

ISSN 2796-9509

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 20, N°2 (2024)

Autoridades

Comisión Directiva AMAdA 2024 – 2025:

Presidente: Dra. María Elisa Moltoni

Vicepresidente: Dra. Lorena Bozza

Secretaria: Dra. Daniela Faranna

Tesorera: Dra. María Laura Lovisolo

Vocales Titulares:

- Dra. Marisa Labovsky
- Dra. María Susana Moggia
- Dra. Mariela Orti
- Dra. Ángeles Capresi
- Dra. Claudia Díez Beltrán
- Dra. Alicia Lázaro
- Dra. Mariana Marrone
- Dra. Elina Coccio
- Dra. Mercedes Marquez Sánchez
- Dra. María Alejandra Martínez

Vocales Suplentes:

- Dra. Giselle Ponce
- Dra. Florencia Salesi
- Dra. Lucila Othatz
- Dra. Rocío Glassman
- Dra. Eugenia Sapino

Comisión Revisora de cuentas:

Titular: Dra. Mónica Graciela Heredia

Suplente: Dra. Lía Arribas

Comisión Científica:

Coordinadora: Dra. Lía Arribas

- Dra. Silvina Pradier
- 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. Patricia Riopedre
- Lic. Hilda Santos
- Lic. Ana Tropp

Revista AMAdA - Comité Editorial

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

ISSN 2796-9509

Índice

Volumen 20, N°2 (2024)

Editorial

Página 4 Dra. María Elisa Moltoni

Trabajos Originales

Página 6 LARCS post evento obstétrico inmediato en Salud Pública: expectativa versus realidad.
Burgos, N., Pasquale, J.

Página 12 Fortaleciendo redes para la resolución de extracciones dificultosas de implantes anticonceptivos hormonales subdérmicos en un centro de referencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
Faranna M., Bergamo N., Pesado A.

Página 17 Análisis del número de nacimientos en el Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". CABA. Readequación de los Servicios de Salud.
Camin, Paula, Chao, Sara, Degrossi, Fernando, Delgado, Ana Laura, Traverso, Sonia, Zandalazini, Hugo, Fabiano, Pablo.

Revisión

Página 30 Anticoncepción No Hormonal: Un Anticonceptivo Intravaginal Mensual Sin Hormonas en Investigación - Revisión Bibliográfica
Dra. Elina Coccio

Comentarios Bibliográficos

Página 39 Uso de progestágenos y riesgo de meningioma intracraneal: estudio nacional de casos y controles
Comentario: Dra. Lía Arribas

Editorial

Dra. María Elisa Moltoni
Presidente de AMAdA
2024-2025



Estimados colegas y amigos,

Es un gusto seguir en contacto a través de la Revista AMAdA, en un año pleno de actividades entre las cuales está el presente número donde encontrarán trabajos originales de gran interés.

Presentamos **“LARCS post evento obstétrico inmediato en Salud Pública: expectativa versus realidad”** de las doctoras Burgos y Pasquale del Htal. Roque Sáenz Peña de Rosario. Como mencionan en su trabajo, en nuestro país, 1 de cada 4 mujeres que tuvo su primer hijo en la adolescencia, tendrá un segundo hijo antes de los 19 años. Al momento del alta médica, sólo el 28% de las mujeres se externaron con un método anticonceptivo. La estrategia de AIPEO, anticoncepción inmediata post evento obstétrico, es de elección, en nuestro medio, donde casi la totalidad de los eventos obstétricos presentan contacto con el sistema de salud. Sin embargo, como veremos en su trabajo hay mucha tarea por realizar.

En **“Fortaleciendo redes para la resolución de extracciones dificultosas de implantes anticonceptivos hormonales subdérmicos en un centro de referencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”** de Faranna y cols. Del Htal. Santojanni, se aborda la problemática de los implantes profundos, mostrando una estrategia válida para su resolución. Pero los autores se encargan de reforzar el concepto de que es primordial la prevención de estos eventos a través de la formación constante en la técnica de colocación, implicando el implante profundo un daño para la paciente y una importante inversión de gasto, tiempo y recursos en resolver esta cuestión.

Resulta sumamente interesante **“Análisis del número de nacimientos en el Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”**. CABA. Readequación de los Servicios de Salud” donde la doctora Paula Camin y cols. realizan un análisis de datos del Htal. Argerich que demuestra una importante caída, de casi un 60% en 12 años de análisis, en los nacimientos en dicha institución, en línea con otros centros. Pero además de este cuidadoso análisis esbozan estrategias válidas para la readequación de los servicios, que parecieran ser necesarias para acompañar esta tendencia.

En comentarios bibliográficos los invito a leer esta excelente revisión de la Dra. Arribas sobre un artículo reciente que despertó mucha atención: **“Uso de progestágenos y riesgo de meningioma intracraneal: estudio nacional de casos y controles”**. En este estudio observacional que utilizó el Sistema Nacional de Datos de Salud Francés se observa que algunos progestágenos pueden asociarse al aumento de riesgo de meningioma. En el comentario de indaga además en otros artículos, se revisa la evidencia sobre los progestágenos más asociados a esta condición.

No omitan leer, además, la revisión de la Dra. Coccio detallada e interesantísima sobre el desarrollo de un método **“Anticonceptivo no hormonal: un anticonceptivo intravaginal mensual sin hormonas en investigación”**, que según estos datos resulta muy promisorio. Se trata de una moderna malla con gluconato férrico con efecto espermiostático. Sin dudas la innovación para mejorar la comodidad y la eficacia de los métodos no hormonales ha quedado rezagada. Puedo decirles, en línea con esto, que viene observándose una disminución en el uso de

anticoncepción en general y más en hormonal, así sería interesante contar con más innovaciones en el campo no hormonal.

Parte de la campaña en medios que llevamos a cabo por el día mundial de la anticoncepción fue #AnticoncepciónEsElegir. En anticoncepción predominan muchas veces en distintos ámbitos las falsas creencia y la desinformación, favoreciendo que perduren mitos en cuanto a los métodos anticonceptivos. Queremos que las personas puedan decidir con información completa, queremos que los profesionales que asesoran estén formados con la mejor evidencia. Trabajamos para ello y sentimos, como hemos expresado junto con SOGIBA y SAGIJ, mucha preocupación por medidas como el cese del plan ENIA, el cual presentó a través de su implementación con número concretos un descenso en las cifras del embarazo no intencional en al adolescencia.

Los convocamos a participar de nuestras actividades, cursos y jornadas. Encuentran toda la información en www.amada.org.ar y en nuestras redes @amada_saludreproductiva. Esperamos que puedan agendar la fecha de nuestro congreso del año próximo, que será el 13,14 y 15 de mayo de 2025.

Seguimos trabajando y nos vemos en las próximas actividades de AMAdA,

Dra. María Elisa Moltoni

LARCS post evento obstétrico inmediato en Salud Pública: expectativa versus realidad

Autores: Burgos, N.¹, Pasquale, J.²
Hospital Dr. Roque Sáenz Peña
Rosario, Argentina.

Mail de contacto: noeliburgos@gmail.com

¹ área Integral de la Mujer 2018-2022, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña

² área Integral de la Mujer, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña



Resumen

Introducción

La anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO), promueve el acceso a un método anticonceptivo (MAC) para prevención del embarazo no intencional, disminuyendo la morbimortalidad materno-perinatal. Los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) presentan alta eficacia y tasas de satisfacción, y continuidad por lo que se recomiendan como primera opción.

Objetivo

Exponer datos epidemiológicos del Área Integral de la Mujer del Hospital Roque Sáenz Peña, sobre el uso de LARCS como AIPEO.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron 10060 mujeres entre 13 y 49 años con asistencia de parto vaginal, cesárea, o interrupción voluntaria/legal de embarazo (IVE/ILE); entre junio 2018 y septiembre 2022.

Resultados

Se registraron 9191 nacimientos y 869 abortos de los cuales el 55% (n° 5568) fueron no intencionales. El 62% (n° 3498), no utilizaba MAC previo y el 11% (n° 1116) fueron embarazos adolescentes. Al momento del alta, sólo 8,5% eligió un LARC como MAC, 5% (n° 520) Dispositivos Intrauterinos (DIU) y 3,5% (n° 362) implante subdérmico).

Discusión

El uso de LARCS en AIPEO, es una práctica segura y costo-efectiva. Es necesaria su implementación universal y sostenida, para garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.

Palabras claves

LARC, AIPEO, embarazo no intencional, DIU, implante subdérmico

Abstract

Background

Immediate contraception post obstetric event promotes access to a contraceptive method to prevent unintended pregnancy and to reduce maternal-perinatal morbidity and mortality. Long-acting reversible contraceptives (LARC) have high efficacy and satisfaction and continuity rates.

Aim

To expose epidemiological data from the Maternity Area of the Roque Sáenz Peña Hospital on the use of LARCS as an immediate contraception post obstetric event.

Materials and methods

Descriptive, retrospective and cross-sectional study. The population were 10,060 women between 13 and 49 years who had a vaginal birth, cesarean section, or voluntary/legal abortion between June 2018 and September 2022.

Results

9191 births and 869 abortions were recorded, of which 55% (n 5568) were unintended pregnancies. 62% (n 3,498) had not previously used any contraceptive method and 11% (n 1,116) were teenage pregnancies. At the time of medical discharge, only 8.5% chose a LARC as contraception (5% Intrauterine Devices (IUD) (n 520) and 3.5% subdermal implant (n 362)).

Discussion

The use of LARCS is a safe and cost-effective practice. Its universal and sustained implementation is necessary to guarantee the Sexual and Reproductive Rights of women and reduce the resulting maternal-fetal complications.

Keywords

LARCS, immediate contraception, unintended pregnancy, interpregnancy interval, IUD, subdermal implant

Introducción

La salud sexual se refiere al estado de bienestar físico, emocional, mental y social de las personas en relación con su sexualidad, promoviendo el ejercicio de sus propios derechos sexuales. Estos derechos incluyen la posibilidad de recibir información, orientación y atención de calidad, acceso universal a MAC y autonomía en la toma de decisiones sobre la procreación, logrando alcanzar el máximo grado de salud posible.¹ En las últimas décadas el embarazo no intencional, a intervalos cortos, y/o en la población adolescente así como sus consecuencias psicoemocionales, físicas y socioeconómicas, se convirtieron en una de las problemáticas más importantes a nivel mundial, sobre todo en los países de bajos ingresos. La evidencia disponible demuestra que estos escenarios se relacionan no solo con repercusiones directas en las posibilidades de desarrollo educativo, laboral y personal de las mujeres, sino también con mayores tasas de abortos inducidos o espontáneos, partos pretérminos, bajo peso al nacer, muerte fetal intraútero y neonatal, así como también complicaciones obstétricas severas y muerte materna.²

Más de la mitad de las gestaciones en el mundo son no planificadas y aproximadamente el 60% finalizan en un aborto, siendo un gran parte de estos realizados de manera insegura y contribuyendo a las muertes maternas globales.³ En Argentina, el 59.3% de los embarazos son no intencionales y 3 de cada 4 mujeres, no utilizaba MAC previo.²

Debido a su vinculación con la pobreza, la exclusión social, la falta de Educación Sexual Integral (ESI) y la limitación en el acceso a los servicios de salud y MAC, la población adolescente se convierte en un grupo altamente vulnerable frente al embarazo precoz no intencional. Según estimaciones publicadas por Naciones Unidas, 13% de los 14 millones de nacimientos anuales a nivel global, corresponden a madres adolescentes. Basado en los últimos registros de la OMS, tanto América Latina como el Caribe, continúan siendo las regiones con tasas más altas de embarazo adolescente en el mundo, siendo superada únicamente por África subsahariana.³ En Argentina 7 de cada 10 mujeres menores de 20 años, manifestaron no haber buscado su último embarazo⁴, y más del 70% de las mismas negaron el uso de algún tipo de MAC previo.¹ Está demostrado que los embarazos en edades precoces están asociados a una tasa global de fecundidad más alta. En nuestro país 1 de cada 4 mujeres que tuvo su primer hijo en la adolescencia, tendrá un segundo hijo antes de los 19 años.³ Esto representa un riesgo para la salud y compromete las trayectorias de vida y posibilidades de integración social de las niñas, adolescentes y jóvenes, impactando no solo a nivel individual sino también contribuyendo a la reproducción de la pobreza.⁵ Diversos estudios demuestran que, de cada 10 adolescentes, 6 abandonan la escuela al quedar embarazadas. Tanto el abandono escolar como la inactividad laboral tienen repercusiones negativas sobre el empoderamiento y el ejercicio de la autonomía.⁶

Sumado a esta problemática, está demostrado que las complicaciones materno-fetales de salud producidas durante la gestación, el parto y el post parto son más frecuentes en los embarazos adolescentes y/o con períodos intergenésicos cortos, contribuyendo así con las principales causas de morbilidad materno-fetal.⁷

Durante el año 2021 en Argentina se registró un descenso progresivo de la tasa global de fecundidad adolescente, probablemente debido a la implementación y sostenimiento de políticas públicas para prevención del embarazo no intencional en la adolescencia y acceso a MAC gratuitos, en especial LARC. Sin embargo, la tasa de fecundidad adolescente temprana (menores de 15 años), registró una tendencia ascendente⁸. Está demostrado que la provisión de consejería de alta calidad asociado al acceso inmediatamente postparto de un MAC genera mayor demanda, tasa de iniciación y tasa de continuidad, sobre todo de LARCS^{9,10}. La estrategia AIPEO cobra entonces suma importancia. Para aquellas mujeres cuyo acceso a la atención en establecimientos sanitarios es limitado, el momento del parto se considera oportuno para acompañar las intenciones de fertilidad futura y la necesidad de anticoncepción.¹¹ Las intervenciones en el puerperio inmediato son fundamentales para comunicar los riesgos de los períodos intergenésicos cortos, orientar sobre las prácticas sexuales seguras, explicar el retorno de la fertilidad y hacer énfasis en el uso de MAC, especialmente LARCS.^{12,13} Si las mujeres esperaran al menos 24 meses para volver a concebir, se reduciría la mortalidad materna mundial en un 13% y cerca del 10% de las muertes infantiles.¹⁴

Debido a que evidencia de alta calidad reafirma el uso de DIU e implante subdérmico como la mejor opción post evento obstétrico inmediato por su seguridad, alta efectividad, mejor tasa de satisfacción y continuidad¹ es de fundamental interés exponer datos epidemiológicos del Área Integral de la Mujer del Hospital Roque Sáenz Peña sobre el uso de LARCS como AIPEO.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal en el Área Integral de la Mujer del Hospital Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario, desde junio de 2018 hasta septiembre de 2022.

