo fueron:

a- evaluar retrospectivamente los aspectos demográficos de los pacientes sometidos a vasectomía, sus complicaciones y resultados de acuerdo al espermograma

b- analizar prospectivamente con un año de seguimiento el grado de satisfacción por haberse realizado la cirugía y si recomendarían a otros realizarse el mismo procedimiento de contracepción.

Material y Método

Fueron analizados 97 pacientes a quienes se les practicó una vasectomía bilateral en el Sanatorio Trinidad Ramos Mejía, Provincia de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre marzo del 2018 y marzo del 2020. Se incluyeron en el análisis los sujetos que cumplieron con los controles rutinarios a los 3 días y al mes de la cirugía, con evaluaciones personales o telefónicas a los 3 y 12 meses, y que hayan cumplido con la realización de al menos un espermograma y respondido las preguntas sobre satisfacción y recomendación.

Todos los pacientes realizaron una evaluación preoperatoria básica, se los instruyó sobre la técnica, otras alternativas y las potenciales complicaciones, firmaron además, en presencia del cirujano, un consentimiento informado. La vasectomía fue descripta como un método potencialmente irreversible, informando su tasa de éxito, pero describiendo la eventual posibilidad de una reanastomosis o bien una recanalización espontánea. Además, se explicó que no se trata de un método de prevención contra infecciones de transmisión sexual y que su realización no implica la ausencia de producción de gametas por parte de los testículos; adicionalmente se aclaró, en respuesta a inquietudes manifestadas por la mayoría de los pacientes, que la vasectomía no genera modificaciones en la esfera sexual con relación a calidad de la erección o el volumen eyaculatorio.

La totalidad de los procedimientos fue realizada por el mismo equipo quirúrgico, se utilizó neuroleptoanalgesia, otorgándose el alta institucional a las dos horas de la cirugía luego de tolerancia oral y deambulacion. Se empleó la técnica tradicional de vasectomía que implica la localización digital del conducto deferente, dos incisiones de 0,5 cm en la raíz escrotal, disección, ligadura con material reabsorbible (vicryl 3.0) y resección del conductillo, con electrocoagulación de los cabos e interposición tisular, síntesis de piel con vicryl 5.0 rb1 o monocryl 4-0, cura plana con apósito transparente estéril. A todos los pacientes se les indico reposo 48 hs, fueron citados a las 72hs de la intervención, momento en el cual podían reanudar su actividad sexual utilizando algún método anticonceptivo al menos hasta la realización del seminograma de control.

Fueron consideradas complicaciones inmediatas aquellas que se presentaron dentro del mes de la vasectomía y complicaciones tardías aquellas que se presentaron luego de los 30 días postoperatorios.

Se consideró como resultado positivo un espermograma con azoospermia con centrifugado o un recuento inferior a 100.000 espermatozoides inmóviles a los 3 meses; repitiéndose el seminograma a los 6 meses de la cirugía si el previo presentaba un recuento superior a 100.000 espermatozoides o sin 100% de inmovilidad de los zoides.

Al año de la vasectomía se realizaron dos preguntas; 1- ¿se encuentra satisfecho o insatisfecho con el procedimiento? y 2- ¿recomendaría a otro sujeto la realización de la misma contracepción quirúrgica?

Resultados

Un total de 97 vasectomías fueron realizadas en un periodo de 24 meses, de las cuales 11 procedimientos (11,3%) no fueron considerados para el análisis por no cumplir con el seguimiento o no realizarse el espermograma control; quedando un total de 86 cirugías evaluables.

Datos personales demográficos

La edad promedio de la población estudiada (N: 86) fue de 39,7 años, con un rango de 28 a 69; el 81,3% de los pacientes tenía entre 31 y 45 años y solo el 4,6% (4/86) eran menores de 30 años. (Tabla 1)

La ocupación se distribuyó de la siguiente manera: profesionales universitarios 11,6%, empleados con secundario completo 83,7%, empleados con secundario incompleto o primaria completa 4,6 %. (Tabla 2)

El 97,7% de los pacientes operados tenían hijos. La cantidad de hijos promedio de los sujetos fue de 2,3 (rango entre 1 y 5 hijos); el 54,6% de los pacientes tenían 2 hijos y el 26,7% tenía 3 hijos al momento de la cirugía. (Tabla 3)

La mayoría de los pacientes desconocía la existencia de una Ley de contracepción quirúrgica en nuestro país (70/86).

	N: 86
Edad	4.6% 28 a 30 años 81.3% 31 a 45 años 12.7% 46 a 60 años 1.1% más de 60 años
Pareja	89.6% Pareja estable 10.4% Sin pareja estable
Ocupación	4.6% Empleado sin secundario completo 83.7% Empleado con secundario completo 11,6% Universitarios
Niños	2.3% (2/86) Sin hijos

	10.4% 1 Hijo 54,6% (47/84) 2 Hijos 26.7% 3 Hijos 5.8% 4 Hijos 2.3% 5 Hijos
Motivo de elección de la cirugía	72% Planificación familiar 22% " porque Sí" 6% por indicación médica de suspensión método primario

Tabla 1. Resultados

Datos relacionados con la sexualidad

El 100 % de los pacientes manifestaron ser heterosexuales.

Con relación a la situación de pareja, el 89,6% tenían pareja estable y el 10,4% (9/86) no tenía pareja al momento de la vasectomía.

El 5,8% de los pacientes (5/86) manifestó que continuaría empleando preservativos pese al éxito de la vasectomía

Datos relacionados con el procedimiento quirúrgico

En el 72% de los pacientes la vasectomía fue el método de planificación familiar de elección. En otros casos se optó por la misma al no poder continuar con el método elegido primariamente (indicación de suspensión de ACO o de extracción de DIU de la pareja). Por otro lado, 19 pacientes (22%), manifestaron que su decisión fue "porque sí".

En la Tabla 2 se describen las complicaciones. Aquellas que se presentaron dentro de los 30 días de la cirugía resolvieron espontáneamente o bien con la administración de analgésicos en el caso de dolor postoperatorio. Las complicaciones alejadas afectaron a 5 pacientes (5,8%), un granuloma por hilo que resolvió con nitrato de plata sin necesidad de curetaje, 3 cuadros de orquialgia que persistieron intermitentemente hasta el tercer mes de la cirugía y revirtieron con analgesia, frío local y elevación testicular; finalmente 1 paciente (1.1%) persiste con orquialgia crónica de intensidad variable, no vinculada a su actividad sexual, con 15 meses de seguimiento.

Complicaciones	Tempranas menos de 30 días de la cirugía	Tardías	Tratamiento	Evolución
Dehiscencia	8.1% (7/86)		NO	Resolvió
Equimosis escrotal	4.6% (4/86)		NO	Resolvió

Dolor Postoperatorio	5,8% (5/86)		Analgesia más frío local	Resolvió
Orquialgia		3.4% (3/86)	Analgesia más frío local	Resolvió
Orquialgia Crónica		1.1 % (1/86)	Analgesia, pregabalina	Persiste
Granuloma por hilo		1.1 % (1/86)	Nitrato de plata	Resolvió

Tabla 2. Complicaciones

El 100% de los fragmentos de conductillos que se enviaron a estudio anatomopatológico fueron informados como “conducto deferente”.

Con el reinicio de la actividad sexual ningún paciente manifestó cambios en su calidad de erección ni trastornos eyaculatorios

Datos relacionados con el seminograma

El 83,7% de los seminogramas realizados a los 3 meses de la cirugía presentaron azoospermia. De los 14 pacientes restantes, el 92,8% (13/14) presentó un espermograma sin espermatozoides a los 6 meses de la vasectomía. Un único paciente requirió un tercer seminograma a los 12 meses, dado que mantuvo un recuento inferior a 100.000 pero sin 100% de zoides inmóviles. (Grafico 1)

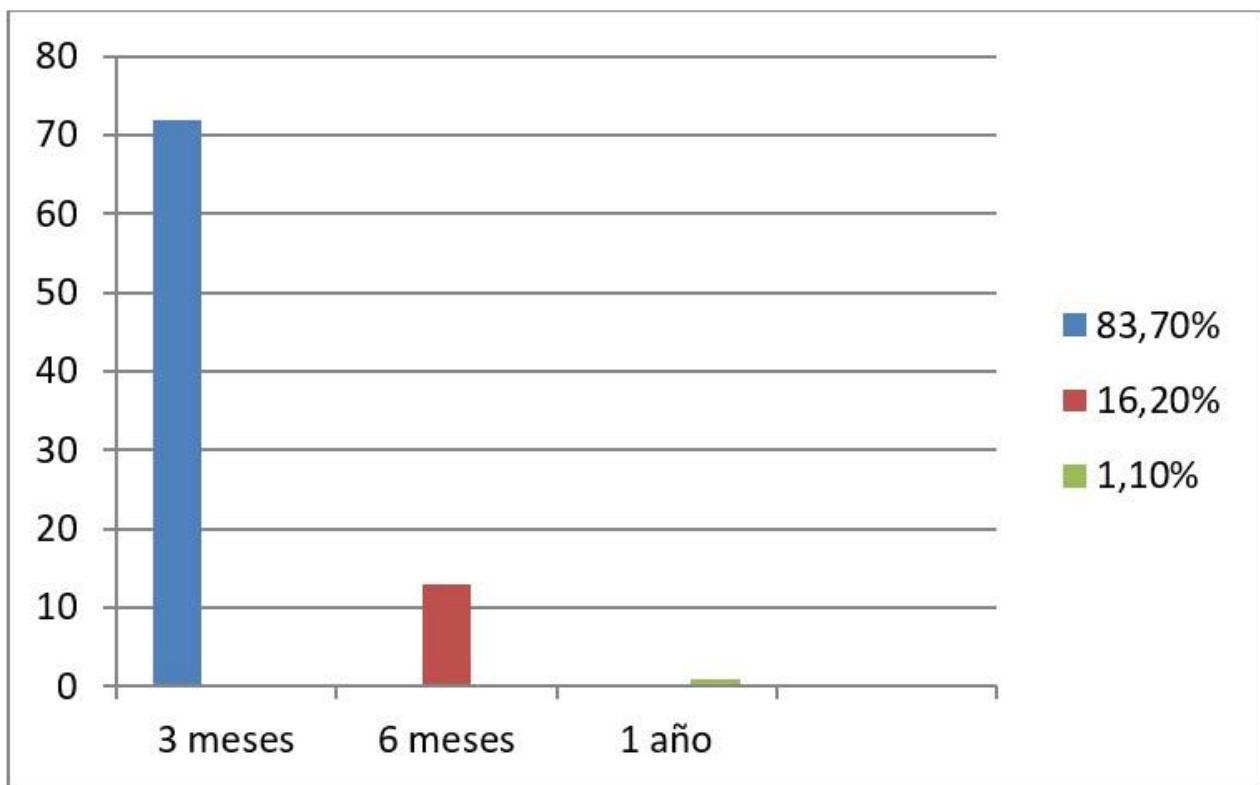


Tabla 3. Seminogramas con azoospermia a los 3,6 y 12 meses.

Datos relacionados con la satisfacción y recomendación

El 97,6% (84/86) de los pacientes respondieron que se encontraban satisfechos con el resultado de la vasectomía al año del procedimiento.

El mismo porcentaje de pacientes respondieron positivamente ante la pregunta vinculada a si recomendaría a otro hombre la realización de una contracepción quirúrgica.

Discusión

En Inglaterra, en el año 1775, el Dr. John Hunter realizó la primera vasectomía de la Historia, sin embargo, su objetivo no fue la contracepción masculina. Hasta la década del 50, era una práctica de rutina para los cirujanos urólogos en casi la totalidad de los pacientes sometidos a una cirugía de la próstata, puesto que su objetivo primario era la prevención de la orquiepididimitis presente de manera frecuente como complicación de la adenomectomía prostática. Los promotores de esta vasectomía profiláctica fueron los Dres Goldstein y Smith³⁻⁴. Recién a partir de 1960 con la denomina *revolución sexual* comenzó a utilizarse más frecuentemente la vasectomía como método de contracepción quirúrgica⁵.

La vasectomía es un método que puede considerarse permanente, reproducible y altamente efectivo, que no altera la calidad de la erección ni el volumen eyaculatorio. Los diferentes trabajos publicados informan que solo el 0.03 al 1.2% de los pacientes pueden experimentar una recanalización espontánea luego de la depuración seminal⁶.

Existen países como Canadá y el Reino Unido donde la vasectomía es más frecuente que la ligadura tubaria y se considera que en el mundo más de 30 millones de individuos se practican por año la ligadura de los conductos deferentes, más aún, en Estados Unidos, es la cirugía urológica más frecuente con 600.000 casos al año^{7,8,9}. Pese a lo antedicho, la contracepción quirúrgica en las mujeres sigue siendo por mucho más común que la vasectomía a nivel mundial, recayendo sobre ellas la responsabilidad de la anticoncepción, incluso en un contexto en el cual existen programas de las Naciones Unidas y la OMS que remarcan la necesidad de garantizar la información y los medios necesarios para que las parejas puedan decidir en forma libre y responsable el número de hijos, conociendo y teniendo acceso a todos los métodos anticonceptivos, involucrando a ambas partes por igual en la planificación familiar^{5,10,11}.

Es aceptado que la técnica utilizada para la vasectomía no altera ni el éxito ni predispone a una falla del procedimiento. La diferencia básica entre la técnica tradicional que empleamos y la descrita por el Dr. Shun Qiang Li radica en el acceso al conducto deferente mediante la apertura de la piel con un bisturí n° 15 o bien el desgarro cutáneo con un elemento punzante. En base a la evidencia, podemos atribuir el número relativamente elevado de complicaciones inmediatas de la muestra analizada a esta diferencia metodológica^{12,13}. Sin embargo, en nuestra serie no hemos observado infecciones de la herida ni hematomas como tampoco hemos tenido complicaciones graves; la orquialgia crónica presente en un paciente no altera su calidad de vida ni se traduce en una condición invalidante, además de ser una complicación descrita en la mayoría de las series, independientemente de la técnica empleada^{6,14,15}. Es interesante señalar que no hemos tenido dehiscencia de la herida luego de comenzar a utilizar monocryl en lugar de vicryl como sutura para la síntesis de la piel. Ninguna técnica de vasectomía ha demostrado ser superior a otra en cuanto a la posibilidad de recanalización tardía, fenómeno que disminuye ostensiblemente cuando se realiza la electrocoagulación de los cabos y se practica interposición tisular.^{6,16}

Si bien es extremadamente infrecuente la presencia de una duplicación o un conducto deferente supernumerario, como así también la duda diagnóstica macroscópica al identificar el conducto, decidimos por protocolo enviar todos los fragmentos resecados para su estudio histológico, lo que constituye no sólo una confirmación anatomopatológica sino también un respaldo legal, teniendo en cuenta además que la obtención de dicho material no prolonga el tiempo quirúrgico ni aumenta la morbilidad del procedimiento.^{4,17,18}

Es de destacar que no existen contraindicaciones absolutas para la práctica de la vasectomía, existe consenso en que podrían considerarse contraindicaciones relativas a la ausencia de hijos, la edad menor de 30 años, la orquialgia crónica y la existencia de una enfermedad grave⁶. En nuestra serie sólo 2 pacientes eran menores de 30 años y no tenían hijos, conocían la existencia de la ley de contracepción quirúrgica y expresaron su deseo de practicarse una vasectomía desde el inicio de su actividad sexual.

La mayor parte de las recomendaciones y consensos generales acuerdan que los pacientes pueden ser considerados de alta cuando no se encuentren espermatozoides o su recuento sea inferior a 100.000 zoides inmóviles en el seminograma realizado a los 3 meses de la cirugía o bien luego de 20 eyaculaciones; de no obtenerse el resultado mencionado, se debe repetir a los 6 meses de la cirugía y si continúa sin cumplir los criterios puede optarse por nuevos seminogramas o una nueva vasectomía. La mayor parte de las series informan azoospermia en el 80-90% de los pacientes luego de 90 días de la cirugía. En nuestro análisis obtuvimos resultados similares a los trabajos publicados con un 83% de espermogramas sin espermatozoides a los 3 meses. En el único paciente que mostraba un recuento bajo de espermatozoides móviles luego de 6 meses optamos por repetir el seminograma al año del procedimiento en lugar de someterlo a una nueva cirugía.^{6,19,20}

Objetivamos un alto grado de satisfacción y recomendación en nuestra serie, consideramos que esto es el resultado de la información suministrada previamente sobre los aspectos técnicos y las potenciales complicaciones, además de la elevada tasa de éxito que tiene el procedimiento.

Su rol fundamental en la planificación familiar y la procreación responsable, hacen de la vasectomía un procedimiento que requiere una mayor promoción y concientización, que sin duda se verá favorecida por la promulgación del proyecto de Ley sobre la promoción de la ligadura de los conductos deferentes 3195-D-2019.

Conclusiones

En base a nuestro análisis, observamos que la vasectomía es un método quirúrgico de contracepción que representa una alternativa eficaz, segura, muy bien tolerada, con alto grado de satisfacción y recomendada por los propios pacientes. Es de suma importancia el asesoramiento de los pacientes sobre la existencia de otros métodos, las eventuales complicaciones y la posibilidad remota de su reversión espontánea, además de la necesidad de realizar controles con seminograma. Consideramos necesaria una mayor difusión, concientización y promoción de esta técnica, con programas sanitarios que faciliten su acceso, evitando la práctica de otros procedimientos más complejos y de mayor morbilidad para lograr la planificación familiar deseada y contribuir a una procreación responsable.

Referencias

1. Ley 26.130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica de la República Argentina, 2006.
2. Proyecto de Ley Expediente 3195-D-2019 PROMOCION Y CONCIENTIZACION SOBRE DE LA LIGADURA DE CONDUCTOS DEFERENTES O VASECTOMIA. 27/06/2019
3. Grimaldi, A; Goldaracena, J. La vasectomía profiláctica. Revista Argentina de Urología. Vol. 21, Núm. 9-12 (1952)
4. Romero Perez P; Cortina, F; y cols. La vasectomía; Estudio de 300 intervenciones. Actas Urol Esp. 28 (3): 175-214, 2004
5. R.D.Hernández-Aguilera M.L.Marván-Garduño b La vasectomía desde una perspectiva psicosocial Volume 29, Issue 1, January–March 2015, Pages 30-35 Perinatología y Reproducción Humana
6. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, y cols. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. Eur Urol. 2012; 61: 159-163.
7. Population Reference Bureau. Family planning worldwide 2008 data sheet. Washington, D.C:Population Reference Bureau. 2008.
8. United Nations. World contraceptive use 2007 (wall chart). New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2008.
9. Sepulveda, F y cols Vasectomia sin bisturí Rev Chil Cir. Vol 66 - Nº 2, Abril 2014; pág. 158-162
10. Naciones Unidas Programa de acción sobre de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994
11. World Contraceptive Use. Manual de planificación familiar. OMS <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304>
12. Li S, Goldstein M, Zhu J, y cols. The no-scalpel vasectomy. J Urol. 1991; 145: 341-344.
13. Cook LA, Pun A, Gallo MF, y cols. Scalpel vs noscalpel incision for vasectomy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; Issue 3.
14. Awsare NS, Krishnan J, Boustead GB, Hanbury DC, McNicholas TA. Complications of vasectomy. Ann R Coll Surg Engl. 2005;87:406-10.
15. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Complications of vasectomy: review of 16,000 patients. Br J Urol. 1984;56:745-8.
16. Armand Z. Vasectomy update 2010. Can Urol Assoc J. 2010; 4: 306-309
17. Damle S, Corten CC, Moore EE. Double trouble: duplication of vas deferens encountered during ingui-nal hernia repair. J Am Coll Surg 2005; 201(1): 141.
18. Torres Gómez, Poyato Galán, Fernández Machín. Es importante el estudio histológico de los conductos deferentes. Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (2): 159-160
19. Korthorst RA, Consten D, van Roijen JH. Clearance after vasectomy with a single semen sample containing < than 100,000 immotile sperm/mL: analysis of 1,073 patients. BJU Int. 2010;105:1572-5.
20. Hancock P, McLaughlin E. British Andrology Society guidelines for the assessment of post vasectomy semen samples (2002). J Clin Pathol. 2002; 55:812-6.

Anticoncepción en adolescentes, la otra mirada.

Labovsky M.¹; Oizerovich S.²

1. Médica tocoginecóloga, Miembro de la Comisión directiva de AMADA, Miembro de la comisión directiva de la FIGIJ. Ex presidenta de SAGIJ.
2. Médica tocoginecóloga, Presidenta de REDISSER, Ex presidenta de AMADA Ex presidenta SAGIJ



Resumen

Uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo es el embarazo en la adolescencia, el cual se define como el embarazo que ocurre en niñas de entre 13 y 19 años.

La consulta sobre anticoncepción implica promover una vida sexual sana, satisfactoria y segura, al tiempo que se minimizan los riesgos. Una de las claves del asesoramiento sobre anticoncepción es garantizar que cada adolescente pueda elegir si quiere tener hijos y cuándo quiere tenerlos.

La anticoncepción en adolescentes involucra diferentes situaciones que afectan la accesibilidad y aceptabilidad de diferentes métodos anticonceptivos. Estas situaciones pueden ser barreras que interfieran en la elección y el uso correcto de los diferentes métodos en este grupo de edad

El acceso a la información, la educación y la disponibilidad de métodos anticonceptivos están sujetos a una cuestión compleja que relaciona factores sociales, culturales, políticos y religiosos.

El asesoramiento sobre anticoncepción para adolescentes tiene como objetivo proporcionar un método anticonceptivo sin demora. La consulta de anticoncepción en la adolescencia es una consulta de urgencia.

Siempre debemos recomendar el uso del doble método. Esto significa iniciar un método anticonceptivo eficaz para la prevención del embarazo no intencional junto con el uso de preservativos para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

La educación sexual integral y de calidad es fundamental para lograr una salud sexual y salud reproductiva plena y sin riesgos. La existencia de mitos y falsas creencias deben ser trabajadas para que no funcionen como barreras.

La consejería o asesoramiento resultan otro pilar fundamental para conocer los deseos, necesidades y condiciones de los/las adolescentes en el momento de elegir un método anticonceptivo.

Los LARCs (Métodos de larga duración) son recomendados por los expertos de nuestra región como una de las mejores opciones para todas las edades.

Abstract

One of the main public health problems around the world is teenage pregnancy, which is defined as pregnancy that occurs in girls between the ages of 13 and 19.

Consultation about contraception involves promoting a healthy, satisfying, and safe sex life, while minimizing risks. One of the keys to contraceptive counseling is ensuring that each adolescent can choose when and if she wants to have children.

Contraception in adolescents involves different situations that affect the accessibility and acceptability of different contraceptive methods. These situations can be barriers that interfere in the choice and correct use of the different methods in this age group.

Access to information, education and the availability of contraceptive methods are subject to a complex issue that relates to social, cultural, political, and religious factors.

Counseling on contraception for adolescents aims to provide contraception without delay.

The consultation for contraception in adolescence is an emergency consultation.

We should always recommend the use of the double method. This means starting an effective contraceptive method for the prevention of unintended pregnancy along with the use of condoms for the prevention of sexually transmitted infections.

Comprehensive and quality sexual education is essential to achieve full and safe sexual and reproductive health. The existence of myths and false beliefs must be worked on so that they do not function as barriers.

Counseling is another fundamental pillar to know the wishes, needs and conditions of adolescents when choosing a contraceptive method.

Larcs (Long acting reversible contraception) methods are recommended by experts of our region as one of the best options for all ages.

Palabras clave: adolescentes, anticoncepción, consejería, asesoría, buenas prácticas, barreras, criterios de elegibilidad

Introducción

Uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo es el embarazo en la adolescencia, el cual se define como el embarazo que ocurre en niñas de entre 13 y 19 años de edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siete países constituyen la mitad de todos los nacimientos de adolescentes a nivel mundial, a saber: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y los Estados Unidos de América. Un estudio realizado en países en desarrollo establece que los determinantes del embarazo en la adolescencia incluyen las siguientes razones como factores causales: falta de conocimiento sobre educación sexual, utilización ineficaz de anticonceptivos modernos, obediencia cultural, dependencia socioeconómica de las mujeres con respecto a los hombres e influencia de los pares^{[1][2]}.

A su vez, otros datos de la OMS indican que cada año dan a luz 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años. La mayoría de estos embarazos ocurren en países de ingresos bajos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa principal de muerte entre las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. Al mismo tiempo, los bebés nacidos de madres adolescentes corren un riesgo significativamente mayor de morir que los

nacidos de mujeres entre 20 y 24 años. A los 20 años de edad, casi el 75% de las adolescentes habrían tenido relaciones sexuales [\[3\]\[4\]\[5\]\[6\]\[7\]](#).

Es importante señalar que la edad de la primera relación sexual afecta el uso del método anticonceptivo. Cuanto más joven se es, mayor es la posibilidad de no utilizar un método anticonceptivo seguro y mayor es la frecuencia de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no intencionales. Esto, sin duda, impacta negativamente en el desarrollo personal de un adolescente [\[8\]](#).

La consulta sobre anticoncepción brinda la oportunidad de manejar problemas que van más allá del marco de la enfermedad. La paciente adolescente, en muchos casos, no acude al médico por una enfermedad. De hecho, en general, están sanas y bien, pero necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de su propia vida, como la sexualidad. La consulta sobre anticoncepción implica promover una vida sexual sana, satisfactoria y segura, al tiempo que se minimizan los riesgos. Además, una de las claves del asesoramiento sobre anticoncepción es garantizar que cada adolescente pueda elegir si quiere tener hijos y cuándo quiere tenerlos.

Factores que afectan el acceso a la salud sexual y a la salud reproductiva en adolescentes.

La anticoncepción en adolescentes involucra diferentes situaciones que afectan la accesibilidad y aceptabilidad de diferentes métodos anticonceptivos. Estas situaciones pueden ser barreras que interfieran en la elección y el uso correcto de los diferentes métodos en este grupo de edad. Estos factores son multidimensionales, algunos son universales como los cambios biológicos de la pubertad y otros varían según la región donde vive la persona.

La adolescencia es una etapa progresivamente prolongada, durante la cual se producen rápidos y grandes cambios que llevan al ser humano a madurar biológica, psicológica y socialmente, y potencialmente a vivir de forma independiente. Los objetivos de desarrollo de este período son el establecimiento de la identidad y el logro de la autonomía. Si bien es un proceso de alta variabilidad individual en cuanto a su inicio y fin, la progresión por etapas, la sincronía del desarrollo entre las distintas áreas, y en otros aspectos, el desarrollo psicosocial y cultural de este período suele tener características comunes y un patrón progresivo de 3 fases: adolescencia temprana, media y tardía.

Considerando las diferentes etapas por las que atraviesan los/las adolescentes, es importante asegurar la información que les brindamos de acuerdo a su momento evolutivo para que la asimilen y comprendan. De esta manera, se alcanza un riesgo menor de embarazos no intencionales.

¿Qué tienen de especial los adolescentes?