Se incluyeron mujeres entre 13 y 49 años que cursaron internación en la institución para asistencia de parto vaginal o por cesárea, e IVE/ILE.

Las variables evaluadas fueron: total de nacimientos, vía de nacimiento, total de interrupciones de embarazo, trimestre de embarazo, rango etario, intencionalidad del embarazo, tipo de MAC previo y tipo de MAC al alta. Se realizó una tabla Excel para su análisis.

Resultados

Se registraron en total 9191 nacimientos, produciéndose 7483 de los mismos por parto vaginal y 1708 por cesárea.

Se notificaron 869 interrupciones de embarazo, correspondiendo 736 a abortos del primer trimestre y 133 a abortos del segundo trimestre.

El 55% (n° 5568) del total de embarazos fueron no planificados y el 67% de estas mujeres (n° 6816), no utilizaba ningún MAC previamente. El 11% del total (n° 1116), correspondieron a embarazos adolescentes, es decir, en mujeres menores de 19 años.

Al momento del alta médica, sólo el 28% de las mujeres (n 2787) se externaron con un MAC de elección. Las opciones disponibles en la institución eran anticonceptivos orales combinados, desogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito, LARCS y anticoncepción quirúrgica femenina.

De las mujeres que tuvieron parto vaginal o cesárea optaron por DIU un 2% (n° 150), y por implante un 3% (n° 254).

En la tabla I se visualiza los datos epidemiológicos de las mujeres que tuvieron un parto.

	TOTAL	EDAD		PLANIFICACIÓN		MAC PREVIO		MAC AL ALTA		LARC AL ALTA	
		≤ 19 AÑOS	> 19 AÑOS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	DIU	IMPLANTE
PARTO VAGINAL	7483 (81%)	1015 (11%)	8176 (89%)	4492 (49%)	4699 (51%)	2983 (32%)	6208 (68%)	2067* (22%)	7124* (78%)	150* (2%)	254* (3%)
CESÁREA	1708 (19%)										

*En el año 2018 no se encuentra reportado el registro correspondiente a los MAC accedidos al alta.

Tabla I: Datos epidemiológicos correspondientes a mujeres que tuvieron un parto

Las mujeres que cursaron un aborto se externaron con DIU en un 43% (n° 370), o implante en un 12% (n° 108).

En la tabla II se visualiza los datos epidemiológicos de las mujeres que tuvieron un aborto.

	TOTAL	EDAD		PLANIFICACIÓN		MAC PREVIO		MAC AL ALTA		LARC AL ALTA	
		≤ 19 AÑOS	> 19 AÑOS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	DIU	IMPLANTE
IVE	736 (85%)	101 (12%)	768 (88%)	0	736	261 (30%)	608 (70%)	720 (83%)	149 (17%)	370 (43%)	108 (12%)
ILE	133 (15%)			0	133						

Tabla II: Datos epidemiológicos correspondientes a mujeres que tuvieron un aborto

Del total de las usuarias un 8,6% (n° 882) optaron por un LARC, correspondiendo el 5% a DIU (n° 520), y 3,6% a implante subdérmico (n° 362).

Discusión

La provisión postparto o postaborto de LARCS no sólo es una práctica moderna, reversible, segura y costo-efectiva, sino también una poderosa intervención de Salud Pública que favorece a las mujeres, permitiéndoles desarrollarse a nivel personal, mejorando así sus ingresos económicos, el bienestar de sus familias y sociedades, generando mayor productividad y sostenibilidad fiscal; y, en consecuencia, un progreso socioeconómico total.¹¹

Esta estrategia pública en salud sexual y salud reproductiva debe además valorarse como una política altamente costo-efectiva para las sociedades, teniendo en cuenta que los recursos económicos necesarios para afrontar las consecuencias del embarazo no intencional, adolescente o no, a intervalos reducidos o no, son muchísimo más altos que la inversión primaria necesaria para abastecer a las usuarias con LARCS^{10,12}

En el Área Integral de la Mujer del HRSP en el periodo de tiempo evaluado, se observó una aplicación reducida de AIPEO ya que una de cada 10 mujeres optó por un DIU o implante como MAC al momento del alta.

En nuestro país, casi la totalidad de los partos son institucionales, permaneciendo posteriormente las mujeres hospitalizadas por un promedio de 24 horas, lo cual transforma esta situación en una oportunidad que no debe desaprovecharse. Se debe trabajar en la creación y aplicación de protocolos universales integrales de rutina en los servicios de salud que permitan abordar la consejería de manera antenatal y postparto inmediato o postaborto, enfatizando el uso de LARCS como MAC, evitando que las mujeres se expongan a los riesgos materno-fetales resultantes de los embarazos no planificados.

Como fortaleza del presente trabajo se destaca que en un periodo de tiempo considerable se logró la aplicación de AIPEO en más de la mitad del grupo de las mujeres que atravesaron un aborto, mientras que como debilidad en el grupo de mujeres que tuvieron un parto, el uso de LARC no fue significativo, siendo su aplicación de suma importancia y por ende un desafío a futuro para aplicar en el servicio.

Agradecimientos

Al área de estadística, así como al servicio del área integral de la mujer del Hospital Dr. Roque Saenz Peña.

Bibliografía

1. OMS, La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018
2. Guía AIPEO. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud. A. B. Orrigo, A. Messina. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación, 2021
3. Visibilizar lo imposible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de población mundial 2022
4. Plan ENIA. Recorrido, logros y desafíos. Ministerio de Desarrollo Social Argentina, Ministerio de Salud Argentina y Ministerio de Educación Argentina, 2021
5. Consenso de embarazo adolescente, SOGIBA, 2019
6. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. 2017-2019. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, Presidencia de la Nación, 2019
7. Frarey A, Gurney EP, Sober S, Whittaker PG, Schreiber CA. Postpartum contraceptive counseling for first-time adolescent mothers: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet. 2019 Feb;299(2):361-369. doi: 10.1007/s00404-018-4969-0. Epub 2018 Nov 23. PMID: 30470924.
8. Natalidad y Mortalidad infantil Argentina 2021. Ministerio de Salud Argentina, Febrero 2023
9. Pradhan E, Canning D, Shah IH, Puri M, Pearson E, Thapa K, Bajracharya L, Maharjan M, Maharjan DC, Bajracharya L, Shakya G, Chaudhary P. Integrating postpartum contraceptive counseling and IUD insertion services into maternity care in Nepal: results from stepped-wedge randomized controlled trial. Reprod Health. 2019 May 29;16(1):69. doi: 10.1186/s12978-019-0738-1. PMID: 31142344; PMCID: PMC6542050.
10. Baron MM, Potter B, Schrager S. A Review of Long-Acting Reversible Contraception Methods and Barriers to Their Use. WMJ. 2018 Oct;117(4):156-159. PMID: 30407765.
11. Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Postparto. OMS, 2014
12. Harrison MS, Goldenberg RL. Immediate postpartum use of long-acting reversible contraceptives in low- and middle-income countries. Matern Health Neonatol Perinatol. 2017 Dec 22;3:24. doi: 10.1186/s40748-017-0063-z. PMID: 29299334; PMCID: PMC5740832.
13. Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. ACOG Committee Opinion, Number 670. Obstet Gynecol. 2016 Aug (Reaffirmed 2020)
14. Goldthwaite LM, Cahill EP, Voedisch AJ, Blumenthal PD. Postpartum intrauterine devices: clinical and programmatic review. Am J Obstet Gynecol. 2018 Sep;219(3):235-241. doi: 10.1016/j.ajog.2018.07.013. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30031750.

Fortaleciendo redes para la resolución de extracciones dificultosas de implantes anticonceptivos hormonales subdérmicos en un centro de referencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Autores: Faranna M¹., Bergamo N., Pesado A.
¹ Servicio de ginecología del Hospital F. Santojanni. CABA
Mail de contacto: faranna_maria25yahoo.com.ar



Resumen

Introducción

El implante subdérmico de etonogestrel se utiliza como método anticonceptivo hormonal y se sugiere colocarlo subdérmico en la parte interna del brazo no dominante.

Objetivo

Reportar los hallazgos y resultados de la extracción quirúrgica ambulatoria de implantes subdérmicos profundos no palpables que liberan etonogestrel en una serie de casos de pacientes que fueron derivados con este propósito a instituciones de Salud Pública en Argentina.

Diseño del estudio

Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes que fueron derivados a la sección de Salud Reproductiva del Hospital F. Santojanni en CABA entre septiembre de 2015 y abril de 2024 para la extracción de implantes subdérmicos anticonceptivos de etonogestrel no palpables.

Resultados

Todos los casos fueron previamente evaluados en consulta, considerando la confirmación de la localización mediante imagen radiológica y/o ecográfica. Los procedimientos quirúrgicos se realizaron con un equipo multidisciplinario que incluyó profesionales de traumatología y ortopedia, para garantizar la atención y seguridad del paciente. En todos los 14 casos se utilizó imagen radioscópica durante la cirugía. Cinco implantes se encontraban dentro del músculo bíceps, lo que supuso desafíos en su localización y extracción. Mientras que nuestros dos primeros pacientes requirieron anestesia general, la lidocaína local fue suficiente para los casos restantes. Todos los casos de implantes profundos se resolvieron con éxito, sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

Conclusiones

La extracción quirúrgica de un implante con una técnica incorrecta de colocación se localiza con guía de imágenes intraoperatorias y en un entorno multidisciplinario. Los profesionales de la salud deben realizar una capacitación adecuada para una correcta colocación, a fin de reducir la necesidad de procedimientos de extracción innecesarios.

Palabras clave

Implante anticonceptivo subdérmico de etonogestrel; varilla no palpable; implanon; cirugía de brazo.

Conflictos de interés

No se declararon.

Financiación

Esta investigación no recibió ningún subsidio específico de agencias de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Introducción

Los implantes anticonceptivos hormonales subdérmicos han ganado popularidad como un método anticonceptivo hormonal reversible de larga duración, conocido por su altísima eficacia anticonceptiva. Es esencial, para su implementación, que los profesionales de la salud reciban capacitaciones adecuadas en la práctica de colocación y extracción. De hecho, en numerosos países, la certificación en estas técnicas es un requisito indispensable para poder practicarlas en pacientes.

A lo largo de los años, nos hemos posicionado como un lugar de referencia, recibiendo derivaciones de la red de trabajo de la Coordinación de Salud Sexual y Procreación Responsable de CABA, así como de otras instituciones públicas y privadas del país.

La técnica de colocación del implante subdérmico es una práctica ambulatoria de consultorio externo con anestesia local, realizada por distintos agentes de salud como médicos de familia, ginecólogos, licenciadas obstétricas tanto en centros de salud y hospitales públicos como en consultorios particulares. Los profesionales de la salud reciben las capacitaciones de parte de instituciones de prestigio como el Ministerio de Salud, la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA) y Casa Fusa, con el apoyo del laboratorio Organon®, titular de la licencia del producto. Las capacitaciones en colocación y extracción de implantes liberadores de etonogestrel consisten en una parte teórica y otra parte práctica, donde se utilizan brazos simuladores con materiales como el insertor placebo e instrumentación quirúrgica, entrenando para una práctica protocolizada y sistemática para lograr así una correcta inserción subdérmica a 3 a 5 cm por debajo del surco que divide al bíceps del tríceps.

Cuando la técnica de colocación es inadecuada, el implante se suele insertar en profundidad, lo que puede causar complicaciones significativas para las usuarias como dolor en el brazo afectado, la migración del implante al sistema cardiovascular o pulmonar, y preocupaciones derivadas de la incertidumbre sobre la situación. Además, la extracción de un implante no palpable, en profundidad, requiere de un quirófano, un equipo médico multidisciplinario y aparatología en imágenes para su ubicación. La extracción requiere personal capacitado, así como insumos y costos adicionales para el sistema de salud. Esta práctica puede incluir, de acuerdo con la localización, una cirugía de mediana a alta complejidad, aumentando de esta manera la morbilidad.

Es importante destacar que existen pocos centros especializados en la extracción de implantes no palpables, y el Hospital D.F. Santojanni, en el cual nos desempeñamos, es uno de ellos. Esto

subraya la necesidad de un enfoque especializado para resolver estos casos complejos y minimizar los riesgos para los pacientes.