Rápido desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y sexual

- Cambios hormonales y pubertad
- Sensaciones y emociones nuevas y complejas
- Conciencia sexual e identidad de género
- Desarrollo del cerebro con explosión eléctrica y fisiológica
- Capacidad cognitiva mejorada y en evolución
- Control emocional y de impulsos influido por el contexto

La brecha entre la madurez biológica y la transición a la edad adulta

- Más años de educación y formación debido a la expansión de la educación primaria, la educación secundaria y la formación continua
- Inicio más tardío del empleo y de la formación de la familia
- Mayor participación independiente en los servicios sanitarios, que pueden estar mal preparados para atender a los adolescentes necesidades especiales

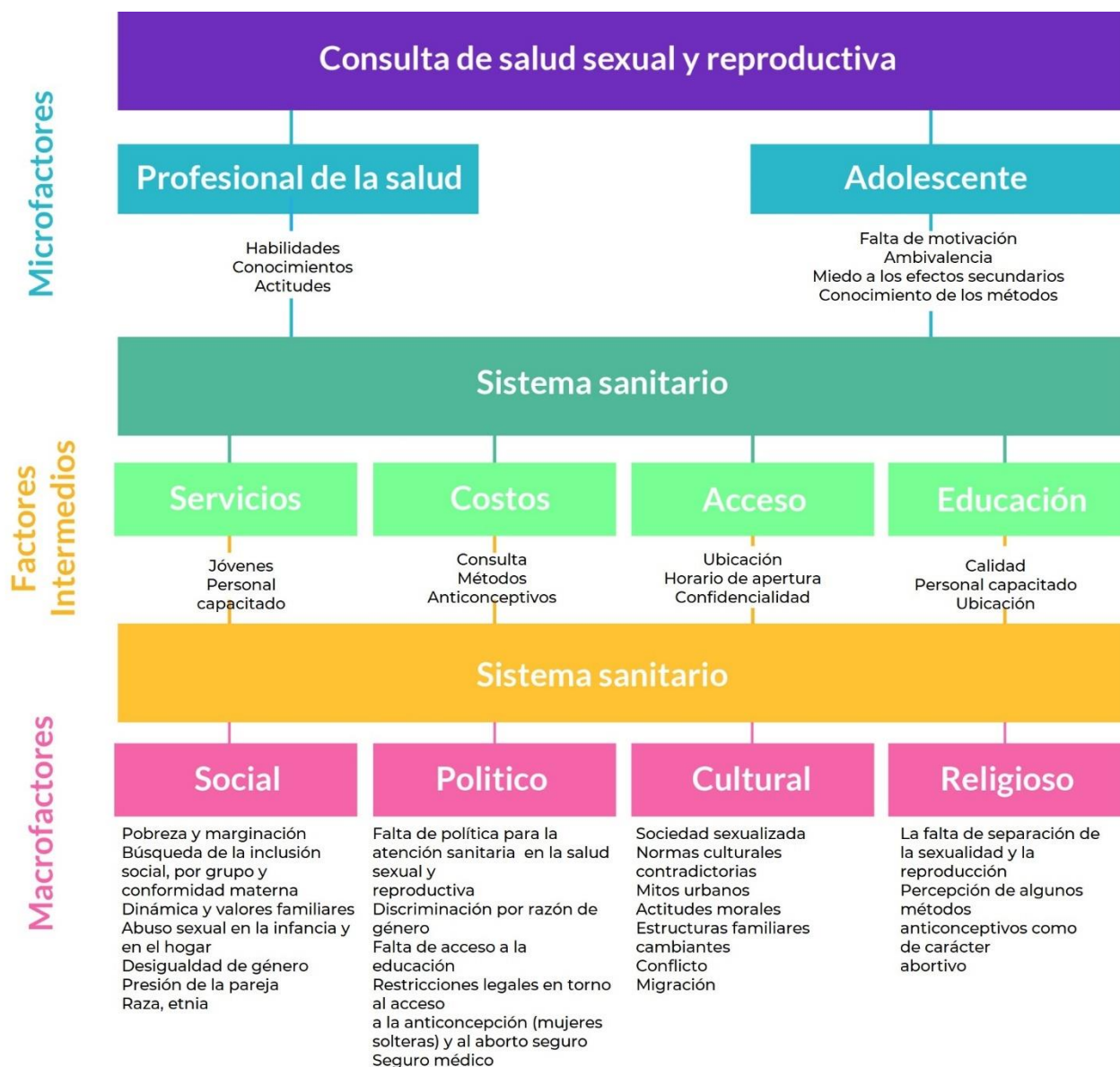
Equilibrio entre protección y la autonomía

- Autonomía emergente pero acceso limitado a los recursos (por ejemplo, finanzas, transporte)
- Representación adecuada en los órganos de decisión
- Derecho a consentir los servicios, en consonancia con la evolución de la capacidad
- Mayor vulnerabilidad a algunos aspectos de la globalización (por ejemplo, mayor vulnerabilidad a los juegos, la pornografía, el acoso en línea)

Acción Global Acelerada para la Salud de los Adolescentes (AA-HA!)

¿Qué tienen de especial los adolescentes? (OMS, 2017)^[9]

El acceso a la información, la educación y la disponibilidad de métodos anticonceptivos están sujetos a una cuestión compleja que relaciona factores sociales, culturales, políticos y religiosos. Esto se ejemplifica claramente en el trabajo del Global CareGroupTargetingFactorsChange^[10].



Tomado y modificado de Bitzer y col. Factores que impactan en la utilización de los métodos anticonceptivos (MAC)^[10]

Consejería, asesoramiento u orientación

La consejería, asesoramiento u orientación es un dispositivo de atención que implica un acompañamiento personalizado, realizado por personal capacitado, con el objetivo de brindar información de calidad, orientar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva, promoviendo la autonomía sin emitir juicios de valor.

El asesoramiento sobre anticoncepción para adolescentes tiene como objetivo proporcionar un método anticonceptivo (MAC) sin demora.

El primer paso para brindar asesoramiento sobre anticonceptivos centrado en las personas es identificar a las usuarias, para quienes este asesoramiento es apropiado. Se han propuesto varios modelos, cada uno con sus propias limitaciones y beneficios. En la práctica, se pregunta si desean evitar el embarazo. La asesoría en salud sexual y salud reproductiva forma parte de la atención integral de la salud. Muchas veces, es la única oportunidad que tienen las personas de plantear preguntas relacionadas con su sexualidad con un equipo de salud.

La información incluida en los espacios de asesoramiento se refiere a: métodos anticonceptivos; negociación del uso del condón/preservativo; sexualidad (disfrute de las relaciones, malestar, etc.); prácticas para el cuidado y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH / SIDA; detección, asistencia y acompañamiento en situaciones de abuso y violencia sexual; y acceso efectivo a los derechos sexuales y derechos reproductivos.

La información sobre salud sexual y salud reproductiva que se brinde en el asesoramiento debe estar actualizada, validada científicamente y expresada de manera clara y adecuada. Los profesionales de la asesoría deben considerar la realidad de las personas como sujetos con derechos, quienes viven en un contexto cultural y social. En este sentido, debe guiarse por dos principios fundamentales: la perspectiva de derechos y el enfoque de género.

El asesoramiento debe realizarse en espacios amigables, cumpliendo con los siguientes requerimientos y características:

- **Equitativo:** todos los/las adolescentes deben acceder al servicio de salud que necesitan.
- **Accesible:** todos los/las adolescentes deben tener posibilidad de acceso.
- **Aceptable:** debe cumplir con las expectativas de los/las adolescente de privacidad, no discriminación, confidencialidad y un servicio que no imponga valores morales.
- **Adecuado:** debe considerar no solo la atención sexual y reproductiva, debe trabajar desde la prevención y también detectar si hubiese trastornos de salud mental, nutrición, abuso de sustancias y enfermedades crónicas.

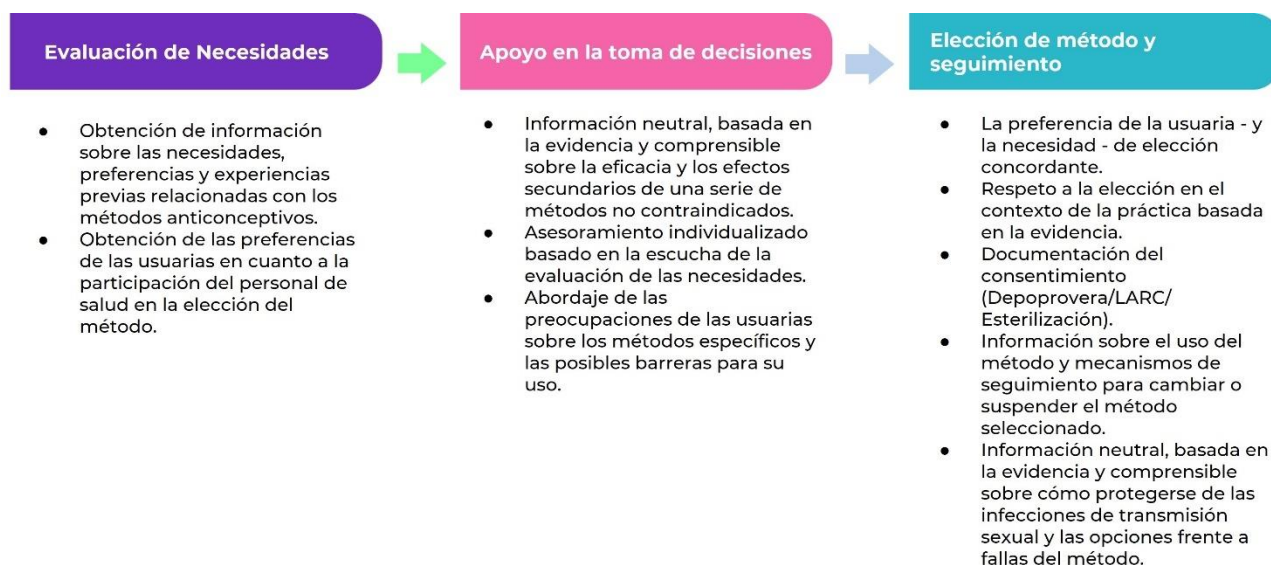
El asesoramiento se desarrolla como un proceso. Los adolescentes a menudo necesitan más de un encuentro para poder tomar decisiones de forma independiente, comprenderlas y asimilarlas y luego llevarlas adelante a sus vidas. El proceso de orientación necesita de la construcción de un vínculo entre los/las adolescentes que consultan y el personal de salud que está brindando la asesoría. Asimismo, las sesiones de asesoramiento no deben tener la rigidez de un protocolo.

Para realizar esta tarea de asesoramiento es necesario conocer los antecedentes personales y familiares de la persona para identificar las posibles contraindicaciones. Una vez que se establece que la mujer está dispuesta a recibir asesoramiento sobre anticonceptivos, los profesionales pueden evaluar las condiciones médicas que podrían afectar la seguridad de métodos específicos.

La OMS, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y otras asociaciones médicas y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, mantienen recomendaciones basadas en evidencia para el uso de métodos anticonceptivos en el contexto de una variedad de condiciones médicas y características personales. Las afecciones médicas comunes a considerar incluyen el tabaquismo, afecciones cardiovasculares (como la hipertensión o antecedentes de trombosis venosa) y antecedentes de migraña con aura e interacciones medicamentosas.

La edad por sí sola no contraindica ningún método anticonceptivo en particular. Lo que sí puede contraindicar un método es la condición que pueda presentar una persona. Por ejemplo, una migraña con aura no permite la toma de estrógenos a ninguna edad. En este sentido, las adolescentes no tienen contraindicaciones para el uso de ningún método basándose en su edad.

Siempre debemos recomendar el uso del doble método. Esto significa iniciar un método anticonceptivo eficaz para la prevención del embarazo no intencional junto con el uso de preservativos para la prevención de infecciones de transmisión sexual. [\[11\]\[12\]\[13\]\[14\]](#)



Elementos fundacionales de construcción de relaciones:



Herramientas necesarias para construir y realizar una asesoría/consejería

La consulta de anticoncepción en la adolescencia es una consulta de emergencia.

El asesoramiento sobre anticoncepción debe abordar el comportamiento y el desarrollo del adolescente para guiarlo/a en la selección de un método anticonceptivo apropiado, eficaz y aceptable. Después de seleccionar dicho método, se debe acompañarlo/la a lograr el uso correcto del método, la adherencia y la atención de seguimiento confiable.

Es probable que en el futuro y por medio de la tecnología, los equipos de salud interdisciplinarios lleven a cabo el asesoramiento sobre anticonceptivos para adolescentes en tiempo real y que dependa de la retroalimentación con los/las adolescentes.

Garantizar la confidencialidad es un elemento esencial del asesoramiento. De hecho, es el primer paso para establecer la confianza entre la persona y el profesional de la salud. La adolescente debe tener la oportunidad de brindar su historia personal, expresar sus dudas, miedos y obtener información de calidad. La importancia y los límites de la confidencialidad deben ser discutidos con la adolescente. Si sus padres la acompañan y quieren estar presentes durante toda la consulta, se debe priorizar la decisión del/la adolescente.

Educación sexual

La educación sexual es fundamental para empoderar e igualar a todos/as permitiendo que frente a distintas situaciones culturales, religiosas, económicas y familiares, tengan las mismas posibilidades de disfrutar la sexualidad sin ponerse en riesgo.

La educación sexual debe comenzar en la niñez y continuar progresivamente hasta la adolescencia y la edad adulta. El objetivo de la misma es apoyar y proteger el desarrollo sexual, y gradualmente equipar y empoderar a los niños, niñas y jóvenes con información, habilidades y valores positivos para comprender y disfrutar su sexualidad, tener relaciones seguras y satisfactorias y asumir la responsabilidad de su propia salud sexual y la de otras personas ^[15].

Los programas deben reflejar una visión holística más amplia, en la que la sexualidad misma no solo esté centrada exclusivamente en las relaciones sexuales sino en la sexualidad, entendiendo por la misma el placer, el cariño, los abrazos, el amor, etc.

Los medios de comunicación modernos, sobre todo los teléfonos móviles e internet, se han convertido en poco tiempo en importantes fuentes de información. Pero gran parte de la información sobre salud sexual y salud reproductiva disponible en estas fuentes está distorsionada, desequilibrada, es poco realista e incluso puede ser degradante.

Los temas relacionados a educación sexual además deberían incluir los cambios en el desarrollo (pubertad), fisiología del ciclo menstrual (incluidos los posibles cambios de sangrado “normal” durante la adolescencia), orientación sexual, emociones y relaciones, establecimiento de límites personales, respuesta sexual, anticoncepción eficaz, fisiología del embarazo y prevención de ITS y VIH.