Objetivos

Determinar los desafíos y dificultades en la implicancia clínica de la extracción de implantes subdérmicos anticonceptivos hormonales profundos, derivados de la red de trabajo entre la Coordinación de Salud Sexual y Procreación Responsable de CABA y nuestro centro de referencia en el Hospital Público, con el fin de mejorar la calidad de atención en casos de implantes de difícil localización.

Materiales y Métodos

Se incluyeron pacientes derivadas del programa de salud sexual y reproductiva al Hospital D.F. Santojanni de entre 15 a 49 años, que se habían colocado un implante subdérmico anticonceptivo hormonal liberador de etonogestrel (68 mg) de una varilla, entre enero de 2015 y julio de 2024. Estos implantes fueron colocados en centros de salud y hospitales públicos en la jurisdicción del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La coordinación del programa deriva a la usuaria comunicándose a través de correo electrónico o WhatsApp a la sección de Salud Reproductiva del Servicio de Ginecología del Hospital Santojanni, con una imagen radiológica o ecográfica para su mejor evaluación. En caso de no contar con dichos estudios, los realizamos en el hospital.

Las pacientes referidas a nuestra sección fueron aquellas con diagnóstico de implantes en profundidad no palpables, hallados mediante estudios complementarios de imágenes (ecografía y/o radiografía de brazo) para corroborar su localización. También recibimos casos en los que la extracción había sido fallida. La extracción del sistema liberador de este gestágeno se realizó en el quirófano central con hallazgo de los implantes en distintas localizaciones, aunque siempre dentro de la anatomía del brazo.

Las extracciones de los implantes en el quirófano fueron las de aquellos colocados en profundidad, no palpables y las remociones en consultorio externo fueron de casos donde se logró hallar algún trayecto de la varilla.

Resultados

Se realizaron un total de 48 extracciones a usuarias de entre 15 a 49 años de edad, con un promedio de 27 años. Los implantes subdérmicos anticonceptivos hormonales extraídos fueron los liberadores de etonogestrel de una o de doble varilla.

De las 48 mujeres atendidas, se extrajeron con éxito el 68.75% (n=33) en consultorio externo con anestesia local como práctica ambulatoria al ser parcialmente palpables. Este grupo incluye usuarias de implante de doble varilla que representan el 4.16% (n=2).

Se identificaron 15 casos de implantes profundos que fueron sometidos a extracción en el quirófano por un equipo multidisciplinario. La edad promedio fue de 26 años (rango de 19 a 40 años). Los motivos más comunes para la extracción fueron la imposibilidad de palpar los implantes, dolor en el brazo y el vencimiento de la eficacia del implante. El tiempo promedio entre la inserción y la extracción del Implante fue de 47.9 meses (rango de 36 a 62 meses). De estos, recibimos 6 casos desde centros de atención primaria después de un intento fallido de retirar el implante.

La totalidad de las pacientes fueron examinados en consultorio y presentaban una varilla no palpable, confirmada su localización en el brazo por radiografía y/o ecografía para verificar su localización profunda. La extracción en el quirófano se realizó debido a la presencia del implante en una localización no palpable en el brazo dada una inserción profunda incorrecta. En la tabla 1 están plasmados de forma gráfica cuales son los datos más significativos que obtuvimos en la práctica con las pacientes.

Caso n°	Edad	Motivo de extracción	Intentos previos de extracción	IMC	Estudios previos	Localización implante durante la cirugía	Tiempo de uso (años)	Equipo multidisciplinario	Anestesia	Nuevo método anticonceptivo
1	32	Vencido y no palpable	Una vez	22	Rayos X	Músculo	4.42 (4 años, 5 meses)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia general	Implanon®
2	24	Vencido y no palpable	No	21	Rayos X	Músculo	3.75 (3a 9m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia general	Anticonceptivos orales
3	38	Vencido y no palpable	Dos veces	27	Rayos X	Subfascial	4.58 (4a 7m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Medroxipro-gesterona intramuscular
4	26	Vencido y no palpable	No	18	Rayos X	Músculo	3	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Barrera
5	19	Vencido y no palpable	No	19,7	Rayos X	Fascia del músculo bíceps	3.75 (3a 9m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Implanon®
6	23	Vencido y no palpable	Una vez	29	Rayos X	Músculo	3.75 (3a 9m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Anticonceptivos orales
7	34	Implante no palpable	No	22	Rayos X y ecografía	Músculo	3.75 (3a 9m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Anticonceptivos orales
8	21	Vencido y no palpable	No	25	Rayos X	Músculo	4.58 (4a 7m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Anticonceptivos orales
9	24	Vencido y no palpable	No	28	Ecografía	celular subcutáneo	4.42 (4a 5m)	Ginecólogo	Anestesia local	Barrera
10	28	Vencido y no palpable	No	19	Rayos X y ecografía	Músculo	3.58 (3a 7m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Implanon®
11	25	Vencido y no palpable	No	22	Rayos X y ecografía	Músculo	5.16 (5a 2m)	Traumatólogo Y Ginecólogo	Anestesia local	Medroxiprogesteron intramuscular
12	27	Vencido y no palpable	Una vez	27	Rayos X y ecografía	Subcutáneo	3.16 (3a 2m)	Ginecólogo	Anestesia local	Implanon®
13	22	Vencido	No	27	Rayos X y ecografía	Subcutáneo	3	Ginecólogo	Anestesia local	Anticonceptivos orales
14	22	Planificación familiar	No	17	Rayos X y ecografía	Músculo	3	Ginecólogo	Anestesia local	Ninguno
15	40	Vencimiento	No	sin dato	Rayos X y ecografía	Axila	3	Traumatología	Anestesia general	Medroxipro_gesterona trimestral

Tabla 1: implantes extraídos en el quirófano

La mayoría de los casos (12/15) se realizaron bajo anestesia local; en tres casos se utilizó anestesia general. Durante la cirugía, los implantes fueron localizados utilizando guía radioscópica intraoperatoria. Tras identificar su ubicación bajo radioscopia, se realizó una incisión en promedio de entre 2 a 4 cm sobre la ubicación del implante, guiados por radiología y previa instilación de anestesia local. En ocho pacientes el implante fue expuesto luego de disecar el tejido celular subcutáneo, siendo necesario incidir en forma cuidadosa la fibra muscular, lo que requirió una disección cuidadosa a través de dichas fibras. En las imágenes podemos observar la localización muscular de los implantes, la imagen A corresponde a nuestra paciente 10 y la imagen B a nuestra paciente 6. En uno de los casos la localización del implante se confirmó a nivel de la axila, motivo por el cual se derivó mediante la red desde centro de salud periférico del

Hospital Grierson donde se articularon los servicios de ginecología y traumatología, donde la resolución estuvo a cargo de este último.



Imagen A: caso 6 donde la localización del implante estaba a nivel muscular



Imagen B del caso 10 también con localización del implante a nivel muscular

Conclusión

Los métodos anticonceptivos de larga duración, y el implante en particular, han contribuido al descenso del embarazo adolescente en Argentina. Aunque la colocación del implante de una varilla es una práctica sencilla que puede ser realizada por múltiples agentes de salud, una inserción incorrecta puede generar dificultades en su extracción, requiriendo cirugía y aumentando la morbilidad asociada al método. Es crucial el entrenamiento y las capacitaciones con simulación para optimizar las extracciones de implantes subdérmicos.

Bibliografía

1. Hellwinkel, JE, Konigsberg MW, Oviedo J, Castaño PM, Kadiyala RK. Subfascial-located contraceptive devices requiring surgical removal. *Contraception*. 2021. doi: 10.1186/s40834-021-00158-5.
2. Reed S, Do Minh T, Lange JA, Koro C, Fox M, Heinemann K. Real world data on Nexplanon® procedure-related events: results from the Nexplanon Observational Risk Assessment study (NORA). *Contraception*. 2019. doi: 10.1016/j.contraception.2019.03.052.
3. Mansour D, Fraser IS, Walling M, Glenn D, Graesslin O, Egarter C, Herbst J. Methods of accurate localisation of non-palpable subdermal contraceptive implants. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2008. doi: 10.1783/147118908783332285.
4. Petro GA. Non-palpable and difficult contraceptive implant removals: The New Somerset Hospital referral-clinic experience. *S Afr J Obstet Gynaecol*. 2017.

Análisis del número de nacimientos en el Hospital General de Agudos “Dr Cosme Argerich”. CABA. Readecuación de los Servicios de Salud

Autores: Camin, Paula^a, Chao, Sara^b, Degrossi, Fernando^c, Delgado, Ana Laura^d, Traverso, Sonia^e, Zandalazini, Hugo^f, Fabiano, Pablo^g

^a División Obstetricia, Departamento Materno Infante Juvenil, Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” (HGACA), ^b Departamento de Urgencias, Hospital Municipal de Oncología “María Curie”, ^c División Traumatología, Departamento Quirúrgico, HGACA, ^d División Promoción y Protección de la Salud, HGACA, ^e Unidad de Medicina Nuclear, Departamento de Medicina Interna, HGACA, ^f Unidad de Cirugía General, Departamento Quirúrgico, HGACA, ^g Jefe de Unidad Obstetricia HGACA

Mail de contacto: paula.camin@gmail.com



Resumen

Introducción: El cambio en el perfil de la demanda en el Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (HGACA) motivó el análisis de los posibles factores implicados. Entre ellos se destacan: inserción de la mujer en el mercado laboral, introducción de métodos anticonceptivos reversibles Ley 25673/2002 y no reversibles (año 2006), anticoncepción de emergencia (2008), la aplicación de la Ley 27610/2021 (IVE/ILE), disminución de la tasa global de fecundidad (TGF) y la disminución del embarazo adolescente, entre otros. Esta modificación en la demanda plantea un desafío al equipo de salud en la readecuación de recursos acorde a la situación vigente.

Objetivo General

Analizar el número de nacimientos entre los años 2010 y 2022 en la División de Obstetricia del HGACA.

Objetivos Específicos

- 1) Comparar la tendencia en el HGACA con la tasa de natalidad en CABA para el mismo período.
- 2) Evaluar la demanda de atención por ILE e IVE en internación y ambulatoria, desde la aplicación de la Ley 27610/2021.
- 3) Realizar propuestas de readecuación del Servicio de acuerdo con el perfil de la demanda en Salud.

Material y método

Estudios observacional, descriptivo, retrospectivo.

Resultados

Se observó un descenso de los nacimientos comparando año 2010 y 2022 en las maternidades públicas de CABA del 55,18 %, que coincide con el descenso del 59,02% del HGACA. (p:0,001). Se observa el aumento desde 2016 de casos de IVE/ILE (manejo ambulatorio e internación). La

mayor demanda de métodos anticonceptivos irreversibles (ligadura tubaria) ocurre a partir del año 2016 tanto en HGACA y maternidades públicas de CABA.

Propuestas

Se aplicó la matriz FODA con el objetivo de identificar puntos críticos y plantear propuestas de readecuación de acuerdo con los cambios en el perfil de la demanda.

Introducción

Desde los años setenta el sociólogo Gino Germani afirmaba que, en Buenos Aires, al inicio de esa época aproximadamente la mitad de las mujeres entre 18 y 30 años ejercía una actividad remunerada, mayoritariamente, como empleadas en comercios y en la burocracia pública y privada. Este fenómeno, junto con la creciente presencia femenina en todos los niveles educativos ayudaban a explicar las nuevas pautas familiares que estaban teniendo lugar: reducción del tamaño de la familia, creciente comunicación entre los cónyuges, climas más democráticos y mayor participación del esposo en las actividades familiares^[1]. Estas nuevas formas de organización familiar fueron dejando atrás el modelo de domesticidad y dieron lugar a otras pautas que incluían la posibilidad de divorcio, relaciones prematrimoniales, uniones consensuales, y una política consciente de planificación de los nacimientos^[2].

La inclusión de la mujer en el mercado laboral y su desarrollo profesional son aspectos que han modificado en gran medida la decisión del momento de la maternidad y la planificación de la familia.

Sin duda, la aparición de las píldoras anticonceptivas brindó a las mujeres la posibilidad de contar con un método de anticoncepción propio y eficaz, que no intervenía en el acto sexual y que podía ser utilizado más allá del acuerdo masculino^[3].

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado por la ley Nacional 25673/2002^[4] tiene por objetivo asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer, libre y responsablemente, sus pautas procreativas. Para ello, el Estado se compromete a brindar, en los servicios públicos de salud y seguridad social, información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, prevención del cáncer génito-mamario y de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, y, asimismo, a suministrar métodos anticonceptivos de carácter reversible y transitorio. A partir de diciembre de 2006 también se incluyó la cobertura gratuita de anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía), y en marzo de 2007 se incluyó en el Programa Médico Obligatorio (PMO) la anticoncepción hormonal de emergencia.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se encuentra dividida en quince comunas que son unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial que alojan poblaciones cuyas condiciones de vida son muy heterogéneas. Así, el valor mínimo de población con cobertura pública exclusiva corresponde a la zona Norte (7,1%), el máximo a la zona Sur (35%) mientras que la zona Centro presenta el valor intermedio con 17,3% de población con cobertura pública exclusiva.

El Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” (HGACA) se encuentra al sur de la CABA, dentro de la Comuna 4. Su Área Programática de Salud incluye parte de las Comunas 1 y 4.

Situación de los nacimientos y partos en hospitales públicos de CABA

El número de nacimientos en mujeres residentes de CABA presenta una tendencia descendente, habiéndose registrado 38954 nacimientos en 2016 y 25560 en 2021, con un descenso del 34,4% en estos últimos 5 años. Una situación similar se observa en el número de partos en las 12 maternidades públicas de la Ciudad, incluyendo residentes y no residentes (de 26012 partos en 2016 a 14194 en 2021, con un descenso del 45,4%). Para ambos indicadores, los mayores descensos interanuales corresponden a 2020-2019^[5].

La tasa global de fecundidad (TGF) de la ciudad de Buenos Aires se mantiene a lo largo del período 1990/2021 por debajo del nivel de reemplazo (que es de 2,1 hijo por mujer). El valor para 1990 fue de 2,08 y cayó para 2021 a 1,10 hijo por mujer^[6]. Este descenso ha sido constante y lento.

Los datos sobre nacimientos en mujeres residentes de la ciudad por grupo de edad muestran que, en la adolescencia tanto temprana como tardía, se registró una caída del 65% entre los nacimientos de 2016 y 2021. De igual manera, la tasa de fecundidad adolescente, que en 2016 fue de 22,6 cada 1000 adolescentes (15 a 19 años), luego de seis años de descenso constante, se ubicó en 6,7 en 2021⁵.

El descenso en la fecundidad adolescente se expresa también en la proporción de personas de 10-19 años que accedieron a una interrupción voluntaria del embarazo/interrupción legal del embarazo (IVE-ILE) en los últimos 7 años. En 2016, el 22,1% de las interrupciones ocurrieron en el grupo 10 a 19 años y este valor desciende progresivamente hasta llegar a 11,9% en el 2022. Esto podría indicar que la disminución en el número de interrupciones responde en buena medida al mejor acceso a los métodos anticonceptivos por parte de la población adolescente entre otros factores⁵.

Se observa también un aumento en los establecimientos en CABA que dan respuesta a las situaciones de IVE-ILE en el período 2016-2022. Durante 2022, 65 establecimientos del subsistema público de salud dieron respuesta a las interrupciones del embarazo y se atendieron 9.986 situaciones de IVE-ILE, lo que marca un incremento en el número de las situaciones de alrededor de un 10% respecto de 2021. Si bien los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) siguen constituyendo la principal puerta de acceso, con el 65% de las prestaciones (6.441 casos), se consolida la creciente participación de los hospitales en la respuesta⁵.

En la CABA se observa el aumento creciente y sostenido de ligaduras entre 2016 y 2019 (que se realizan exclusivamente en los hospitales generales de agudos y en la Maternidad Sardá), con una caída registrada en el año 2020 y la paulatina recuperación en el 2021, pasando de 1239 en 2016 a 1923 en 2022. En cuanto al momento de realización de las ligaduras en 2022, el 82% fueron realizadas “intra cesárea”, el 13% (“del intervalo”) tuvieron lugar fuera del momento del parto/cesárea y el 5% restante se realizó en el posparto inmediato⁵.

Esta modificación en la demanda se plantea como un desafío para el equipo de salud, para adecuar los recursos acordes a la situación vigente.

Objetivo general

Analizar el número de nacimientos entre los años 2010 y 2022 en la División de Obstetricia del HGACA.

Objetivos específicos

- Comparar la tendencia en el HGACA con la tasa de natalidad en CABA para el mismo período.
- Evaluar la demanda de atención por ILE e IVE en internación y ambulatoria, desde la aplicación de la Ley 27610 a partir del año 2021.
- Realizar propuestas de readecuación del Servicio de acuerdo con el perfil de la demanda en Salud.

Métodos

Con el propósito de la mejora continua en el proceso de atención en la División de Obstetricia y adecuación a los cambios en el perfil de la demanda en Salud, se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Se analizó el número de nacimientos ocurridos en el HGACA en el período 2010-2022. Se calculó mediana y rango intercuartílico (RIC) para el número anual de nacimientos.

Para comparar los nacimientos del HGACA con los de la CABA, se calculó el porcentaje de descenso en los nacimientos en el HGACA y el de los partos en las maternidades públicas de CABA entre 2010 y 2022. Se comparó el porcentaje de descenso en el HGACA con el de la CABA. Se utilizó el test Z para una proporción con corrección de continuidad de Yates, se calculó el intervalo de confianza del 95% (IC95). Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó mediante el programa R^[7] versión 4.3.2. Se aplicó la matriz de evaluación fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (FODA) y, en base a esto, se realizaron propuestas de mejora.

Fuentes de datos

Se solicitaron datos agrupados al Servicio de Obstetricia del Sistema Informático Perinatal y de organización del Servicio; datos de IVE/ILE de consultorios externos de Salud Sexual y Reproductiva.

Resultados

La División de Obstetricia del HGACA pertenece al Departamento Materno Infantil. Cuenta con una dotación de 62 personas (Tabla 1).

Personal	Cantidad
Jefe de Departamento Materno Infanto Juvenil	1
Jefe de División Obstetricia	1
Jefe de Unidad	2
Médicos de guardia	14
Médicos de planta	13
Médicos suplentes de guardia	7
Jefa de Obstétricas	1

Obstétricas suplentes	7
Obstétricas de planta	5
Instrumentadora quirúrgica	1
Secretaria administrativa	1
Jefa de residentes	1
Residentes Tocoginecología	8
Total	62

Tabla 1. Dotación de la División Obstetricia. HGACA. 2023.

En cuanto a la organización de la actividad en consultorios externos, en la tabla 2 se presentan los consultorios y las horas semanales de cada uno.

Consultorio	Horas semanales
Obstetricia General	47
Salud sexual y reproductiva/ IVE/ ILE	47
Ecografía obstétrica y control de DIU	38
Obstetricia Especializado (Alto Riesgo) *	28
Monitoreo fetal	16
Ecocardiograma fetal	8
Curso de Psicoprofilaxis (presencial y online- redes sociales) y Lactancia	6
Patología cervical/ tracto genital inferior	4
Diversidad de género	4
Total	198

Tabla 2. Consultorios y horas semanales. División Obstetricia HGACA, 2023.

* Consultorios de Alto Riesgo: Diabetes (Gestacional y pregestacional), Acretismo placentario, Hipertensión, Infecciones perinatales, Embarazo Múltiple, Colestasis, Trombofilia, Enfermedades autoinmunes y pacientes trasplantadas. Fuente de datos: Elaboración propia en base a datos de la División Obstetricia HGACA.

En el período 2010-2022 la mediana de nacimientos anuales en el HGACA fue de 2151 (RIC= 752). Se observó una tendencia descendente en el número de nacimientos anuales (Gráficos 1 y 2).

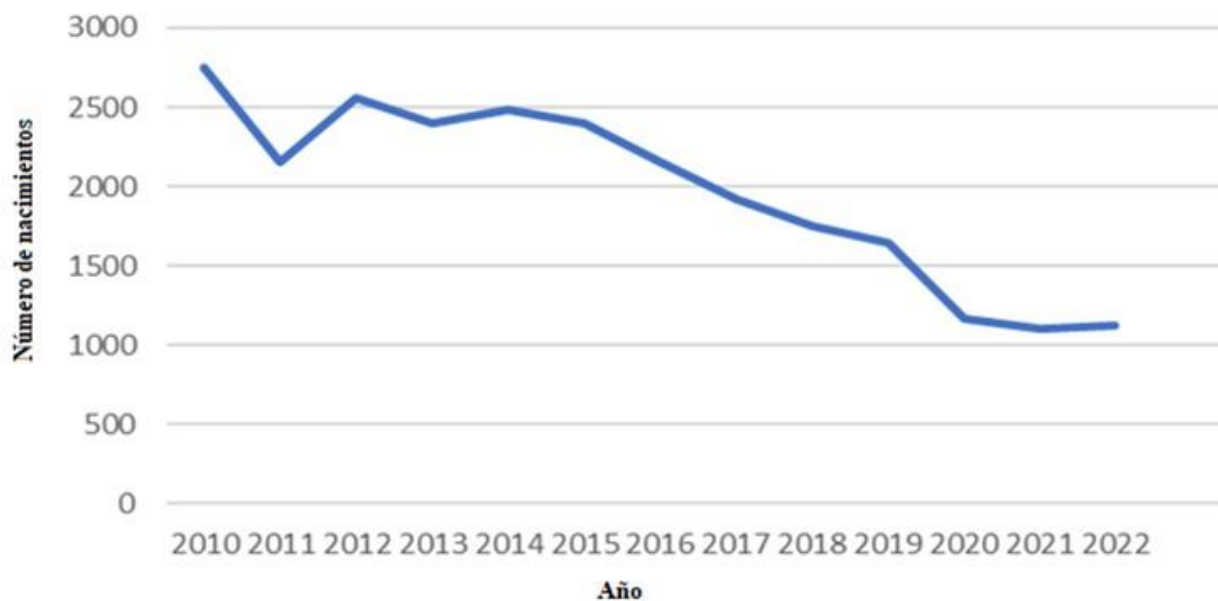


Gráfico 1. Número de nacimientos por año en el HGACA. Años 2010-2022. Fuente de datos: Elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal

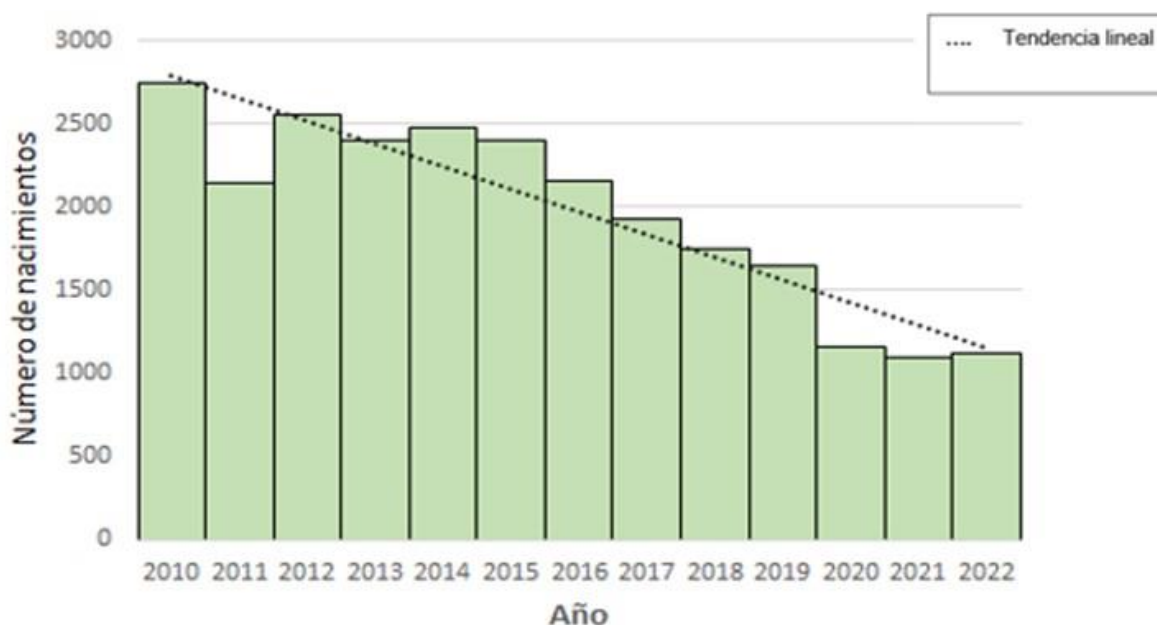


Gráfico 2. Número de nacimientos por año en el HGACA y tendencia lineal.

Años 2010-2022. Fuente de datos: Elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal

Se observó un ascenso del 19% en el número de nacimientos en 2012 con respecto a 2011, seguido de un descenso que se acentúa a partir del año 2015. El mayor descenso interanual fue en 2020-2019 (-29,4%), seguido por 2011-2010 (-21,6%). Esta tendencia coincide con los datos

de las maternidades públicas de CABA publicados por la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS (Ministerio de Salud, GCBA) (Gráfico 3).

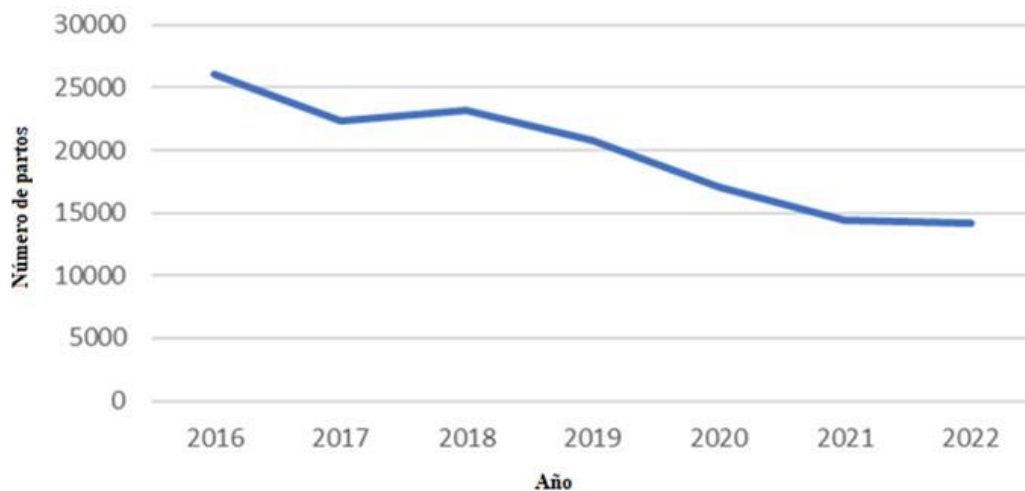


Gráfico 3. Número de partos en maternidades públicas de GCBA. Años 2016-2022.

Fuente de datos: Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS, Ministerio de Salud GCBA.