Los/las adolescentes también necesitan educación sobre los métodos anticonceptivos incluidas las características del método, cómo usarlo de manera constante y correcta, las tasas de falla, los beneficios no anticonceptivos, los posibles efectos secundarios y riesgos.

El conocimiento acerca de las posibles situaciones que se les pueden presentar podría tener un impacto positivo en la aceptabilidad y la continuidad del método.

Basándose en estos estudios existentes, el *Global Care Group* llegó a la conclusión de que la educación de alta calidad debe ser impartida por personas bien capacitadas de manera oportuna y apropiada para la edad. Los profesionales de la salud necesitan formación y asesoramiento sobre la forma, el contenido y el lenguaje adecuados para la transmisión de la información a los adolescentes. Es posible que esta capacitación deba extenderse más allá del equipo de salud como por ejemplo a los farmacéuticos, ya que la anticoncepción oral y la anticoncepción de emergencia están disponibles sin receta en muchos países.^[10]

Educación para profesionales de la salud

Los profesionales de la salud son vistos como educadores y los poseedores del conocimiento más confiable y lamentablemente esto no siempre es así. Esto sucede tanto con la población adulta como con los /las adolescentes.

La desinformación con respecto a los métodos anticonceptivos, la incapacidad de proporcionar las habilidades y los conocimientos específicos requeridos por las/los adolescentes y la falta de comunicación efectiva, son barreras para la provisión de servicios de calidad. Las barreras limitan la capacidad de brindar atención anticonceptiva efectiva e impiden que las mujeres obtengan, comiencen y continúen con un método anticonceptivo moderno. La falta de conocimiento de los Criterios médicos de elegibilidad (MEC) puede llevar a la aplicación de restricciones inapropiadas sobre las recomendaciones de anticoncepción en adolescentes, por ejemplo, la idoneidad sobre de la anticoncepción intrauterina en mujeres nulíparas. La situación puede agravarse aún más por demoras injustificadas en el momento del inicio de la anticoncepción, es decir, por ejemplo, hasta la próxima menstruación. Los equipos de salud no solo deben ser capaces de abordar de manera proactiva los mitos y conceptos erróneos comunes sobre la idoneidad y los posibles efectos secundarios de los diferentes métodos, sino también corregir la percepción inexacta de la frecuencia con la que ocurren los mismos ^[10].

Mitos y barreras

La información falsa, los mitos, que se revelan como verdaderos pueden ser compartidos por muchas personas. Las percepciones erróneas de los/las adolescentes y de los profesionales de la salud son los principales obstáculos para la anticoncepción eficaz.

Las adolescentes pueden tener percepciones erróneas sobre el riesgo de quedar embarazadas (por ejemplo, si han tenido relaciones sexuales sin protección y no han quedado embarazadas, pueden creer que no son fértiles). A su vez, pueden creer erróneamente que deben someterse a un examen pélvico e inspección cervical antes de comenzar a utilizar cualquier método anticonceptivo, porque se les ha hecho creer eso.

A continuación, se analizan concepciones erradas sobre diversos métodos anticonceptivos:

Las adolescentes piensan que los métodos a corto plazo (como las píldoras anticonceptivas, los parches, los inyectables mensuales o los anillos) pueden provocar:

- Aumento de peso, aunque no se ha establecido una relación causal^[16].
- Alteraciones en la altura final debido a que puede ocurrir un cierre temprano de la placa de crecimiento, aunque al llegar a la menarca ya han adquirido el 95% de la altura final.
- Alteraciones vinculadas a la fertilidad futura.
- Necesidad de tomar descansos, es decir, interrupciones del uso del método.
- Riesgos de trombosis o accidente cerebrovascular. No reconocen que el riesgo de trombosis durante el embarazo es siempre mayor que durante el uso de anticonceptivos combinados^[17].

Cuando se les pregunta a las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos de larga duración como el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante, responden que éstos pueden provocar:

- Embarazo debido a la ineficacia del método para prevenir embarazos (“niños nacidos con DIU”).
- Afección negativa a su estado de salud en el presente o en el futuro (predisposición a infecciones, cáncer, por ejemplo).

Asimismo, algunas adolescentes que comparten con otras mujeres (que pueden ser parientes o vecinas) de sus entornos sociales, consideran inaceptable la anticoncepción en adolescentes solteras. Se constituyen como barreras estructurales y económicas difíciles de modificar.

Si se les pregunta a los profesionales de la salud sobre el uso de un DIU o implante en un adolescente, responden erróneamente que no son aptos para prescribir a determinadas edades o para pacientes que no tienen una relación estable. Continúa la desinformación entre los profesionales médicos con respecto a los riesgos de infección, embarazos ectópicos, infertilidad, pacientes elegibles para el uso del DIU. Además, muchos profesionales no comprenden el mecanismo de acción del DIU, carecen de capacitación y temen los litigios^[18].

En los entornos donde estos servicios están disponibles, comúnmente se observa la falta de disponibilidad de suministros anticonceptivos, un servicio hostil y de mala calidad, un acceso limitado a las opciones anticonceptivas y barreras basadas en el género.

Las barreras religiosas también contribuyen significativamente a esta tendencia, ya que el sexo extramatrimonial se considera pecaminoso en algunos entornos y también existe la idea errónea de que los DIU son dispositivos "abortivos" que impiden que un óvulo fertilizado se adhiera.^{[19][20][21][22][23]}

Por su parte, los implantes, debido a la cantidad de varillas, presentaron un desafío tanto en la colocación como en la extracción. Actualmente, se componen de una o dos varillas, con lo cual se ha simplificado su uso.

Es fundamental que los profesionales de la salud dejen en claro desde el inicio que se respetará la privacidad de la adolescente, que no se realizarán estudios innecesarios sin validación ni evidencia científica.

Mitos comunes que afectan al uso de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada en América Latina y el Caribe

Interesados	Mito	Evidencia
Responsables políticos	Los métodos LARC son más costosos que otros métodos anticonceptivos modernos	Los métodos LARC son altamente rentables a largo plazo como resultado de su alta eficacia (Trussell 2011, Winner et al 2012)
Equipos de salud	Hay muchos requisitos para la colocación de un DIU o un implante	Los requisitos comunes antes de colocar un SIU es tener una exactitud ginecológica y que el equipo de salud esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada (OMS, 2015)
	Los métodos LARC tienen una baja eficacia	Los métodos LARC son anticonceptivos de primer nivel tanto por su eficacia como por su efectividad, con tasas de embarazo inferiores a menos de 1 por cada 100 mujeres-año tanto para el uso perfecto como para el uso típico (Trussell 2011, Winner et al 2012)
	El riesgo de perforación se percibe como mayor en las nuligrávidas	No hay datos que muestren una diferencia en el riesgo de perforación entre las mujeres nuligrávidas y multiparas (Lyus et al 2010)
	A los adolescentes y a los adultos jóvenes no les gusta utilizar los métodos LARC	Dada la disponibilidad de la anticoncepción sin costo, 75% de las mujeres (incluidas las adolescentes) eligieron LARC, y la continuación fue significativamente mayor entre las usuarias de LARC que las que no lo son (McNicholas et al 2015)
	Dada su edad, los adolescentes no pueden decidir por sí mismos un método anticonceptivo adecuado	La Convención sobre los Derechos del Niño indica el derecho al más alto nivel de salud y al acceso a los servicios médicos con énfasis en los relacionados con la atención primaria de la salud. (OPS 2017)
	Las personas con discapacidades no necesitan asesoramiento en materia de anticoncepción	Los prejuicios asociados a la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad no influyen en su derecho a recibir asesoramiento y métodos anticonceptivos (OPS 2017)
	El uso de LARC provoca osteoporosis	No se ha demostrado una disminución significativa de la densidad mineral ósea tras el uso de LARC (Bahamondes et al 2014, 2015a)
Público en general (incluidos los usuarios, familiares y comunidad en general)	El dolor asociado a la colocación de la DIU es suficiente para disuadirlos	Los estudios disponibles una escala de 0 (sin dolor) a 10 (dolor severo) y mostraron que la mayoría de las mujeres calificaron la colocación del DIU colocación como 2 o menos, y sólo el 4% lo calificó como ≥ (Ekhous y Mathes 2017). La OMS no restringe el uso del DIU en función de la edad o la paridad. Tanto multiparas como las nuligrávidas tienen una tasa de tasa de expulsión de menos del 5% (Secura et al 2012; Bahamondes et al 2015c; OMS 2015)
	Los dispositivos intrauterinos no caben en el útero de las nuligrávidas	NI los implantes ni las DIU han mostrado una relación causal con los cánceres ginecológicos o de otro tipo. De hecho, algunos DIU han mostrado un potencial efecto protector contra el cáncer de endometrio y de cuello uterino (Caterisagüé et al 2011)
	Los implantes y las DIU provocan cáncer	No hay evidencias. Sin embargo, los profesionales de la salud deben tener en cuenta cómo las experiencias de las mujeres pueden influir en sus respuestas al asesoramiento sobre anticonceptivos, en particular con respecto a la raza y los ingresos (Pelpert et al 2012)
Tanto los profesionales de la salud como el público en general	El uso del DIU provoca abortos	Los LARC actúan antes de la fecundación o cambiando el moco cervical (Moraes et al 2016)
	El SIU conlleva un mayor riesgo de desarrollar EPI y posterior infertilidad	Después de los primeros 20 días de colocación, el riesgo de EPI es el mismo tanto en las usuarias como en las no usuarias de LARC. No hay cambios en las tasas de fertilidad tras la retirada de LARC. (Tovonen et al 1991; Tsanadis et al 2002; Lyus et al 2010; Jaitaoqui et al 2017)
	Los dispositivos intrauterinos sólo pueden colocarse durante el periodo menstrual	Un DIU puede colocarse de forma segura en cualquier momento del ciclo menstrual (Whiteman et al 2013)

DIU: Dispositivos intrauterinos, LARC: Long acting reversible contraception/ Métodos anticonceptivos de larga duración. OMS Organización mundial de la salud

[24]

Tomado y modificado de Bahamondes L. y col. El uso de LARC en América Latina y el Caribe: panorama actual y recomendaciones.

El costo constituye una barrera muy importante. Si los métodos anticonceptivos no son incluidos en el sistema de salud pública o si su acceso depende de las compañías de seguro médico de los padres, el miedo de que esta información se revele en sus familias puede producir un rechazo a la consulta por parte de los/las adolescentes.

El consentimiento parental depende de la regulación de cada país o comunidad local. Los profesionales de la salud deben conocer dichas regulaciones y estar alertas de que éstas pueden constituirse como el obstáculo principal para el acceso a la anticoncepción de los adolescentes.

Planteamos entonces la necesidad de trabajar con MAC de larga duración (LARCs) como el DIU de cobre y el DIU con levonorgestrel (DIU Ing) y el implante subcutáneo.

Winner y col al estudiar la eficacia de los LARCs observaron que el porcentaje de embarazos no planificados fue 22 veces mayor en las pacientes que utilizaban MAC de corta duración (SARCs) comparados con los LARCs e incluso, dentro del grupo de menores de 21 años que usaban SARCs, se duplicó ese porcentaje [25].

Son métodos como se mencionó con anterioridad con una alta eficacia anticonceptiva debido a que no dependen del comportamiento de la usuaria, acercando el uso típico (como lo utiliza

habitualmente la usuaria) al uso perfecto (como debería utilizarse el método) lo que prácticamente homologa la tasa de falla (inferior al 1%)^[26].

Pero lo que los hace aún más relevante a los métodos de larga duración es la tasa de continuidad a través del tiempo, siendo superior al 80% en comparación con los métodos de corta duración (SARC) que presentan una tasa menor al 60%^[27] aumentando al mismo tiempo la eficacia del método. Esto lo podemos observar en el libro de “Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS, 2018”^[28]. En la última columna del gráfico, donde se marca el porcentaje de las mujeres que al cabo de un año continúan utilizando el mismo MAC, se observa que la continuidad del DIU Cu, DIU Lng e implante es la más alta comparada con los métodos de corta duración.

Método	% de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso		% de mujeres que continúan el uso al año ^c
	Uso típico ^a	Uso perfecto ^b	
Sin método ^d	85	85	
Espermicidas ^e	28	18	42
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	24		47
Standard Days Method [®] (método de días fijos) ^f	—	5	—
TwoDay Method [®] (método de los dos días) ^f		4	
Método de la ovulación ^g		3	
Método sintotérmico		0,4	
Coito interrumpido	22	4	46
Esponja anticonceptiva			36
Mujeres que han tenido 1 o más partos	24	20	
Nulíparas	12	9	
Preservativo ^h			
Femenino	21	5	41
Masculino	18	2	43
Diafragma ^h	12	6	57
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Parche Evra [®]	9	0,3	67
NuvaRing [®] (anillo)	9	0,3	67
Depo-Provera [®]	6	0,2	56
Anticonceptivos intrauterinos			
ParaGard [®] (T con cobre)	0,8	0,6	78
Mirena [®] (levonorgestrel)	0,2	0,2	80
Implanon [®]	0,05	0,05	84
Esterilización femenina	0,5	0,5	100
Esterilización masculina	0,15	0,10	100

Continuidad al año del uso de los LARC^[28]

La discontinuación de los LARC implica necesariamente el acercamiento a un centro de salud lo cual ofrece la oportunidad de realizar una nueva consejería que refuerce los beneficios de este tipo de métodos disminuyendo la tasa de abandono de los mismos.

A pesar de todos los beneficios enumerados y, como se mencionó previamente, la tasa de utilización en adolescentes es aún baja. En Argentina, por ejemplo, la tasa de uso de DIU es del 9.2%. Podemos destacar la permanencia del uso del implante en adolescentes y jóvenes como se observa en el trabajo realizado por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de

Salud de la Nación Argentina donde el porcentaje de continuidad del implante al año de uso fue de 88.1%. ^[29]

Conclusión

El objetivo central en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva a nivel mundial de los y las adolescentes es empoderarles para permitir que tengan una vida sexual lo más segura y placentera posible. No debe haber restricciones por parte de los gobiernos, los sistemas de salud o los grupos religiosos que limiten la provisión de consejería o asesoría completa y confidencial en salud sexual, entendiendo como salud sexual el ejercer la sexualidad en forma plena y placentera, anticoncepción para la prevención de los embarazos no intencionales y la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Algunas regiones han priorizado los métodos LARC para mujeres adolescentes, por ejemplo, en nuestra región luego de una reunión de expertos se hizo la recomendación del uso de LARCS y se sugirió que los gobiernos hicieran esfuerzos en este sentido (Bahamondes y col. 2018) sin embargo, la aceptabilidad, disponibilidad y asequibilidad siguen siendo inconsistentes. Por lo tanto, son importantes las habilidades de las y los trabajadores de la salud en el asesoramiento y la provisión de todos los métodos anticonceptivos modernos, adaptados a las necesidades biológicas y psicosociales de un adolescente. Es necesario educar tanto a los profesionales sanitarios como a los/las adolescentes para abordar los déficits de conocimientos, los mitos y conceptos erróneos, y las barreras de acceso a fin de mejorar la provisión de asesoramiento y de anticonceptivos eficaces. Se debe garantizar la confidencialidad, el acceso y la autonomía en las decisiones sobre anticoncepción.

La primera experiencia de asesoría debe ser positiva. Deben emplearse diferentes herramientas, incluido el uso de tecnología moderna, para fomentar un mayor cumplimiento cuando los/las adolescentes eligen métodos anticonceptivos dependientes de la persona.

Debemos utilizar nuestros conocimientos prácticos y nuestra experiencia para abordar las variaciones económicas y socioculturales en la accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad de las diferentes opciones.

Sigue existiendo una gran brecha de información en la que las sociedades científicas profesionales, los programas de formación y la creación de redes internacionales pueden resultar útiles. Las áreas a explorar deben abordar las barreras para el uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos modernos y resaltar los beneficios no anticonceptivos de algunos de estos métodos para impulsar su uso.

La población mundial tiene ahora el mayor número de adolescentes de la historia.

La inversión en atención adolescente es una inversión que redundará en beneficios no solo para ellos/ellas sino para las futuras generaciones.

Como miembros de organizaciones académicas, sociedades científicas debemos actuar como divulgadores de las mejores prácticas basadas en la evidencia en la prestación de servicios anticonceptivos a los/las adolescentes y garantizar que la educación sea efectiva y de calidad para que pueda ayudar a superar las barreras para una atención adecuada y eficaz.

Bibliografía:

- [1]. Abebe, A. M., Fitie, G. M., Jember, D. A., Reda, M. M. y Wake, G. E. Teenage Pregnancy and Its Adverse Obstetric and Perinatal Outcomes at Lemlem Karl Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. Research Article | Open Access Volume. Biomed Res Int . 2020 Jan 19; 2020:3124847
- [2]. Were, M. Determinants of teenage pregnancies: the case of Busia District in Kenya. Economics & Human Biology 2007; vol. 5, no. 2, pp. 322–339.
- [3]. Darroch, J., Woog, V., Bankole, A. y Ashford, L.S. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. Nueva York: Guttmacher Institute. 2016.
- [4]. Neal, S., Matthews, S., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. y Laski, L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. Acta Obstet Gynecol Scandv. 2021; Sep;91(9):1114-8.
- [5]. Organización Mundial de la Salud (2016). Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015.
- [6]. Organización Mundial de la Salud (2020). Family planning/contraception methods. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- [7]. United Nations Population Fund (UNFPA) (2015). Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy.
- [8]. Labovsky, M., Giurgiovich, A., Tablado, A., Gryner, A. y Oizerovich, S. Investigación sobre conductas sexuales de adolescentes y jóvenes. Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires; 2007; (88):96-104.
- [9]. Organización Mundial de la Salud (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents: guidance to support country implementation [Acceso diciembre, 2021]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf>
- [10]. Bitzer, J., Abalos, V., Apter, D., Martin, R. y Black, A. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016; Dec;21(6):417-430.
- [11]. Organización Mundial de la Salud (2015a). Guidelines Review Committee, Sexual and Reproductive Health and Research. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf
- [12]. Organización Mundial de la Salud (2015b). Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/es/
- [13]. Organización Mundial de la Salud (2015c). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/
- [14]. Organización Mundial de la Salud (2021). Embarazo en la adolescencia 21 de enero 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- [15]. Organización Mundial de la Salud (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. http://www.oif.ac.at/filead-min/OEIF/andere_Publikationen/WHO_BZgA_Standards.pdf

- [16]. Gallo, M.F., Grimes, D.A., Schulz K.F. y Helmerhorst, F. Combination estrogen-progestin contraceptives and body weight: systematic review of randomized controlled trials 2004. *Obstet Gynecol.* 2004; Feb;103(2):359-73.
- [17]. Gordon, C.M. y Pitts, S. Approach to the adolescent requesting contraception. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012; Jan;97(1):9-15.
- [18]. Stanwood, N.L., Garrett, J.M. y Konrad, T.R. Obstetrician-gynecologists and the intrauterine device: A survey of attitudes and practice. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(2):275.
- [19]. Bahamondes, V.M. Bahamondes, L. Intrauterine device use is safe among nulligravidas and adolescent girls. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021; 00:1-8.
- [20]. Casterline, J.B. y Sinding, S.W. Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. *Popul Dev Rev.* 2000; 26:691-723.
- [21]. Chandra-Mouli, V., McCarragher, D.R., Phillips, S.J., y Williamson, N.E. y Hainsworth, G. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reprod Health.* 2014 Jan 2; 11 (1):1.
- [22]. Chelsey, B., Coles, C. y Shubkin, D. Effective, recommended, underutilized: a review of the literature on barriers to adolescent usage of long-acting reversible contraceptive methods. *Curr Opin Pediatr.* 2018 Oct; 30(5):683-688.
- [23]. Jatlaoui, T.C., Riley, H.E.M. y Curtis, K.M. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception* 2017; 95:17-39.
- [24]. Bahamondes L. Villarroel C. Guzmán NF. Oizerovich S. Velázquez-Ramírez N. Monteiro I. The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations. *Human Reproduction Open*, 2018. pp. 1-10.
- [25]. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1998-2007.
- [26]. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice; Long-Acting Reversible Contraception Working Group. ACOG Committee Opinion no.450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2009;114(6):1434-8.
- [27]. Peipert JF1, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, Secura G. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1105-13
- [28]. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (2018) Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición.
- [29]. Oizerovich S. Perrotta G. Suárez N. Karolinski A. Bertolino V. Maceira D. Espinola N. Gómez Ponce de León R. Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Secretaria de gobierno de salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina. 2018

¿Qué hay de nuevo en dispositivos intrauterinos hormonales? Dispositivo intrauterino liberador de 19,5 mg de levonorgestrel de 5 años de duración.

Autores: Dra. Faranna Maria¹ Dra. Pradier Silvina²

1. Médica de planta de ginecología Hospital F. Santojanni. Docente de UBA. Miembro directivo de AMAdA. Miembro de la Sociedad Europea de Anticoncepción

2. Médica Ginecóloga. Especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción. Jefa de Endocrinología Ginecológica y de Reproducción del Hospital Británico de Buenos Aires. Docente UBA, UCA, U. Falvaloro. Presidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA)



Objetivos de aprendizaje:

Resumen

Este artículo es una revisión sobre anticoncepción intrauterina, donde focalizaremos en el nuevo dispositivo intrauterino liberador de 19,5 mg de levonorgestrel de 5 años de duración. En la misma intentaremos dar respuesta a los siguientes objetivos:

- Describir las diferencias observadas en los patrones de sangrado entre los DIU- LNG de dosis alta y baja
- Cómo asesorar a las mujeres acerca de las características clínicas de los distintos dispositivos intrauterinos hormonales liberadores de LNG
- Conocer los resultados clínicos de eficacia y seguridad del DIU-LNG de 19,5mg

Introducción:

Los métodos anticonceptivos eficaces son un requisito indispensable para la salud reproductiva. Toda mujer tiene el derecho a controlar el número de embarazos y el momento en que desea quedar embarazada. Para ejercer este derecho debe tener acceso, en cualquier parte del mundo, a una amplia gama de métodos anticonceptivos. La posibilidad de controlar su fertilidad juega un papel vital en el empoderamiento de la mujer y promueve la igualdad de género.^[1]

Disfrutar de una salud sexual y reproductiva satisfactoria es fundamental para alcanzar las metas del milenio.

Según las últimas estadísticas, el 60% de los embarazos en la Argentina no fueron intencionales, el 20% de las embarazadas eran adolescentes y el 76% de las mujeres no utilizó ningún método anticonceptivo.^[2]

Los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCs), son aquellos que no requieren de la atención de la usuaria por períodos mayores al mes.

En Estados Unidos según la Encuesta nacional de crecimiento familiar.

- Entre 2017–2019, 65.3% de las mujeres entre 15 - 49 años estaban utilizando un método anticonceptivo.
- Los métodos más usados fueron la ligadura tubaria (18.1%), los anticonceptivos orales (14.0%), los LARCs (10.4%), y el preservativo (8.4%).
- El uso de los LARCs fue más alto entre las mujeres de entre 20–29 años (13.7%) y entre 30–39 (12.7%) comparadas con las mujeres entre 15–19 (5.8%) y aquellas de 40–49 años (6.6%).^[3]

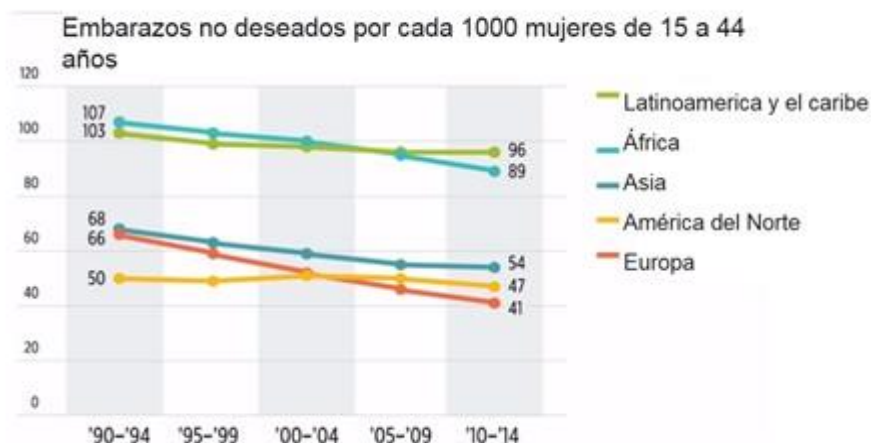
Actualmente los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCs), que incluyen dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes hormonales subdérmicos, están ganando popularidad debido a su alta eficacia para prevenir embarazos no intencionales.^[4]

En un estudio realizado en Estados Unidos llamado CHOICE, luego de brindar una asesoría con énfasis en métodos de larga acción se les brindó a las participantes el método anticonceptivo de su elección en forma gratuita por un período de 3 años. Se vio que los métodos más elegidos en el 75% de los casos fueron los LARCs. En el grupo de mujeres de 18 a 20 años eligieron el DIU el 43% de las mujeres. La tasa de satisfacción más alta fue del DIU-LNG seguido por el DIU de cobre y el implante subdérmico. Los LARCs son en realidad los métodos que cuentan con la más alta satisfacción.^{[5], [6]}

Cambios en las tasas de embarazos no deseados por región del mundo

Como se muestra en la figura 1, la tasa de embarazos no intencionales en Latinoamérica permanece alta y muy por arriba con respecto a los países desarrollados. La utilización de LARCS ha demostrado ser eficaz en el descenso de los embarazos no intencionales, en la tasa de abortos inseguros y de muertes maternas.^[7]

Figura 1. Embarazos no deseados por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años.⁷



A – Métodos anticonceptivos intrauterinos (DIU-Co DIU-LNG) desde una perspectiva mundial

- Los DIU de cobre son muy eficaces, de acción prolongada y rápidamente reversibles, aquellos que contienen 375 mm y 380 mm² tienen una eficacia cercana a la del DIU-LNG. La pérdida de sangre menstrual con DIU de cobre aumenta en un 35-50%. En cambio el DIU-LNG de 52 mg (Mirena®), proporciona una eficacia anticonceptiva elevada (Índice de Pearl de 0,29)

Está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA) para el tratamiento del sangrado menstrual abundante (SMA) o el sangrado uterino anormal (SUA).

El DIU-LNG de 52 mg ha demostrado eficacia en el tratamiento de dismenorrea, endometriosis, adenomiosis, hiperplasia de endometrio y en la prevención de pólipos endometriales (aunque aún no está indicado en el prospecto). Más del 90 % de las usuarias de DIU-LNG 52 mg (Mirena®) continúan con su uso luego de 1 año de colocación y más del 95% de ellas reportaron una gran satisfacción. Una adecuada consejería disminuye las barreras que aparecen al momento de utilizar LARCS. ^[8]

¿Por qué el esfuerzo en desarrollar un nuevo DIU hormonal?

Alrededor de 225 millones de mujeres no tienen acceso a métodos anticonceptivos eficaces y aceptables de manera global para un cálculo estimado de más de 225 millones de mujeres.

Más del 60% de los embarazos son no planeados y el 56% de los resultantes terminan en abortos provocados.

Hay ya basta experiencia mundial con DIU-LNG 52 mg, el cual tiene 30 años en el mercado, y ha resultado ser un método eficaz que no se ve afectado por el cumplimiento de la usuaria, con una alta tasa de continuidad y de satisfacción, con indicaciones que van más allá de la anticoncepción. ^[9]

Necesitamos un mayor número de métodos anticonceptivos para ofrecer, así como también asegurarnos de que las personas puedan tener mejor acceso a métodos anticonceptivos eficaces.