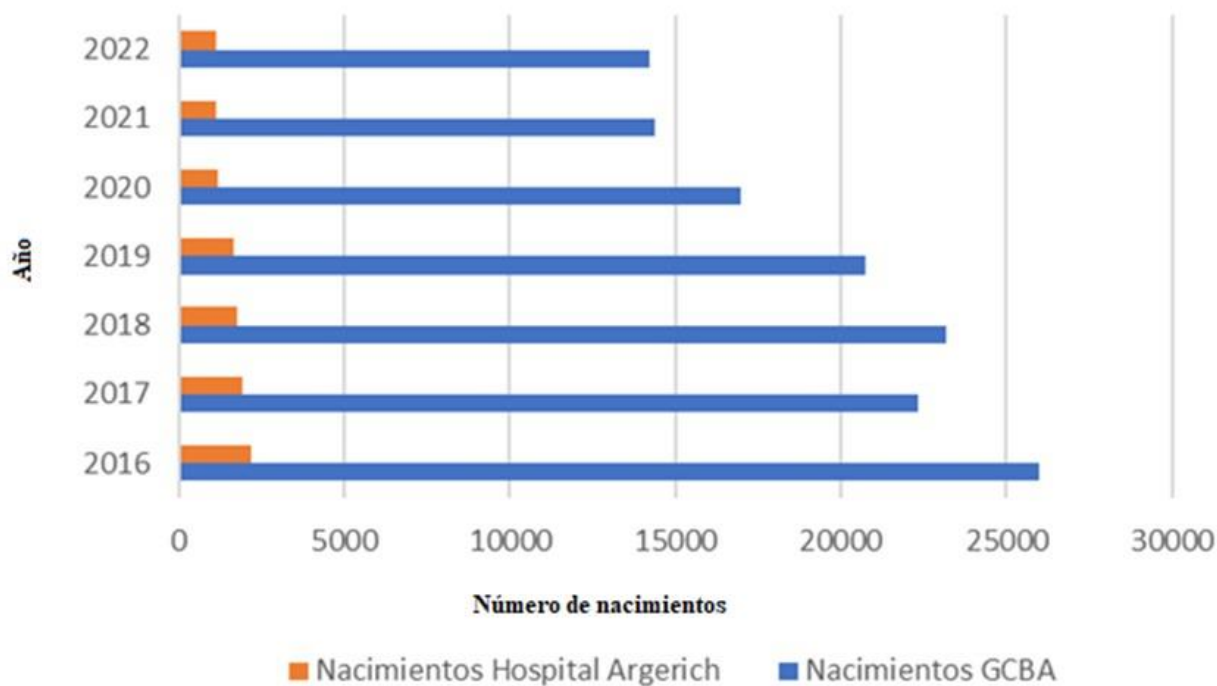


Gráfico 4. Número de partos en maternidades públicas de GCBA y nacimientos en el Hospital Argerich.

Años 2016-2022. Fuente de datos: Elaboración propia en base a datos del SIP, Dirección General de

Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA, 2023) y Departamento Materno Infantil

(Ministerio de Salud GCBA, 2023)

En el año 2010 en los Hospitales del Gobierno de la CABA se produjeron 31670 partos (Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud GCBA), mientras que en 2022 ocurrieron 14194 partos (Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud GCBA, 2023), con un descenso del 55,18%. Para el mismo período, en el HGACA, se produjo un descenso del 59,02% (IC95: 57,15-60,86%) al comparar el año 2010 (n=2745) con el 2022 (n=1125), con diferencia estadísticamente significativa respecto a la proporción de descenso en CABA ($\chi^2=16,18$, p-valor <0,001).

En la tabla 3 se presentan los datos de interrupciones legales del embarazo (2016 al 2022) e interrupciones voluntarias del embarazo (a partir de la implementación de la ley 27610 hasta 2022) en consultorios externos de la División.

Año	Casos de IVE/ILE ambulatorios
2016	23
2017	22
2018	44
2019	152
2020	84
2021	288
2022	305
Total	1018

Tabla 3. Casos de interrupciones legales del embarazo (ILE) e interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) ambulatorios por año. HGACA. Años 2016-2022. Fuente de datos: Elaboración propia en base a datos del Consultorio Externo de Salud Sexual y Reproductiva, HGACA.

En la tabla 4 se presentan los casos de IVE/ ILE que requirieron internación:

Año	Casos de IVE/ILE en internación
2018	31
2019	60
2020	39
2021	84
2022	101
Total	315

Tabla 4. Casos de IVE/ILE en internación por años. HGACA. Años 2018-2022. Fuente de datos: Elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal, División de Obstetricia, HGACA.

En el gráfico 5 se presentan las ligaduras tubarias realizadas en el período 2017-2022.

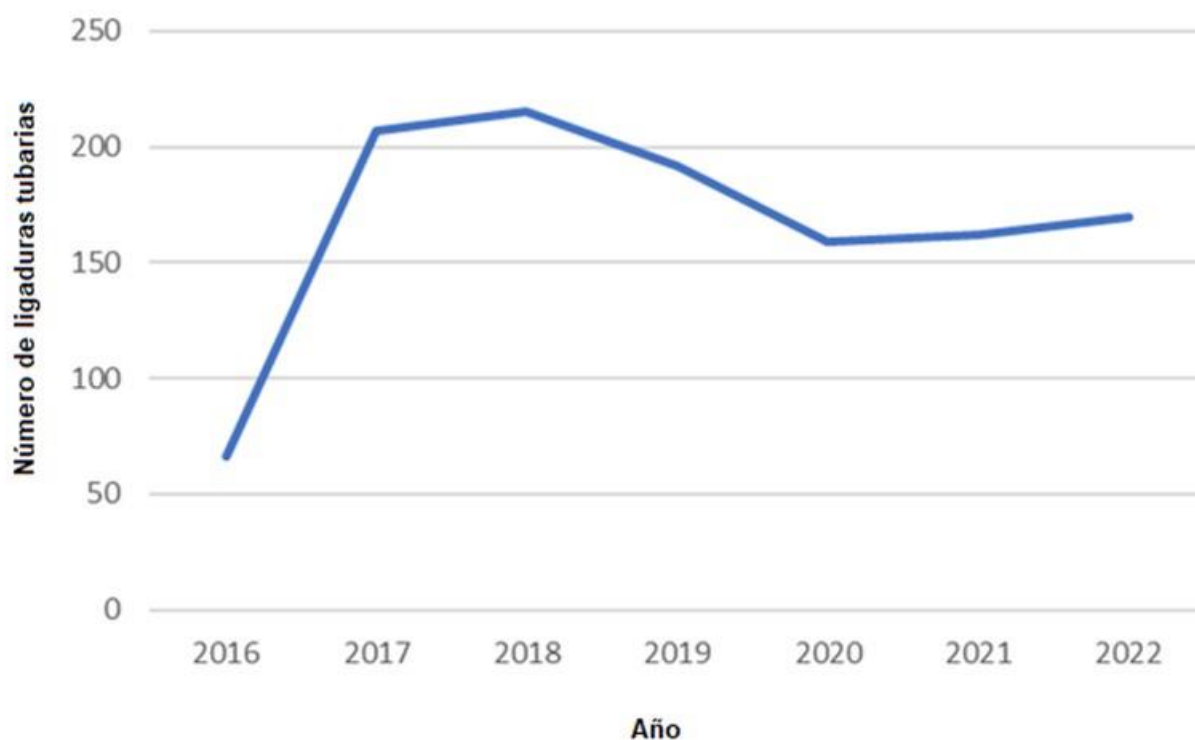


Gráfico 5. Ligaduras tubarias por años. HGACA. Años 2017-2022. Fuente: Elaboración propia en base a datos de SIP

En el gráfico 6 se presentan las ligaduras tubarias realizadas en el período 2016-2022 en el GCBA:

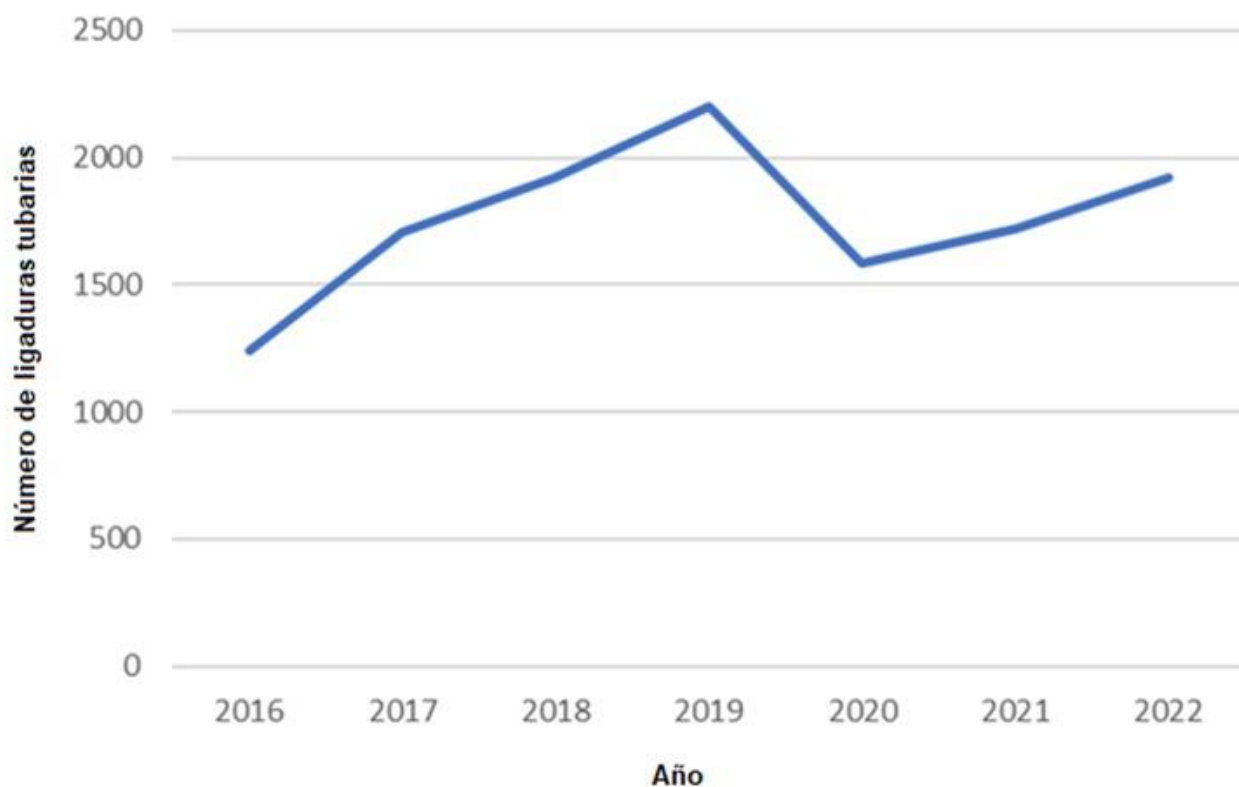


Gráfico 6. Ligaduras tubarias por años. GCBA. Años 2016-2022. Fuente: Elaboración propia en base a datos de Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS, Ministerio de Salud, GCBA.

Con el objetivo de identificar puntos críticos y plantear propuestas de readecuación de acuerdo con los cambios en el perfil de demanda en la División, se realizó una matriz FODA (Cuadro 1).

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Capital humano • Áreas de especialización desarrolladas • Maternidad de tercer nivel • Ambiente laboral • Actividad interdisciplinaria • Sistemas informáticos de registro (SIGEHOS, SIP) • Cátedra de Obstetricia en la carrera de pregrado de Medicina de UBA y USAL • Residencia Tocoginecología • Hospital de día de diabetes gestacional y pregestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de instrumental laparoscópico • Falta de más ecógrafo • Falta de más monitores fetales • Disponibilidad de médicos anesthesiólogos • Dificultad para la entrega de insumos por alto porcentaje de pacientes que no residen en CABA (Ej.: reflectómetros y tiras reactivas DBT)
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora continua en la calidad de atención • Reformular áreas de trabajo • Fortalecer docencia e investigación • Fortalecer actividades en redes sociales para la interacción con la comunidad • Mejorar la articulación con el Área Programática • Desarrollar rotaciones en otras especialidades afines 	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso de la natalidad • Remuneración • Disminución de médicos residentes en general y de la especialidad • Disminución de los residentes ya formados en los concursos de guardia

Cuadro 1. Matriz FODA

Propuestas

De acuerdo con el cambio de perfil en la demanda registrada en los últimos años, algunos de los cambios que se han implementado progresivamente y otros que podrían desarrollarse son:

- El aumento de horas de atención del consultorio de salud reproductiva/IVE/ILE. En la actualidad las horas semanales de atención de dicho consultorio igualan a las del consultorio de obstetricia general.
- Mejorar la calidad de atención ofreciendo más consultorios especializados como:
 1. Asesoramiento preconcepcional en pacientes con enfermedades crónicas y pacientes trasplantados.
 2. Consultorio de prevención y rehabilitación del piso pélvico.
- Implementar la realización de las ligaduras tubarias en el puerperio, para lo cual necesitamos disponer del equipo correspondiente (laparoscopio/ anestesista) y reducir la tasa de cesáreas electivas que tiene como fin dicho procedimiento, disminuyendo días de internación.
- Aumentar las horas destinadas a docencia e investigación ya que es necesario visibilizar el trabajo profesional de calidad que se desarrolla en nuestro Hospital:
 1. incentivar la participación en actividades de investigación médica y desarrollo de protocolos clínicos;
 2. fomentar la participación en la publicación de artículos científicos en revistas médicas especializadas, locales y extranjeras indexadas, incentivando a los médicos a contribuir al avance del conocimiento en áreas relacionadas con la especialidad;
 3. docencia universitaria: incentivar a los médicos de la División a participar en actividades de docencia universitaria tanto de la carrera de pregrado como de post grado de la UBA y otras Universidades;
 4. fomentar a los médicos del servicio a realizar la carrera docente con el objetivo de incorporar nuevas metodologías de enseñanza, manejo de nuevas herramientas y materiales audiovisuales, para mejorar el aprendizaje y el acercamiento al alumnado.
- Ampliar las terapias alternativas no farmacológicas (Ej.: acupuntura, homeopatía) para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. (Prácticas que se implementan en otras maternidades del mundo)
- Reforzar la capacitación del personal de salud (enfermeras, obstétricas y médicos) en técnicas de lactancia para el acompañamiento de las pacientes durante la internación y puerperio, ya que en el hospital no contamos con puericultoras.
- Capacitación del personal de salud para mejorar las habilidades de comunicación y empatía, fundamentales en la atención médica integral, especialmente en áreas como la consejería prenatal y la interacción con pacientes en situaciones de pérdida gestacional.
- Reentrenamiento especializado: brindar oportunidades de formación adicional (rotaciones) para que el personal adquiriera habilidades especializadas en otras áreas médicas de relevancia vinculadas con la especialidad, como medicina interna, cirugía, urología, terapia intensiva, cirugía robótica, inteligencia artificial.

- Participación en programas preventivos y comunitarios: Mejorar la coordinación con las actividades entre el Área Programática y el Hospital en programas de salud preventiva, enfocándose en la promoción y protección de la salud, promoviendo la colaboración interdisciplinaria y entre especialidades, participando en actividades tanto dentro como fuera del entorno hospitalario.
- Integrar aspectos de telemedicina y tecnología en la práctica médica, permitiendo a los profesionales participar en consultas a distancia, tele supervisión de procedimientos y uso de herramientas digitales para el seguimiento de pacientes.

Estas sugerencias buscan adaptar las habilidades y conocimientos del personal a áreas afines, garantizando una formación continua y la contribución a la mejora de la atención médica en contextos más amplios que el servicio de obstetricia tradicional.

Conclusiones

Al comparar los partos en 2010 con los ocurridos en 2022, se observó en los Hospitales públicos de CABA un descenso del 55,18%, mientras que en el HGACA se produjo un descenso del 59,02% (IC95: 57,15-60,86%), con diferencias estadísticamente significativas respecto a CABA ($\chi^2=16,18$, p-valor <0,001).

La observación de estos datos junto a la búsqueda bibliográfica sobre los factores culturales y sociales que pueden influenciar en el descenso de nacimientos en general y en el HGACA, nos permite estimar que, si bien el descenso es marcado y constante a partir del 2016, es un fenómeno que presenta un descenso progresivo desde las últimas tres décadas. En cuanto a este punto, creemos que es de gran interés planificar un estudio multidisciplinario para evaluar los factores que influyen en la natalidad de nuestra ciudad, desde el acceso a los programas de educación en salud reproductiva como los factores ligados a cambios sociales y culturales que fuerzan a revisar, modificar y mejorar constantemente, la oferta y la calidad de nuestra tarea.

Las políticas de salud implementadas desde el 2008, como la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (provisión de métodos anticonceptivos de corta y larga duración, incluyendo anticoncepción quirúrgica- ligaduras tubarias) y la Ley de Interrupción del embarazo han podido contribuir a este cambio en el perfil epidemiológico de la demanda, sumado a un cambio de paradigma social, donde la edad materna para la búsqueda del embarazo se ha retrasado, y la cantidad de hijos por familia ha disminuido.

Bibliografía

[1] Germani, Gino. Política y sociedad en una época de transición, Buenos Aires, Paidós, 1979 (1ª ed.1962), pp. 354-371.

[2] FEIJOO, María del Carmen; NARI, Marcela. Women in Argentina during the 1960's. Latin American perspectives, 1996,1, 7-26; COSSE, Isabella. Cultura y sexualidad en la Argentina de los '60: usos y resignificaciones de la experiencia trasnacional. Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe, 2006, 1, 39-60; FELITTI Karina. El placer de elegir. Anticoncepción y liberación sexual en los 60's. In: Gil Lozano Fernanda; Valeria Pita; María Gabriela Ini (eds.), Historia de las mujeres en Argentina. siglo XX, Buenos Aires, Taurus, 2000, pp. 154-171.

[3] Felitti, Karina A. «El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX». *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 2007, Vol. 27, p. 333-357, <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114428>.

[4] Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. “PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL”. Disponible en: <https://www.sssalud.gob.ar/novedades/archivos/documentos/PROGRAMANACIONALSALUDSEXUAL.pdf>

[5] Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta. Actualización 2022. Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2023. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-09/Situaci%C3%B3n%20y%20respuesta%20-%20Actualizaci%C3%B3n%202022_0.pdf

[6] Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda y Finanzas, GCBA. La fecundidad en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de resultados 1710. Noviembre 2022. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2022/11/lr_2022_1710.pdf

[7] R Core Team (2023). *_R: A Language and Environment for Statistical Computing_*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <<https://www.R-project.org/>>

Anticoncepción No Hormonal: Un Anticonceptivo Intravaginal Mensual Sin Hormonas en Investigación - Revisión Bibliográfica

Autores: Dra. Elina Coccio
Médica Tocoginecóloga
Hospital B. Rivadavia. Planificación Familiar
Mail de contacto: elinacoccio44@gmail.com



En la actualidad tenemos acceso a anticonceptivos hormonales que son altamente eficaces y están disponibles en varias formas de administración para las mujeres. Pero la percepción de seguridad y la preocupación por los eventos adversos son un factor disuasorio para muchas de ellas.

Los **anticonceptivos no hormonales existentes** incluyen la esterilización permanente, los dispositivos intrauterinos (DIU) de liberación de iones de cobre, los métodos anticonceptivos de barreras químicas/físicas como los espermicidas y los condones, así como los métodos naturales de planificación familiar, incluida la abstinencia, el coito interrumpido y el método del ritmo. Las personas que deseen conservar su fertilidad en el futuro pueden lograr el mayor cumplimiento y eficacia con los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), aunque sólo disponemos del DIU de cobre como LARC no hormonal.

Si bien se han producido enormes innovaciones en materia de anticoncepción hormonal desde la introducción de la píldora anticonceptiva diaria en 1960, la innovación para mejorar la comodidad y la eficacia de los métodos no hormonales ha quedado rezagada.

Las encuestas han demostrado que, en lo que respecta a la anticoncepción, las mujeres valoran la comodidad y la eficacia. Muchas mujeres preferirían un método anticonceptivo que no tengan que recordar tomar todos los días y que no requiera una acción en el momento de la relación sexual. Casi el 85 % preferiría una opción mensual con una dosis de hormonas más baja que la píldora anticonceptiva oral.¹

Dado que las tasas de embarazos no deseados siguen siendo altas con las opciones anticonceptivas existentes, resulta cada vez más atractivo desarrollar nuevos métodos de prevención del embarazo no planificado tanto para mujeres como para hombres. Esta revisión se centra en los objetivos anticonceptivos no hormonales identificados y en los fármacos en desarrollo.²

Ovaprene (Poly-Med Inc., Anderson, SC) es un anticonceptivo vaginal no hormonal mensual en investigación que consiste en un anillo de silicona de 55 mm de diámetro con una barrera permeable central ([Fig. 1](#)). El tamaño de los poros de la barrera inhibe el movimiento de los espermatozoides mientras permite el paso de fluidos. El gluconato ferroso liberado por el anillo causa daño oxidativo a la bicapa lipídica de la cola del espermatozoide, lo que causa espermioestasis.³

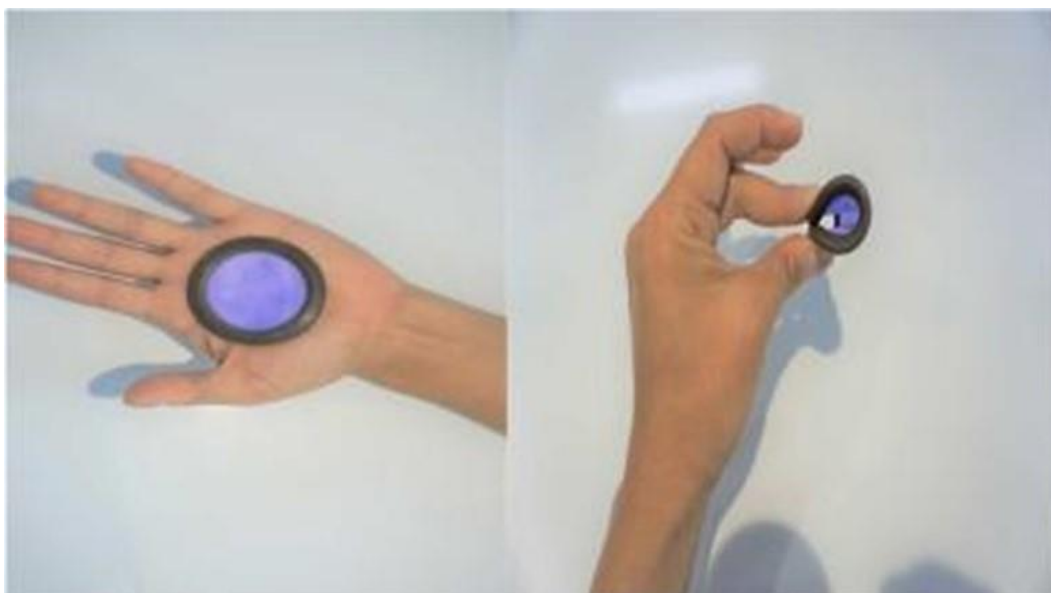


Fig. 1 Tomada de <https://www.contraceptionjournal.org/cms/attachment/82bb0b30-2bdc-4c87-bbfb-1be52a864749/gr1.jpg>

El ácido ascórbico se libera para mantener el gluconato ferroso en su estado ferroso. Ovaprene se inserta al final de un período menstrual y se deja hasta el comienzo del siguiente, sin necesidad de realizar ninguna acción durante el coito. No requiere que el médico lo ajuste y se utiliza un producto nuevo cada mes.

Recientemente, se realizó un estudio con una evaluación más completa de la seguridad que incluyó exámenes pélvicos, colposcopia, exámenes de microbiota vaginal e inmunidad innata a lo largo de múltiples ciclos de uso.

El objetivo principal del estudio fue evaluar la capacidad de Ovaprene para evitar que los espermatozoides penetren en el moco cervical.

Se evaluaron:

- eventos adversos emergentes del tratamiento entre participantes femeninas.
- eventos adversos urogenitales, relacionados con el producto entre participantes femeninos y masculinos.
- cambios en el hemograma completo, química sérica, ferritina sérica, exámenes pélvicos, hallazgos de colposcopia, puntajes de Nugent, tipos de estado de la comunidad de microbiota vaginal, actividad anti *E. coli* y concentraciones de proteínas inmunes en el líquido cervicovaginal recolectado de la vagina.
- presencia de *Staphylococcus aureus* en los dispositivos usados.

Se reclutaron mujeres sanas, heterossexualmente activas, de entre 18 y 50 años, que no corrían riesgo de embarazo debido a un uso previo de anticonceptivos permanentes y con parejas masculinas.⁴

Los criterios de inclusión fueron mujeres sanas, sexualmente activas, que no estuvieran en riesgo de embarazo debido a un método anticonceptivo permanente previo y que reportaran ciclos menstruales regulares de 24 a 35 días y con parejas masculinas.

Los criterios de exclusión incluyeron tener una prueba positiva para *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis* o VIH, una puntuación de Nugent >7, incapacidad para lograr moco cervical adecuado en dos intentos en el ciclo inicial y espermatozoides inadecuados en el aspirado endocervical durante la prueba inicial sin ningún dispositivo, a pesar de moco adecuado y presencia de espermatozoides en el aspirado vaginal.

Para evaluar si el gluconato ferroso podría producir efectos adversos a nivel sistémico se dosaron niveles de ferritina sérica, hemogramas completos y dosajes bioquímicos en la selección, en la primera y última visita del ciclo de seguridad.

Durante cada visita, se realizaron exámenes pélvicos vaginales y cervicales, también se registró la presencia de lesiones macroscópicamente visibles y lesiones colposcópicas, basados en los criterios desarrollados por la Organización Mundial de la Salud para evaluar nuevos productos vaginales.⁵

Se utilizó la puntuación de Nugent para diagnosticar la vaginosis bacteriana (VB) en entornos de investigación.⁶⁻⁷

Las participantes con puntuaciones de Nugent >7 con o sin síntomas en la evaluación recibieron tratamiento para la vaginosis bacteriana ya que se necesitaban puntuaciones de Nugent <7 para ingresar al ciclo inicial.⁸

Se realizó la evaluación de la composición y estructura de la microbiota vaginal mediante la amplificación y secuenciación de las regiones V3-V4 del gen del ARN ribosómico 16S utilizando procedimientos analíticos y de laboratorio previamente validados y publicados.⁹⁻¹⁰

Se identificaron un total de cinco tipos de estados comunitarios. Cuatro tipos de estados comunitarios (I, II, III y V) están dominados por especies de *Lactobacillus*, a saber, *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus iners* y *Lactobacillus jensenii*, respectivamente. El estado comunitario tipo IV está compuesto por una amplia gama de especies bacterianas anaeróbicas estrictas y facultativas, incluidas las especies *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* y *Megasphaera*. En el estado comunitario tipo IV, la pérdida de *Lactobacillus* productores de ácido (*L. crispatus*, *L. gasseri*, *L. iners* y *L. jensenii*) y el crecimiento excesivo de anaerobios se asemejan a la microbiota vaginal asociada con la VB.¹¹

Otras de las evaluaciones registradas fue la presencia de *S. aureus* (el agente causal del síndrome de shock tóxico) en las muestras vaginales y también en los dispositivos usados, utilizando el ensayo Thermo Fisher Ba04646259.s1 que apunta al gen del ARN de la ribonucleasa P de *S. aureus*. Los resultados estuvieron disponibles después de la finalización del estudio y no influyeron en el diagnóstico o el tratamiento durante el estudio.