¿Por qué un nuevo sistema intrauterino más pequeño y con dosis más bajas de levonorgestrel LNG?

Recordemos que el DIU-LNG 52 mg es un anticonceptivo hormonal altamente confiable, altamente eficaz, que provee beneficios adicionales:

- deprivaciones más cortas y livianas
- mejoría en la dismenorrea
- exposición sistémica muy baja al levonorgestrel (LNG), pero algunas usuarias aún experimentan efectos secundarios relacionados con la progestina.

Una dosis diaria más baja podría reducir la exposición sistémica con menos efectos secundarios aunque aún no hay evidencia de que una tasa de liberación de LNG más baja reduzca los efectos secundarios relacionados con el progestágeno. ^[10]

Las mujeres nulíparas generalmente tienen cavidades uterinas más pequeñas y canales cervicales más estrechos en comparación con las mujeres que han tenido hijos. Un nuevo DIU-LNG con un marco en T más pequeño, con un tubo de inserción más estrecho lo cual le confiere más confort a la hora de la inserción, es más adecuado para mujeres nulíparas. ^[11]

Figura 2. Beneficios de un nuevo sistema con dosis más bajas de LNG.



Otra justificación para el desarrollo de este nuevo desarrollo en DIU- LNG 19,5 mg

¿Qué sucede con la amenorrea en usuarias del DIU-LNG 52 mg?

Escuchamos de las usuarias distintas actitudes hacia la amenorrea: estas sensaciones ante la amenorrea difieren según las distintas culturas, costumbres las cuales están bastante divididas acerca del deseo de tener o no un sangrado periódicamente. Por otra parte, muchas de ellas temen a que esa falta de sangrado mensual se deba a un embarazo.

- Alrededor del 25% prefieren no sangrar o manchar
- 30% están molestas por la falta de sangrado
- 81% de las mujeres chilenas prefieren la menstruación ^{[12], [13], [14]}

Por lo tanto un DIU-LNG que no provoque amenorrea sería deseable para ciertas usuarias que prefieren tener un sangrado periódico.

Descripción de los dispositivos liberadores de LNG.

Veamos las diferencias entre las tres opciones en DIU-LNG ^[15] que contamos hoy día en nuestro país:

Tabla 1: Características de los diferentes DIU-LNG

Depósito de LNG

Tamaño del marco (mm)

Tasa de liberación mcg/24 h primer año

Duración anticonceptiva aprobada por la FDA (años)

Diámetro del aplicador (mm)

Color del hilo

Como se observa en la tabla 1: el DIU-LNG de 19,5 mg (Kyleena) libera una menor cantidad de gestágeno que el de 52mg (12 mcg vs 20 mcg/día) posee un marco más pequeño, con un aplicador de menor diámetro y una duración anticonceptiva similar. El color azul de su hilo lo distingue de los otros dos modelos.

Estructura del DIU-LNG 19,5 mg

- Marco de polietileno en forma de T con sulfato de bario radiopaco
- Depósito de esteroides: 19,5 mg de levonorgestrel mezclado con silicona montado en el vástago vertical
- Anillo pequeño en la parte superior del vástago 99,99% de plata ⁱ

Características del levonorgestrel (LNG)

- Progestágeno potente de acción prolongada
- Su vida media plasmática es de 17 a 36 horas
- Velocidad de liberación controlada por una membrana de liberación de silicona fina y semiopaca que permite una liberación inicial de 17,5 mcg / 24 h, al final del primer año es de 9,8 mcg / 24h y el promedio a lo largo de los 5 años es de 9 mcg / 24h

Mecanismos de acción

- El DIU-LNG 19,5 actúa localmente a nivel uterino espesando el moco cervical lo cual impide el ascenso de espermatozoides.
- Los análisis agrupados de los estudios de fase II y III mostraron que las dosis más bajas de DIU-LNG tenían un impacto en la función del moco cervical ¹⁶similar al del DIU-LNG 52 mg. ^[16]

El insertor del DIU- LNG de 19,5 mg

El diámetro del introductor es de 3,8 mm, al ser más pequeño la colocación fue significativamente más fácil que la de DIU-LNG 52 mg

En la tabla 2 se muestran las diferencias en cuanto al diámetro y la percepción de los colegas con respecto a la facilidad de la colocación de los 3 métodos intrauterinos hormonales.

Tabla 2. Diferencias de diámetro y percepción en cuanto a la facilidad de colocación.

PARAMETROS	Jaydess/ Kyleena (n=484)	Mirena (n= 254)
Diámetro introductor, mm	3.80	4,75
Evaluación de la colocación por parte de los investigadores (%)		
Fácil	455 (94)	219 (86,2)
Medio	25 (5,2)	31 (12,2)
Difícil	4 (0.8)	4 (1,6)

Se halló un valor de p .000256.El resultado es significativo, $p < .05$. Con respecto a la facilidad de colocación.

Como se observa en la tabla 3, con el introductor de 3,8 mm de diámetro las usuarias manifestaron que la colocación fue significativamente menos dolorosa en comparación con las usuarias con inserción del introductor de 4,75mm del DIU-LNG 52 mg.

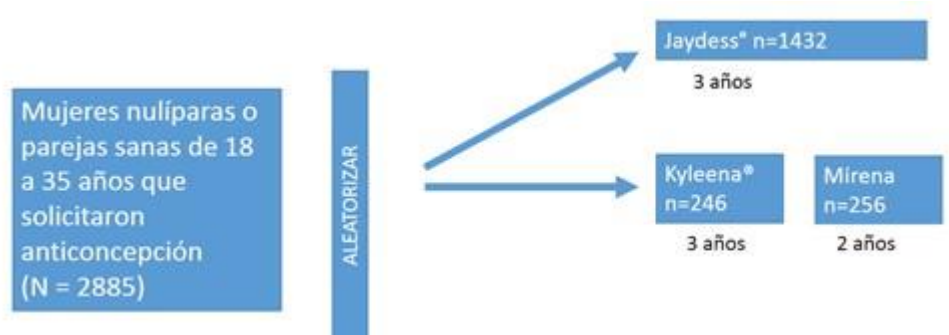
Tabla 3: Diferencias del dolor referido por la usuaria durante la colocación del DIU-LNG

	Jaydess/ Kyleena (n=484)	Mirena (n= 254)
Diámetro introductor, mm	3.80	4,75
Evaluación del dolor por parte de las mujeres (%)		
Ninguno	137 (28.3)	44 (17.3)
templado	213 (44.0)	103 (40.6)
Moderado	112 (23.1)	90 (35.4)
Severo	21 (4.3)	17 (6.7)
No colocado	1	0

Se halló un valor de P de 000538. El resultado es significativo, $P < 05$. Con respecto al dolor referido por la usuaria.

Estudio de fase II aleatorizado

Figura 3. Estudio de fase II aleatorizado a Blu Siri o Jaydess y Kyleena o Mirena.



Estos trabajos incluyeron mujeres de 138 centros en 11 países: Argentina, Canadá, Chile, Finlandia, Francia, Hungría, México, Países Bajos, Noruega, Suecia y EE. UU. ^[17]

Resultados de la colocación con el aplicador pequeño

En este trabajo multicéntrico se observó que:

- La colocación fue exitosa en el 92% de los casos (1445/1452)
- No se hallaron diferencia entre nulíparas versus mujeres con partos previos
- Las nulíparas requirieron más frecuentemente dilatación cervical (9,2% frente a 3,1%)
- Según se observa en el cuadro 7 la colocación fue fácil en alrededor del 90% de las mujeres independientemente de su paridad.

Dificultad en la colocación con el aplicador pequeño según paridad. (expresado en porcentaje) ^[18]

La colocación fracasó en sólo 13 de 2884 mujeres (máximo de dos intentos por mujer)

- La colocación sin dilatación se realizó en el 94,5% de los sujetos.

Tabla 4: Dolor de la colocación del DIU LNG de 19,5mg según paridad

	Ninguno	Leve	moderado	severo
todas las mujeres	19,5	45,6	27,4	7,6
nulíparas	6,1	35,7	42,7	15,5
Con partos	28,2	51,8	17,6	2,5

Fase III: el 45% de las mujeres no experimentaron más que un dolor "leve" al colocar el introductor de menor diámetro (3,8 mm)

Las mujeres que habían tenido partos experimentaron menos dolor que las mujeres nulíparas; sin embargo, solo el 15,5% de las mujeres nulíparas informaron que su dolor era severo.

- La tasa de éxito de la colocación de DIU-LNG con el insertor fue del 98,2% en el primer intento y del 99,5% en el segundo intento.
- Los profesionales de la salud calificaron el procedimiento de colocación como "fácil" en el 91,6% de los casos.
- El 19,1% de las participantes respondió que el dolor estaba ausente, un 70,9% tuvo dolor leve o moderado y un 10,0% severo.
- Los profesionales de la salud confirmaron la facilidad de uso del insertor más pequeño. [\[19\]](#)

El insertor del DIU-LNG se asoció con una alta tasa de éxito de colocación, facilidad de implementación y dolor manejable junto con un insertor fácil de usar por los profesionales de la salud.

Eficacia: Tasas de embarazo informadas con DIU-LNG 19,5 mg en un ensayo de fase III [\[20\]](#)

La tasa de embarazo observada no presentó diferencias significativas entre grupos etarios, paridad o índice de masa corporal.

Embarazos en cifras:

- Se produjeron 13 embarazos en 57,313 ciclos
- 5 embarazos intrauterinos
- 3 abortos espontáneos
- 2 partos a término saludable
- 8 embarazos ectópicos
- El índice de Pearl de 5 años para embarazo ectópico fue de 0.18 (95% CI 0,80-0,36)

Seguridad del dispositivo intrauterino

Las complicaciones son sumamente infrecuentes, entre ellas están la enfermedad pelviana inflamatoria en el 0,6%; perforación uterina en el 0,2% y expulsión total o parcial del dispositivo en el 3,7% de los casos. Podemos inferir que este dispositivo ha demostrado seguridad clínica.

Tabla 5 Patrones de sangrado informados con DIU-LNG 19,5 mg en un estudio clínico de fase

III ¹⁶

90 días de periodos de referencia					
Numero	1ro de 90 días 1,566	2do de 90 días 1,511	Final del año 1 1,371	Final del año 3 975	Final del año 5 530
Amenorrea	<1%	5%	12%	20%	23%
Sangrado infrecuente	10%	20%	26%	26%	26%
Sangrado frecuente	25%	10%	4%	2%	2%
Sangrado prolongado	57%	14%	6%	2%	1%
Sangrado irregular	43%	25%	17%	10%	9%

Como se observa en la tabla 5 al final del primer año el 12% de las usuarias presentaron amenorrea, aumentando al 23% al final del quinto año de uso. El 26% tuvo sangrado infrecuente y el 10% sangrado frecuente o prolongado

Promedio de días de sangrado en un ciclo de 28 días con el DIU-LNG 19,5 mg

Como se observa en la siguiente tabla, el número de días de sangrado se fue reduciendo con el tiempo de uso siendo significativamente menor que en el grupo control.

Tabla 6: Promedio de días de sangrado según los ciclos

Equivalente a 28 días de ciclo	Ciclo 1 N=1,616	Ciclo 4 N = 1,575	Ciclo 7 N= 1518	Ciclo 13 N= 1394	Ciclo 39 N=913	Ciclo 65 N=322
Días de tratamiento	1-28	85-112	169-196	337-364	1065-1092	1793-1820
	Medio (SD)	Medio (SD)	Medio (SD)	Medio (SD)	Medio (SD)	Medio (SD)
Numero de días de sangrado	7.2 (5.9)	3.2 (3.6)	2.2 (3.0)	1.5 (2.4)	1.0 (2.0)	0.9 (1.8)
Número de días de control	8.6 (6.0)	4.5 (4.4)	3.5 (3.4)	2.9 (3.0)	2.2 (2.6)	2.1 (2.4)

Tabla 7. Eventos adversos más frecuentes con exclusión del sangrado¹⁶:

Evento adverso	% de mujeres que lo reportaron al menos una vez
Vulvovaginitis	24.3
Quiste de ovario	22
Dismenorrea	8
Aumento del sangrado	7.9
Dolor de mamas	7.1
Dolor abdominal	13.3
Dolor pélvico	8.2
Acne	14.1
cefalea	15

Los eventos adversos más frecuentes fueron vulvovaginitis, quiste de ovario, dolor abdominal, cefalea y acné, similares a los observados con Mirena.

Interrupciones debido a eventos adversos ^[21]

El 22,5% de los sujetos interrumpieron el tratamiento debido a eventos adversos entre estos se incluyen:

- Sangrado desfavorable 7,2%
- Dolor pélvico abdominal 6,2%
- Expulsión del dispositivo 4,1%
- Acné / seborrea 3,3%
- Dismenorrea 1,3%

La dismenorrea disminuyó en forma significativa en las usuarias de Kyleena®. Se observó una frecuencia inicial de dismenorrea en el 68,8% de las mujeres disminuyendo a 38,2% al quinto año de uso.

Recuperación de la fertilidad:

Hubo un rápido retorno de la fertilidad: 71% de 163 mujeres que deseaban un embarazo lo concibieron en 12 meses.

No se observó un impacto significativo sobre el peso corporal con respecto a lo esperado en la población general: las usuarias experimentaron un aumento de peso de 1,1kg a los 36 meses; 2,2 kg a los 60 meses. No se observa reducción de la densidad mineral ósea.

Encuesta de satisfacción

El 99,5% de las pacientes que completaron el estudio estuvieron muy satisfechas con el método así como el 89,5% de las que no lo completaron, mientras que el 85% de todas las usuarias manifestaron querer continuar con el mismo método.