Se realizó la evaluación de seguridad cuantificando también los cambios en las citocinas inflamatorias del líquido cervicovaginal (interleucina [IL]-1 β e IL-8) y el inhibidor de la peptidasa leucocitaria secretora (SLPI), una enzima que protege los tejidos epiteliales de las serinas proteasas. Los cambios en la actividad anti-*E. coli* ex vivo del líquido cervicovaginal, es decir, su capacidad para inhibir el crecimiento de *E. coli*, fue un punto de seguridad adicional. La actividad anti-*E. coli* refleja la acción acumulativa de proteínas inflamatorias y antimicrobianas como las defensinas y SLPI, que son secretadas por el epitelio genital y las células inmunes, combinadas

con la actividad del ácido láctico, los antimicrobianos y las proteínas de superficie secretadas por los lactobacilos.¹²⁻¹³⁻¹⁴

Los dos eventos adversos urogenitales más comunes relacionados con el producto fueron la vaginosis bacteriana y el olor vaginal.

No se observaron hallazgos sistémicos de laboratorio clínicamente significativos. El nivel de ferritina de ningún participante pasó de un nivel normal a uno alto. Las puntuaciones medias de Nugent fueron < 4 en cada visita.

En relación a la microbiota, después de comenzar a usar Ovaprene, menos del 21 % pasó del estado comunitario tipo Lb al estado comunitario tipo IV: durante el ciclo de seguridad, tres de 22 (14 %) pasaron del estado comunitario tipo Lb al estado comunitario tipo IV; durante el primer ciclo de prueba poscoital de Ovaprene, tres de 19 (16 %) pasaron del estado comunitario tipo Lb al estado comunitario tipo IV y durante el segundo ciclo de prueba poscoital de Ovaprene, uno de 14 (7 %) pasó del estado comunitario tipo Lb al estado comunitario tipo IV

Como se esperaba, la vaginosis bacteriana se asoció con un estado comunitario de tipo IV. Entre los nueve casos de vaginosis bacteriana, seis se asociaron con un estado comunitario de tipo IV en la visita en la que se diagnosticó la vaginosis bacteriana o en la visita anterior.

No se identificó *S. aureus* en los Ovaprenes usados ni en las muestras vaginales. La microbiota de los dispositivos usados era muy similar a la de la vagina.

Hubo una amplia variación en los resultados anti *-E. coli* pero el uso de los dispositivos no estaría asociado con una pérdida clínicamente significativa de la actividad anti *-E. coli*.

La IL-1 β y la IL-8 demostraron una alta variabilidad, pero los valores medios de citocinas no cambiaron después de la inserción del producto.

El uso de Ovaprene, el anillo vaginal no hormonal, tuvo escasos eventos que sugieren alta seguridad. En conjunto, los 77 ciclos de su uso observados en este estudio equivaldrían a más de 4 años y 5 meses de exposición al mismo. Los dos eventos adversos urogenitales más comunes fueron la vaginosis bacteriana y el olor vaginal. Una limitación de este estudio fue la ausencia de un grupo de control que no lo usara Ovaprene. Por lo tanto, no es posible estimar con certeza el efecto del dispositivo en el riesgo de vaginosis bacteriana. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, "se estima que la prevalencia de vaginosis bacteriana en los Estados Unidos es de 21,2 millones (29,2 %) entre las mujeres de 14 a 49 años, según una muestra representativa a nivel nacional de mujeres que participaron en la NHANES 2001-2004".¹⁵

La recurrencia de la VS es común, aproximadamente el 80% tiene una recurrencia 3 meses después de un tratamiento efectivo.¹⁶

Ovaprene no fomentó el desarrollo del estado comunitario de tipo IV. No hubo una tendencia ascendente en las puntuaciones de Nugent. Por lo tanto, no parece que el dispositivo predisponga a las usuarias a la VB, ya sea que hayan experimentado VB previamente o, no.

La seguridad se vio respaldada por la ausencia de cambios clínicamente importantes en los hallazgos de laboratorio, los exámenes pélvicos y las colposcopias. Los marcadores inflamatorios mostraron una amplia variación, pero no una tendencia ascendente, y la actividad antibacteriana no mostró una tendencia hacia la pérdida de inhibición, lo que sugiere la preservación de la

inmunidad innata vaginal. No se encontró *S. aureus* en los Ovaprenes usados ni en las muestras vaginales, lo que sugiere que el riesgo de síndrome de choque tóxico es bajo.

Este estudio demostró que el uso a corto plazo no se asoció con irritación cervicovaginal ni efectos adversos en la microbiota vaginal.

Ovaprene es un nuevo anticonceptivo intravaginal mensual, en fase de investigación y sin hormonas, diseñado para usarse continuamente durante varias semanas (un ciclo menstrual) y con el potencial de lograr una eficacia anticonceptiva comparable a los actuales métodos anticonceptivos hormonales no implantados aprobados por la FDA (píldoras, parches y anillos vaginales), que tiene aproximadamente una eficacia de uso típico del 91 %.¹⁷

Presenta una barrera de polímero tejida patentada para bloquear físicamente la entrada de espermatozoides móviles al canal endocervical dentro de un anillo reforzado con silicona que libera gluconato ferroso, un agente no hormonal para impedir la motilidad de los espermatozoides. A diferencia de los anticonceptivos intravaginales mensuales aprobados por la FDA, no contiene hormonas, pero, en consonancia con los anticonceptivos intravaginales de dosis mensual, está diseñado para ser un producto de "talla única" que se administra una vez al mes.

Diseñado en forma de anillo de silicona de 55 mm de diámetro con una barrera de polímero tejida permeable en el centro diseñada para inhibir el movimiento de los espermatozoides hacia el cuello uterino y al mismo tiempo permitir el paso de los líquidos desde el útero hacia la vagina (ver Fig. 2 y 3). Se incorpora gluconato ferroso (FG) en la porción de silicona del dispositivo. Se libera lentamente durante el uso, lo que provoca daño oxidativo a la bicapa lipídica de los flagelos del espermato, lo que provoca espermiostasis.¹⁸

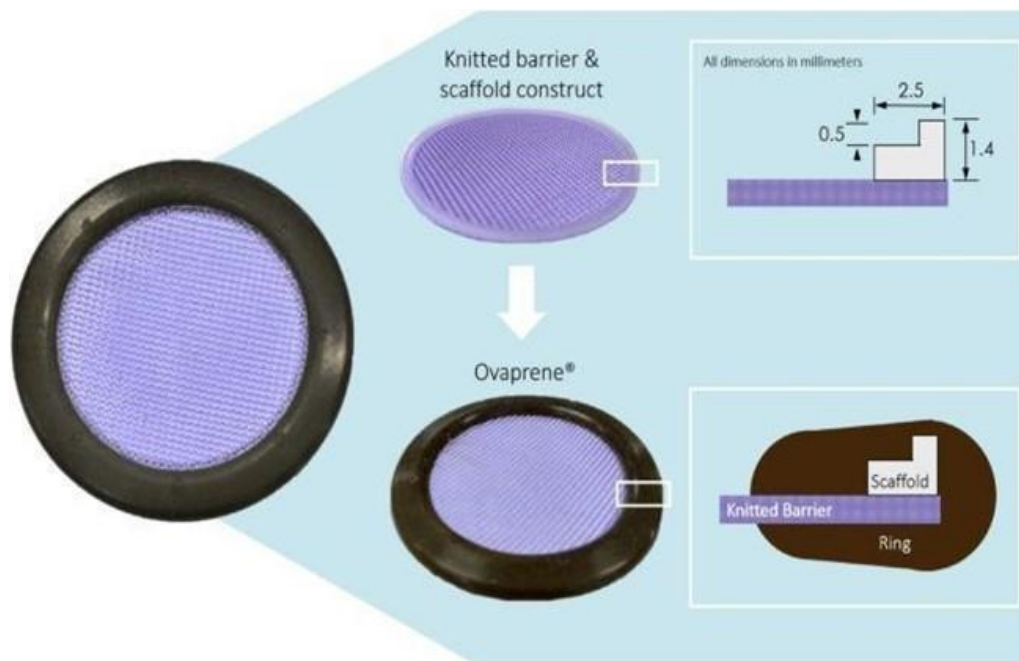


Fig. 2. Descripción general de Ovapreno. La porción anular está compuesta de silicona y contiene una media de 512 mg de gluconato ferroso. El diámetro de la sección transversal es de aproximadamente 5,2 mm.

(Foto tomada de <https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824%2824%2900033-7/fulltext>.)



Fig. 3

Foto tomada de <https://www.nsmedicaldevices.com/analysis/alternative-female-contraceptive-device/>

Se inserta al final del período menstrual de la mujer y se deja en su lugar hasta que se retira y se desecha al comienzo del siguiente ciclo; no requiere ninguna acción en el momento del coito. La usuaria controla tanto el inicio como la interrupción de su uso, por lo que no se requiere la participación del médico.

Ovaprene se evaluó en un ensayo clínico inicial de prueba poscoital (PCT Postcoital test) en un solo sitio de EE. UU. en 20 parejas, que reveló cero espermatozoides con movilidad progresiva (PMS progressively motile sperm) por cada 10 campos de alta potencia (HPF high power field) en el moco cervical. No hubo efectos adversos graves.¹⁹

Recientemente se llevó a cabo un segundo ensayo clínico más amplio que combina PCT y seguridad en seis centros clínicos de EE. UU. El estudio inscribió a 38 participantes que completaron un "ciclo de PCT inicial" en el que se observaron al menos cinco PMS/HPF en el moco cervical de la mujer después de tener relaciones sexuales sin ningún dispositivo anticonceptivo colocado. Veintitrés participantes completaron un total de aproximadamente 21 visitas cada uno. El estudio clínico PCT cumplió su criterio de valoración principal: todos los participantes tenían >5 espermatozoides con movilidad progresiva/HPF en el ciclo inicial y <5 espermatozoides con movilidad progresiva/HPF en los 49 ciclos de Ovaprene y los 35 ciclos de diafragma, cumpliendo con la definición de una prueba poscoital exitosa.²⁰

La prueba poscoital proporciona una evaluación objetiva de la entrada de espermatozoides en el moco cervical, un paso necesario para la fertilidad natural.²¹

Para evaluar un anticonceptivo vaginal, las mujeres que dependen de la anticoncepción permanente se someten a una prueba poscoital a mitad del ciclo en un ciclo sin el anticonceptivo vaginal y otro con él.¹⁸ En ciclos basales válidos, debe estar presente un número mínimo preestablecido de espermatozoides progresivamente móviles por campo de gran aumento (CGA) promediado en nueve CGA. En un ciclo de prueba indicativo de eficacia, no se puede observar más de un número máximo preestablecido de espermatozoides progresivamente móviles/CGA

promediado en nueve CGA. En un estudio de prueba poscoital de 2009 que evaluó Ovaprene, 20 participantes sexualmente activas utilizaron el dispositivo durante un ciclo.¹⁹

No se observaron espermatozoides móviles en el cuello uterino en ninguna de las participantes. El dispositivo permaneció sobre el cuello uterino hasta 29 días. Tampoco se observaron cambios en la mucosa, los exámenes de preparación fueron normales y los cultivos vaginales semicuantitativos no mostraron cambios significativos. Los sujetos no informaron dolor, sangrado ni secreción.

En una evaluación exhaustiva y rigurosa, el uso de Ovaprene resultó en una reducción de los espermatozoides móviles que llegan al moco cervical a mitad del ciclo, en consonancia con la evidencia preliminar de eficacia anticonceptiva. En comparación con los resultados iniciales de la prueba poscoital que documentan espermatozoides móviles, el uso tanto de Ovaprene como del diafragma Caya cumplió con el criterio de eficacia anticonceptiva presunta (<5 espermatozoides móviles/campo de gran aumento).

Ovaprene es único entre los anticonceptivos vaginales. Su modo de acción principal es el de ser una barrera física para los espermatozoides, pero, a diferencia de los diafragmas, no es pericoital. Es un anillo que se deja colocado durante unos 21 días, pero, a diferencia de los anillos vaginales aprobados NuvaRing y Anovera, no contiene hormonas. En cambio, su función de barrera se ve reforzada por la liberación del gluconato ferroso espermiostático.

Si bien una limitación de este tipo de estudio es que solo proporciona evidencia preliminar de efectividad, este estudio de prueba poscoital fue inusualmente riguroso con cinco objetivos y 21 puntos finales asociados. La mayoría de los estudios de prueba poscoital basan los resultados en 10 o menos ciclos de prueba; este estudio con 49 ciclos completados fue inusualmente grande.