El DIU-LNG 19,5mg

- Brinda 5 años de protección anticonceptiva
- Tiene un marco de tamaño más pequeño que el DIU-LNG 52 mg .
- Es de fácil colocación
- Provee alta eficacia anticonceptiva
- Se asoció con menor frecuencia de amenorrea que el DIU-LNG de 52mg
- Presenta bajas tasas de complicaciones
- Es bien tolerado por
 - Mujeres jóvenes y mayores
 - Mujeres con y sin partos

Conclusiones:

Existe una necesidad de reducir los embarazos no deseados y las tasas de aborto provocado en Latinoamérica. Esto podría lograrse mediante un uso más generalizado de LARCs, incluidos los DIU-LNG.

La disponibilidad de diferentes DIU-LNG conteniendo: 52 mg, 13,5 mg y 19,5 mg puede ampliar el uso de DIU-LNG a un mayor rango de mujeres.

Se puede lograr un mayor uso de LARCs incluido el DIU-LNG mediante:

- un asesoramiento o consejería anticonceptiva
- capacitaciones en la colocación del dispositivo intrauterino.

[22]

Bibliografía

[1] Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994

[2] DEIS, 2017 y SIP 2017

[3] Backman T, Huhtala S, Tuominen J, Luoto R, Erkkola R, Blom T, et al. Sixty thousand woman-years of experience on the levonorgestrel intrauterine system: an epidemiological survey in Finland. Eur J Contracept Reprod Health Care 2001; 6: 23-6

[4] Amy M. Branum, M.S.P.H., Ph.D., and Jo Jones, Ph.D. Trends in Long-acting Reversible Contraception Use Among U.S. Women Aged 15–44 NCHS Data Brief No. 188, February 2015

- [5] Length of use and symptoms associated with premature removal of the levonorgestrel intrauterine system: a nation-wide study of 17,360 users 107, I March 2000:335-339
- [6] Backman T et al. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system Volume 99, Issue 4, April 2002, Pages 608-613
- [7] Nelson A. Kyleena Clinical 2018 ESC Congress Budapest Hungary. MD 5/28/2018
- [8] Tiina Backman. User satisfaction, efficacy and safety of the levonorgestrel intrauterine contraceptive system. A nation-wide surveillance study of a cohort of 17 360 Finnish women: March 23rd, 2007
- [9] Backman T et al. BJOG Length of use and symptoms associated with premature removal of the levonorgestrel intrauterine system: a nation-wide study of 17,360 users 107.
- [10] Gemzell-Danielson K, et al. MCP. Healthcare provider; LNG. levonorgestrel. LNG. levonorgestrel; LNG-111S. Levonorgestrel intrauterine system PlosOne. 2015;10(9)
- [11] Goldstuck N, et al. Clarification of the role of the Jaydess(Skyla) LNG- IUS 13.5mg and Kyleena LNG-IUS 19.5mg as intrauterine contraceptive systems 11 Jul 2017, 593-599
- [12] Edelman A, et al. Contraception. 2007;75(6):450-3.
- [13] Merki-Feld GS, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014;19(4):266-75. 3. Clark LR, et al. Contraception. 2006;74(3):214-9.
- [14] D'Arcanques C, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care.
- [15] Lewis RA, et al. Fertil Steril, 2009;92(3) Suppl: S27.
- [16] Apter D, et al. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies Fertility and Sterility Vol 101, June 2014, Pages 1656-1662.e4
- [17] Nelson A Expert Rev Parra I et al. The evidence and clinical debate of the new LNG-IUS 19.5 mg and its use in nulliparous women: A review Volume 5, Issue 2, May–August 2018, Pages 61-7
- [18] Nelson AL. Expert Rev Chn Pharmacol 2017;10: 833-42 C
- [19] Dale W. Stovall, et al. Satisfaction and continuation with LNG-IUS 12: findings from the real-world kyleena® satisfaction study, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2021. DOI: 10.1080/13625187.2021.1975268
- [20] FDA labeling NDA 208-244 Kyleena FDA approved 16 Sept. 2016
- [21] Gemzell-Danielsson K, et al. PLoS One. 2015;10(9):e0135300.
- [22] IUS, intrauterine system; LARC, long-acting reversible contraception, NICE. 2014

Uso de Anticoncepción Efectiva luego de la Provisión de Anticoncepción a Base de Progestágenos para Mujeres que se presentan a Farmacias de la Comunidad por Anticoncepción de Emergencia (Bridge-It):

Un Estudio Pragmático de Conglomerados, Randomizado y Cruzado

Use of Effective Contraception Following Provision of the Progestogen-Only Pill for Women Presenting to Community Pharmacies for Emergency Contraception (Bridge-It): A Pragmatic Cluster-Randomised Crossover Trial

Autores: Cameron, S. T., Glasier, A., McDaid, L., et al. (2020). *Lancet (London, England)*, 396(10262), 1585–1594. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31785-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31785-2)

Traducción y comentarios: Dra. Giselle Ponce
Médica Ginecóloga Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 27.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Introducción

A menos que la mujer inicie un método anticonceptivo eficaz, luego de la anticoncepción de emergencia, continúa en riesgo de embarazo no intencional. La mayoría de las mujeres del Reino Unido obtienen la píldora de emergencia de las farmacias de la comunidad. Se plantea la hipótesis de que la provisión de anticoncepción a base de progestágenos por el farmacéutico junto con la anticoncepción de emergencia como método interino, sumado a la invitación a una clínica de salud reproductiva en donde puedan acceder a otros métodos, resultaría en un aumento en el uso de métodos anticonceptivos efectivos.

Métodos

se realizó un estudio pragmático por grupos aleatorizado y cruzado en 29 farmacias del Reino Unido en las cuales se entrega la píldora anticonceptiva de emergencia de levonorgestrel. Se invitó a participar del estudio a mujeres de 16 años o más, que no estuvieran usando anticoncepción hormonal ni ninguna medicación que pudiera interferir con la anticoncepción a base de progestágeno y que aceptaran dejar información de contacto para el seguimiento. En el grupo de intervención, las mujeres recibieron desogestrel 75 ug para completar 3 meses de tratamiento más una tarjeta de acceso rápido para concurrir a una clínica de salud reproductiva. En el grupo control, los farmacéuticos indicaron concurrir a su proveedor habitual de anticoncepción. El orden en que cada farmacia proporcionó la intervención o el control fue asignado de forma aleatorizada mediante un algoritmo de software de computadora. El objetivo principal fue el uso de anticoncepción efectiva (hormonal o intrauterina) a 4 meses.

Resultados

Entre el 19 de diciembre de 2017 y el 26 de junio del mismo año, 636 mujeres fueron reclutadas para el estudio, 316 al grupo de intervención (49.6%, media de edad 22.7 años - DS 5.7) y 320 al grupo control (50.3%, media de edad 22.5 - 5.1. Tres mujeres (solo una en el grupo de intervención y dos en el control) fueron excluidas luego de la randomización. El seguimiento a 4 meses fue alcanzado por 406 participantes (64%), 25 perdieron seguimiento, 2 desearon discontinuar el estudio. La proporción de mujeres que usaron anticoncepción eficaz fue un 20.1% mayor (95% IC 5-2-35.0) en el grupo de intervención (media 58.4% 48.6-68.2) que en el grupo control (40.5% 29.7-51.3 [ajustado por periodo de reclutamiento, grupo de tratamiento y centro]; $p=0.011$). La diferencia se mantiene de forma significativa luego del ajuste por edad, tipo de relación sexual e historia de uso de anticoncepción eficaz y se mantuvo robusto pese al efecto de la pérdida de información (asumiendo pérdidas a la randomización). No ocurrieron eventos adversos.

Interpretación

La provisión de suministro de anticonceptivos a base de progestágenos con la entrega de la anticoncepción de emergencia por farmacéuticos de la comunidad, junto a la invitación a una clínica de salud reproductiva para su atención, da como resultado un aumento clínicamente significativo en el uso posterior de anticoncepción efectiva. Ampliamente implementada, esta práctica podría contribuir en la prevención de embarazos no intencionales luego del uso de la anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) es un método de prevención del embarazo no intencional luego de una relación sin protección o con falla de uso del método anticonceptivo pero, a menos que la persona comience un método efectivo de inmediato luego de su uso, el riesgo de embarazo no intencional continúa. Las mujeres que luego de recibir AHE vuelven a tener relaciones sin protección (en el mismo ciclo) tiene un riesgo 3 veces mayor de embarazarse que las que no y, en caso de no iniciar un método anticonceptivo eficaz, permanecen en riesgo en los ciclos subsiguientes. Las guías americanas y británicas actuales recomiendan iniciar anticoncepción hormonal inmediatamente luego del uso de la contracepción de emergencia, lo que es conocido como “quick starting” (inicio rápido). En el Reino Unido, así como en muchos otros países, gran parte de las personas obtienen la AHE en las farmacias de la comunidad sin prescripción, pero a la hora de indicar un método regular, los farmacéuticos solo proveen el preservativo, que suele tener mayores tasas de falla.

Los autores de este trabajo realizaron un estudio piloto en el 2012^[4] en el cual incluyeron a 168 mujeres que se presentaron a 11 farmacias de la comunidad de Edimburgo en búsqueda de la píldora de levonorgestrel para anticoncepción de emergencia. Allí se les ofreció la provisión de un mes de anticoncepción a base de progestágenos solos, el acceso rápido a la atención en las clínicas de salud reproductiva para asesoramiento y cambio/ continuidad del método provisto, o asesoramiento estándar sobre el uso de la AHE. Las participantes fueron seguidas por 6-8 semanas y se evidenció que la proporción que se encontraban usando métodos eficaces fue significativamente mayor en el primer grupo (56%), seguidas de aquellas que tuvieron un acceso rápido a la atención (52%) respecto del asesoramiento tradicional (16%). Con estos hallazgos decidieron llevar adelante el presente trabajo en donde usaron una intervención compuesta: a las mujeres que concurrían por AHE se les ofreció la entrega de anticonceptivos a base de progestágenos y el acceso rápido a la atención por profesionales de clínicas de salud reproductiva, intentando facilitar el contacto con especialistas que puedan ofrecer todos los

métodos, entre ellos los de larga duración (LARC), que además tienen mayor efectividad. El propósito fue demostrar si esta intervención aumentaba el uso posterior de métodos eficaces (hormonales o intrauterinos) comparado con la estrategia de provisión de AHE y asesoramiento tradicional sobre su uso.

El Bridge-It es un estudio de cohorte randomizado y cruzado que incluyó a 29 farmacias del Reino Unido. La AHE entregada fue el levonogestrel de 1.5mg/3 mg acorde al índice de masa corporal. El grupo de intervención recibió 3 cajas de 28 comprimidos de desogestrel 75 ug sin cargo. Se realizó una capacitación previa al inicio de estudio a los farmacéuticos para la entrega del desogestrel. Las participantes de ambos grupos tuvieron un único seguimiento a 4 meses mediante una entrevista telefónica en donde se realizó un cuestionario.

El objetivo principal fue el reporte de uso de métodos anticonceptivos eficaces (hormonales o intrauterinos) a 4 meses. Se habían planteado como objetivo secundario la incidencia de aborto a los 12 meses del reclutamiento, pero debido al número necesario de participantes para tener poder estadístico no tuvo curso.

La edad promedio fue de 22.7 años en el grupo de intervención y 22.6 en el control. Obtuvieron seguimiento a 4 meses de 198 consultantes (63%): 315 (65%) en el primer grupo y 208 (65%) en el control. No se reportaron efectos adversos serios en ningún caso. La proporción de mujeres que reportaron el uso de anticoncepción efectiva (hormonal/intrauterina) luego de los ajustes fue 20.1% mayor (95% CI 5.2–35.0; $p=0.011$) en el grupo de intervención (58.4%, SD 21.6) que en el control (40.5%, 23.8). Los métodos más elegidos fueron la anticoncepción hormonal a base de progestágenos y los combinados respectivamente. La elección de métodos de larga duración no tuvo diferencias significativas entre los grupos (13 [7%] of 198 y 23 [11%] of 208 para el control, 95% CI -10.04% to 1.05%). Un 79% de las participantes del grupo de intervención refirieron usar el desogestrel entregado en la farmacia, el 76% lo iniciaron dentro del primer o segundo día post píldora de emergencia y el 44% refirió haber completado las 3 cajas entregadas. En cuanto a las consultas a la clínica una proporción similar de participantes en ambos grupos fueron atendidas dentro de los 4 meses del reclutamiento (52 [17%] of 305 grupo intervención vs 43 [14%] of 309 grupo control, 95% CI -2.60% - 8.87%; $p=0.284$). La tarjeta de acceso rápido fue usada en menos de 1 cada 5 pacientes (comparado con el 32% del estudio piloto) y solo el 1% (2 mujeres) la usaron dentro del primer mes. Tampoco resultó en un incremento en la cantidad de mujeres usuarias de las clínicas respecto al grupo control. Otro objetivo fue el de poder facilitar el acceso a la atención y al uso de LARCs, pero solo el 16% de las mujeres eligieron estos métodos en las consultas. Los autores refieren que si bien no se puede concluir que tenga poco valor, fue de menos impacto que la entrega de la anticoncepción en la farmacia.

Un total de 19 (4.7%) participantes (9 en el grupo de intervención y 10 en el control) refirieron que estuvieron embarazadas (17) o lo estaban (2). De las 17, diez terminaron en aborto inducido, seis espontáneos y se desconoció el resultado del restante embarazo. Basado en el score del the London Measure of Unplanned Pregnancy questionnaire, 7/9 fueron no intencionales en el grupo de intervención y 8/10 en el control.

Comentarios

En el trabajo presentado se propone una estrategia que resulta de gran interés y que tiene como objetivo brindarle a las consultantes, en esa situación de vulnerabilidad mencionada, un método seguro para inicio rápido de anticoncepción que disminuya la brecha de riesgo existente entre la toma de la píldora de emergencia y el acceso a la consulta en salud sexual y (no) reproductiva

para seguimiento y como facilitador al acceso a métodos de larga duración. Para esto se sustenta en dos conceptos claves: la posibilidad de “inicio rápido (quick start del inglés)” de un anticonceptivo y la seguridad que ofrecen los métodos a base de progestágenos solos en función de sus pocas contraindicaciones y efectos adversos graves.

En la práctica habitual es común que se sugiera el inicio del anticonceptivo dentro del 1-5 día del próximo ciclo menstrual de la consultante, estrategia basada fundamentalmente en evitar el posible uso ante un embarazo desapercibido. Este retraso puede conllevar la pérdida de oportunidades para el inicio efectivo de un método y de las pacientes (especialmente aquellas que tienen ciclos irregulares), de la motivación y de la información sobre la posología^[2]. La posibilidad del inicio rápido de un anticonceptivo hormonal existe [3] y en el caso de una persona que concurre en búsqueda de anticoncepción de emergencia es un recurso válido para disminuir el riesgo de un embarazo no intencional. En estos casos, se sugiere el control posterior para ver la adherencia, la continuidad del método y descartar un embarazo. Esto está ya bastante presente en la práctica habitual de los y las profesionales de la salud habilitados para la prescripción, quienes mediante un asesoramiento acompañan en la elección de la consultante del método a utilizar, pero en este trabajo se abre la posibilidad de incorporar y dar un rol a los farmacéuticos/as en la prescripción de métodos, en este caso, a base de progestágenos. Esto tiene como punto de partida el lugar de seguridad que presentan respecto de contraindicaciones y efectos adversos graves en comparación a los métodos combinados. Más allá de esta ventaja, se debe considerar para poder extrapolar a nivel macro, si dichos/as profesionales disponen de las habilidades y, sobre todo el tiempo y espacio adecuados de forma uniforme, para poder llevar adelante la consejería. Si bien en el estudio se realizó una capacitación previa respecto del método, una estrategia de esta magnitud requiere de un trabajo profundo, conjunto y que puede encontrarse con resistencias de varios sectores para su implementación. En relación a la propuesta de este trabajo, en 2021 en el Reino Unido, el plan se materializó y se puede acceder a las píldoras a base de progestágeno en las farmacias sin prescripción médica ^[4].

Otra de las estrategias que se manifiestan en el Bridget it, y que estuvo presente en el trabajo piloto de sus autores/as, es la posibilidad de acceso rápido a la atención en una clínica con profesionales de salud sexual. La misma resulta de gran valor, teniendo en consideración que el poder acceder a un turno de consulta es una importante barrera en la atención. Sin embargo, según los resultados de este trabajo, no hubo diferencias entre los grupos en la proporción de las pacientes que consultaron a las clínicas para seguimiento, y del grupo de intervención el 76% no utilizaron el recurso, la mayoría por querer hacer la consulta con su médica/o de cabecera o por considerar que no necesitaban anticoncepción. Llama la atención también que de quienes si decidieron utilizar la tarjeta, solo 2 lo hicieron durante el primer mes luego del reclutamiento^[5]. Con la facilidad de acceso a la atención, otro de los aspectos deseados de la intervención era que las mujeres pudieran acceder a los métodos de larga duración, pero que tuvo bajo impacto evidenciado por el porcentaje (16%) de consultantes que eligieron dichos métodos, aunque sin diferencia entre los grupos de estudio.

La AHE es una de las opciones de anticoncepción de emergencia o poscoital que se utiliza para evitar el embarazo en caso de tener relaciones sexuales sin protección, tras la falla o el uso incorrecto de un anticonceptivo y después de una relación sexual forzada. Desde 2007 se encuentra incorporada a la canasta de métodos provistos por el Programa Nacional y desde 2004 al Programa Médico Obligatorio está cubierta en el 100% de su costo^[6]. Se puede obtener de forma gratuita en los hospitales, centros de salud y en las farmacias sin necesidad de prescripción médica. Las mujeres que concurren a la búsqueda del método de emergencia se encuentran en una situación de vulnerabilidad anticonceptiva y en riesgo de embarazo no intencional y toda estrategia que intente para alcanzar a dicha población de forma efectiva es valorable. Los mitos que limitan el uso de la AHE, la falta de información y las barreras para el

seguimiento e inicio de un método anticonceptivo efectivo posterior a la consulta son aspectos en continuo análisis en post de mejorar la accesibilidad. Este trabajo nos invita a seguir reflexionando y buscando estrategias para mejorar el acceso a métodos anticonceptivos eficaces para la prevención del embarazo no intencional.

[1] Cameron ST, Baraitser P, Glasier A. Pragmatic cluster randomised cohort cross-over trial to determine the effectiveness of bridging from emergency to regular contraception: the Bridge-It study protocol. *BMJ Open*. 2019

[2] Murphy, L. E., Chen, Z. E., Warner, V., & Cameron, S. T. (2017). Quick starting hormonal contraception after using oral emergency contraception: a systematic review. *The journal of family planning and reproductive health care*, 43(4), 319–326.

<https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101740>

[3] [FSRH Clinical Guideline: Quick Starting Contraception \(April 2017\)](https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guidance-quick-starting-contraception-april-2017/) <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guidance-quick-starting-contraception-april-2017/>

[4] First progestogen-only contraceptive pills to be available to purchase from pharmacies. Disponible en <https://www.gov.uk/government/news/first-progesterone-only-contraceptive-pills-to-be-available-to-purchase-from-pharmacies>

[5] Supplemental Table 8: Use of rapid access card to get appointment at the Sexual and Reproductive Health (SRH) Clinic

[6] Ministerio de Salud. Resolución 310/2004 Disponible en: <http://www.ssalud.gov.ar/normativas/consulta/000595.pdf>

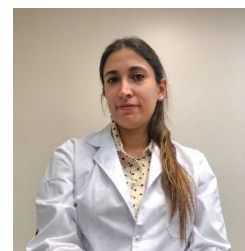
¿Cuáles son los mecanismos de los diferentes métodos anticonceptivos para disminuir el riesgo de cáncer de ovario?

What are the mechanisms of action of the different contraceptive methods to reduce the risk of ovarian cancer?

Rafael Sánchez-Borrego & Manuel Sánchez-Prieto (2020): What are the mechanisms of action of the different contraceptive methods to reduce the risk of ovarian cancer?, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, DOI: 10.1080/13625187.2020.1849617.

Traducción y comentarios: Dra. Rocío Glassmann

Especialista en Ginecología Endocrinológica y de la Reproducción. Univ Favaloro. Médica de planta Tocoginecología CESAC nº3, área programática Hospital Santojanni. Miembro del comité editor AMAdA.



Resumen

Objetivo: Relacionar los diferentes métodos anticonceptivos con la reducción de riesgo del cáncer de ovario (CaOv).

Diseño del estudio: es un artículo de revisión de diferentes comentarios.

Resultados: El uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) es un método eficaz de quimioprevención. La salpingectomía debe ofrecerse para la prevención dado que es más beneficiosa que la ligadura tubaria. Los métodos de solo progestágeno disminuyen el riesgo de CaOv por disminución del sangrado menstrual y cambios en el entorno hormonal ovárico. Todos los tipos de DIU son beneficiosos para la prevención. Los métodos de barrera evitan el paso de gérmenes y de esta forma disminuyen el estado proinflamatorio.

Conclusión: La mayoría de los métodos anticonceptivos tienen un mecanismo de acción que puede favorecer la reducción del riesgo de CaOv.

El cáncer de ovario (CaOv) es uno de los tumores ginecológicos que presenta mayor tasa de mortalidad. Se clasifican según su tipo histológico. Los de **grado I** se componen por los serosos de bajo grado, el endometriode de bajo grado, el de células claras y el mucinoso e incluye los borderline. Mientras que los de **grado II** incluyen los endometrioides de alto grado, carcinosarcomas, indiferenciados y los serosos de alto grado que son los más frecuentes.

Existen varias teorías sobre cuál es el mecanismo por el que la ovulación contribuye a la carcinogénesis, como por ejemplo un ambiente proinflamatorio, la alteración de las gonadotrofinas y/o la exposición a hormonas esteroideas o el daño directo al epitelio superficial del ovario. Otra de las hipótesis se refiere al daño y reparación que ocurre en la superficie del ovario en la ovulación que llevaría a alteraciones genéticas. Debe considerarse que luego de la ovulación tanto el ovario como las trompas de Falopio presentan líquido folicular rico en

citocinas inflamatorias y especies reactivas de oxígeno que crearían un entorno propenso a daños en el ADN.

El uso de anticonceptivos hormonales, independientemente de su mecanismo de acción, reduce el riesgo de CaOv, pero el efecto del uso de otros métodos no se encuentra totalmente claro.

Estudios recientes informaron que muchos microorganismos estarían involucrados en el desarrollo del cáncer de ovario; que la inflamación crónica podría influir en la transformación maligna de las células superficiales del ovario así como también facilitar la conversión de lesiones premalignas a malignas en las trompas de Falopio. Por esta razón el uso de métodos anticonceptivos de barrera al disminuir la tasa de infecciones, particularmente la de enfermedad pélvica inflamatoria tendría una asociación positiva frente al cáncer de ovario.

Diferentes mecanismos están asociados a la disminución del riesgo de cáncer de ovario con el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC). Uno de ellos sería la disminución de la producción y exposición al estradiol a lo largo del ciclo menstrual como consecuencia de la dosis continua de progesterona. Otro estaría relacionado con la disminución de los andrógenos por los AHC, lo cual se vincula a menor riesgo de CaOv. Tanto la disminución de la formación de quistes ováricos como la proliferación celular en las trompas de Falopio son efectos beneficiosos de los AHC por ser células potencialmente cancerígenas.

A través de un meta-análisis se observó una disminución significativa en la incidencia de CaOv con el uso de ACH (OR = 0,73; IC del 95%, 0,66-0,81), y la misma fue mayor con el tiempo de uso.

Actualmente un estudio en fase 1 busca aclarar si la protección de los ACH contra el CaOv se vería modificada por las nuevas formulaciones.

En mujeres portadoras de la mutación BRCA se observó que el uso de ACH disminuía el riesgo de CaOv; de entre un 33% a un 80% en BRCA 1 y del 58 al 63% en BRCA 2, y el beneficio era mayor si había usado los ACH durante más de 5 años. En los estudios no hay consenso si hay mayor riesgo de cáncer de mama con el uso de ACH en portadoras de BRCA, por lo cual las pacientes deben ser informadas sobre posibles riesgos y métodos alternativos

Con respecto a los métodos anticonceptivos de solo progestágenos: se observó un efecto protector contra el CaOv. No solo se debería ese efecto por la hipótesis de que la menstruación incesante contribuye a la carcinogénesis sino que también la progesterona induciría a la apoptosis de células epiteliales del ovario generando un efecto anti – proliferativo y anti – metastásico. Un estudio prospectivo no asoció disminución del riesgo de CaOv con el uso de anticonceptivos de progestágeno solo.

Con respecto al método de la lactancia que produce inhibición de la secreción de gonadotrofinas que lleva a la anovulación, tanto la ovulación incesante como las gonadotrofinas predecirían que la lactancia disminuye el riesgo de CaOv. Se observó que aquellas mujeres que habían amamantado menos de 3 meses tenían una disminución del 18% en el riesgo de CaOv, mientras que las que tuvieron por lo menos 12 meses de lactancia les disminuyó el riesgo un 34%. A su vez también disminuyó el riesgo en aquellas que alguna vez amamantaron aún habiendo pasado más de 30 años desde su embarazo. Se cree que no es la única explicación la anovulación sino que también la lactancia modularía a largo plazo vías inflamatorias, inmunes y metabólicas que influyen en el riesgo de CaOv.

A pesar de que los efectos del uso del DIU en la prevención del CaOv puedan ser solo especulativos, cada vez hay más evidencia de su plausibilidad biológica. La alteración del pH que produce el DIU de cobre en el tracto reproductivo está vinculada a una disminución de la carcinogénesis. Por otro lado el SIU-LNG de 52mg libera suficiente progestágeno para reducir la

proliferación celular en las fimbrias de las trompas de Falopio, teniendo en cuenta que no en todas las mujeres tiene efecto anovulatorio.

Dentro de los métodos quirúrgicos de anticoncepción se sugiere la realización de la salpingectomía en lugar de la ligadura tubaria como prevención del CaOv. La justificación es que el cáncer seroso de alto riesgo parece surgir del extremo distal de las fimbrias que está adyacente al ovario. Por esta razón, la cirugía debería incluir la resección total de la trompa de Falopio desde las fimbrias más distales hasta el sector más proximal con indemnidad de la vasculatura colateral del mesosálpinx. Sin embargo nuevos estudios revelan que sería más beneficiosa la resección del mesosálpinx dado que podría ser un lugar de desarrollo neoplásico.

Conclusión y comentarios

Seleccionamos este artículo para comentar por lo interesante que resulta poder asesorar a las pacientes dado que a menudo este beneficio anticonceptivo no se menciona en la consulta. En el mismo se analizan las diversas fisiopatologías propuestas para el cáncer de ovario y cómo cada método anticonceptivo puede actuar sobre ellas.

De acuerdo con la bibliografía, los métodos anovulatorios que evitan el contacto de las fimbrias con la superficie ovárica en cada ciclo menstrual reducen significativamente el CaOv en la mujer, beneficio que persiste muchos años luego de su suspensión. Por otro lado, es difícil evaluar el impacto de los diferentes métodos anticonceptivos en mujeres con riesgo de CaOv dado que son neoplasias poco frecuentes y se desarrollan principalmente en mujeres postmenopáusicas. Sería necesario estudios de mayor tamaño y a largo plazo para tener un poder estadístico adecuado. Así también aguardar los estudios que se están realizando actualmente sobre las nuevas formulaciones hormonales de ACH y su efecto en el riesgo oncológico.

Deberíamos en la consejería anticonceptiva destacar riesgos y beneficios de todos los métodos anticonceptivos, haciendo hincapié, a pesar de que no es la causa de su prescripción, la disminución del riesgo de CaOv que trae aparejado.