Ovaprene se adaptó a todas las participantes y todas pudieron insertarlo, ubicarlo y retirarlo, en la mayoría de los casos utilizando únicamente instrucciones escritas. Se encontró que el dispositivo estaba sobre el cuello uterino en casi todos los exámenes. Los ciclos de prueba poscoitales fueron exitosos incluso cuando se encontró que el dispositivo estaba fuera de lugar, probablemente reflejando el efecto espermiostático del gluconato ferroso. Se está realizando un estudio en el que las participantes en riesgo de embarazo utilizarán el dispositivo durante 13 ciclos y se evaluará la eficacia anticonceptiva real.

Si Ovaprene es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), podría ser el primer producto anticonceptivo mensual no hormonal para mujeres y una primera opción en su categoría para las mujeres que buscan un método anticonceptivo mensual, autoadministrado y sin hormonas.

La mejor predicción disponible de la compañía en este momento es que los anticonceptivos actualmente comercializados con resultados similares en sus estudios clínicos PCT demostraron posteriormente una efectividad de uso típico durante 6 meses del 86-91% en ensayos clínicos.¹⁸

Conclusión

A pesar de la disponibilidad de muchas opciones de anticonceptivos hormonales, se producen millones de embarazos no planificados. Se observa cada vez con más frecuencia la percepción negativa de los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales. Esto ha llevado a un aumento en el interés por las alternativas anticonceptivas no hormonales. Los anticonceptivos no hormonales existentes se limitan a la esterilización quirúrgica, las barreras químicas y físicas, el DIU de cobre y los métodos naturales de planificación familiar. Por tanto, el único

anticonceptivo no hormonal reversible de acción prolongada y muy eficaz disponible es el DIU de cobre. Además, el número extremadamente limitado de anticonceptivos masculinos aumenta la necesidad de establecer tecnologías no hormonales para ambos sexos.

Los anticonceptivos no hormonales pueden actuar sobre uno o más procesos relacionados con la reproducción humana, como el desarrollo de los gametos, el tránsito de los espermatozoides, la ovulación y la fecundación. Se están desarrollando muchos otros enfoques para abordar la brecha existente en materia de anticoncepción no hormonal y Ovaprene es el más próximo a salir al mercado.

Si bien los anticonceptivos hormonales tienen más beneficios que perjuicios, muchas usuarias solo ven el aspecto no beneficioso. Hay orientaciones hormonofóbicas muchas veces injustificada que intensifican el desuso de la anticoncepción hormonal. Más allá de prevenir un embarazo no planificado, los métodos hormonales ayudan a regular los sangrados abundantes, prevenir la anemia y el cáncer de ovario y de endometrio, entre otras cosas.

El impacto de las redes sociales en el uso de anticoncepción hormonal es notorio. Las informaciones negativas (y no siempre ciertas) sobre los anticonceptivos hormonales están llegando a las mujeres más jóvenes a través de las redes sociales. A raíz de esta desconfianza hacia el uso de hormonas, están ganando popularidad los llamados métodos naturales de anticoncepción. Los promueven influencers a través de redes sociales como una opción "segura y libre de hormonas". El problema de este tipo de métodos es su fiabilidad. Tendrán pocos efectos secundarios, pero no se consigue una alta eficacia anticonceptiva.

Es cada vez más requerido el desarrollo de nuevos métodos no hormonales para cubrir esta demanda con el fin de evitar embarazos no planificados tanto para mujeres como para hombres.

Bibliografía

1. <https://darebioscience.com/pipeline/ovaprene/#top>.
2. [Non-Hormonal Contraception.](#)
3. Howard SA, Benhabbour SR. J Clin Med. 2023 Jul 20;12(14):4791. doi: 10.3390/jcm12144791.PMID: 37510905
4. Hong C.Lee M.F.Lai L.J.Wang C.P. Effect of lipid peroxidation on beating frequency of human sperm tail. 1994; 26: 61-65.
5. Mauck C.Thurman A.Jensen J.T.Schreiber C.A.Baker J.Hou M.Y. et al. Successful postcoital testing of Ovaprene: an investigational non-hormonal monthly vaginal contraceptive. 2024 Apr; 132 Epub 2024 Jan 15. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2024.110373>
6. World Health Organization. Manual for the standardization of colposcopy for the evaluation of vaginal products, update 2004. World Health Organization; 2004.
7. Mohammadzadeh F.Dolatian M.Jorjani M.Alavi Majd H. Diagnostic value of Amsel's clinical criteria for diagnosis of bacterial vaginosis. *Glob J Health Sci.*2014; 7: 8-14
8. Nugent R.P.Krohn M.A.Hillier S.L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol.*1991; 29: 297-301

9. Nugent R.P.Krohn M.A.Hillier S.L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol.*1991; 29: 297-301
10. Holm J.B. Humphrys M.S. Robinson C.K. Settles M.L. Ott S. Fu L. et al. Ultrahigh-throughput multiplexing and sequencing of >500-base-pair amplicon regions on the Illumina HiSeq 2500 platform. 2019; 4 (e0002919)<https://doi.org/10.1128/mSystems.00029-19>
11. Fadrosch D.W. Ma B. Gajer P. Sengamalay N. Ott S. Brotman R.M. et al. An improved dual-indexing approach for multiplexed 16S rRNA gene sequencing on the Illumina MiSeq platform. 2014; 2: 6<https://doi.org/10.1186/2049-2618-2-6>
12. Torcia M.G. Interplay among vaginal microbiome, immune response and sexually transmitted viral infections. *Int J Mol Sci.*2019; 20: 266<https://doi.org/10.3390/ijms20020266>.
13. Nakra N.A. Madan R.P. Buckley N. Huber A.M. Freiermuth J.L. Espinoza L. et al. Loss of innate host defense following unprotected vaginal sex. *J Infect Dis.* 2016; 213: 840-847.
14. Madan R.P. Masson L. Tugetman J. Werner L. Grobler A. Mlisana K. et al. Innate antibacterial activity in female genital tract secretions is associated with increased risk of HIV acquisition. *AIDS Res Hum Retroviruses.*2015; 31: 1153-1157.
15. Mhatre M. McAndrew T. Carpenter C. Burk R.D. Einstein M.H. Herold B.C. Cervical intraepithelial neoplasia is associated with genital tract mucosal inflammation. *Sex Transm Dis.*2012; 39: 591-597.
16. BV Statistics. (<https://www.cdc.gov/std/bv/stats.htm>)(accessed June 30, 2022).
17. Coudray M.S. Madhivanan P. Bacterial vaginosis - a brief synopsis of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*2020; 245: 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.035>
18. Mauck C., Vincent K. *Biology of Reproduction*, Volume 103, Issue 2, August 2020, Pages 437-444.
19. Mauck CK, Vincent KL. The postcoital test in the development of new vaginal contraceptives. *Biol Reprod*2020;103(2):437-44.
20. Del Priore G, Malanowska-Stega J, Shalaby SW, Richman S. A pilot safety and tolerability study of a nonhormonal vaginal contraceptive ring. *J Reprod Med*2009;54(11-12):685-90
21. Schwartz JL, Weiner DH, Lai JJ, Frezieres RG, Creinin MD, Archer DF, et al. Contraceptive efficacy, safety, fit, and acceptability of a single-size diaphragm developed with end-user input. *Obstet Gynecol*2015;125(4):895-903.
22. Mauck CK, Vincent KL. The postcoital test in the development of new vaginal contraceptives. *Biol Reprod*2020;103(2):437-44.

Uso de progestágenos y riesgo de meningioma intracraneal: estudio nacional de casos y controles

Use of progestogens and the risk of intracranial meningioma: national case-control study.
Autores: Noémie Roland, Anke Neumann, Léa Hoisnard, Lise Duranteau, Sébastien Froelich, Mahmoud Zureik, Alain Weill.
BMJ 2024 Mar 27;384:e078078. doi: 10.1136/bmj-2023-078078.

Resumen y comentarios: Dra Lía Arribas
Médica Ginecóloga
Jefa de Sección en el Servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia,
CABA
ex Presidenta de AMAdA
Mail de contacto: liaarribas@gmail.com



Se publicaron los resultados de un estudio observacional de casos y controles que utilizó el Sistema Nacional de Datos de Salud Francés (Système National des Données de Santé - SNDS). Esta base que contiene información sobre todos los reembolsos de gastos de salud que incluye el 99% de la población residente en Francia y está vinculada a la base de datos de altas hospitalarias, es una de las más grande a nivel mundial y es ampliamente utilizada en estudios fármaco epidemiológicos.

Se incluyeron 18,061 mujeres en el grupo de casos, que vivían en Francia y que se sometieron a cirugía intracraneal por meningioma entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2018; cada caso fue emparejado con cinco controles según el año de nacimiento y el área de residencia (90,305 controles). La edad media fue de 57.6 años.

La exposición al progestágeno de interés se definió de acuerdo con la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La lista incluyó progestágenos como: **progesterona, hidroxiprogesterona, didrogesterona, medrogestona, acetato de medroxiprogesterona, promegestona, dienogest y sistema intrauterino liberador de levonorgestrel**. Para cada progestágeno, el uso se definió por al menos una dispensación dentro del año anterior a la fecha índice (dentro de tres años para sistemas intrauterinos de levonorgestrel de 13.5 mg y cinco años para 52 mg). Los autores realizaron regresión logística condicional para calcular el odds ratio para cada asociación de meningioma y progestágeno.

Aunque el riesgo de meningioma ya se conocía para tres progestágenos (acetato de ciproterona, acetato de nomegestrol y clormadinona), éste estudio es el primero en evaluar el riesgo asociado con progestágenos que se utilizan ampliamente para diversas indicaciones, como anticoncepción, o terapia hormonal de la menopausia.

Según los resultados, se puede demostrar una asociación entre el uso prolongado (más de un año) de medrogestona (5 mg), acetato de medroxiprogesterona inyectable (150 mg) y promegestona (0.125, 0.25, 0.5 mg) y el riesgo de meningioma intracraneal que requiere cirugía. No se reportó dicho riesgo para el uso de menos de un año de estos progestágenos. Los investigadores no encontraron un riesgo aumentado de meningioma con el uso de progesterona (25, 100, 200 mg; oral, intravaginal, percutánea), didrogesterona (10 mg, combinada con

estrógeno: 5, 10 mg) o espironolactona (25, 50, 75 mg), ni a corto ni largo plazo. Tampoco se observó un riesgo aumentado con el uso de sistemas intrauterinos de levonorgestrel (13.5, 52 mg).

Solo un pequeño número de mujeres estuvo expuesto a dienogest (2 mg, en asociación con estrógeno) e hidroxiprogesterona (500 mg), por lo tanto, no hubo una conclusión sobre la asociación entre el uso de estos progestágenos y el riesgo de meningioma. Así como tampoco pudo evaluarse para drospirenona dado que no se comercializa en Francia.

Los meningiomas representan el 40% de los tumores primarios del sistema nervioso central, son tumores de crecimiento lento, histológicamente benignos, pero que pueden comprimir el tejido cerebral adyacente y, por lo tanto, requerir una descompresión quirúrgica. La incidencia en los Estados Unidos es de 9.5 por cada 100,000 personas por año y aumenta después de los 65 años. Por el contrario, los meningiomas son raros antes de los 35 años.

Los factores de riesgo para los meningiomas son el sexo femenino, la exposición intracraneal a la radiación ionizante, la neurofibromatosis tipo 2 y, como se ha demostrado recientemente, el uso prolongado (\geq un año) de altas dosis de tres potentes progestágenos: acetato de ciproterona, acetato de clormadinona y acetato de nomegestrol.

Los autores afirman que la conexión entre las hormonas sexuales femeninas, en particular la progesterona, y el meningioma intracraneal es biológicamente plausible. En primer lugar, los receptores de progesterona están presentes en más del 60% de los meningiomas y se ha observado que el volumen de estos tumores aumenta durante el embarazo y disminuye después del parto.

Es importante destacar que, hasta la fecha, no se ha demostrado una asociación significativa entre las hormonas femeninas exógenas y el riesgo de meningioma para los anticonceptivos hormonales (ya sean combinados o solo de progestágeno). Además, los datos sobre el tratamiento hormonal sustitutivo para la menopausia son contradictorios. Varios estudios han mostrado un ligero exceso de riesgo de meningioma asociado con el uso de tratamiento hormonal sustitutivo para la menopausia, mientras que otros no han reportado efectos perjudiciales.

Por el contrario, se ha demostrado aumento del riesgo de meningioma con el uso de altas dosis de acetato de ciproterona entre mujeres cisgénero, hombres y mujeres transgénero y algo menor, pero aún sustancial, para el acetato de clormadinona y el acetato de nomegestrol. La interrupción de cada uno de estos tres progestágenos generalmente conduce a una reducción en el volumen del meningioma, lo que evita la necesidad de cirugía y sus riesgos asociados. Las complicaciones postoperatorias no son poco comunes en la cirugía de meningioma.

Si otros progestágenos distintos a estos tres progestágenos orales a altas dosis tienen un efecto similar dependiendo de su vía de administración aún es desconocido.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el riesgo real en la vida cotidiana del meningioma intracraneal asociado con el uso de diferentes progestágenos con diferentes vías de administración (oral, percutánea, intravaginal, intramuscular e intrauterina). Aunque algunos de los progestágenos estudiados se utilizan en Francia (promegestona) o solo en algunos países (medrogestona), otros se utilizan ampliamente en todo el mundo en diversas dosis y para diversas indicaciones (progesterona, levonorgestrel, hidroxiprogesterona, medroxiprogesterona).

Por otro lado, destacan los autores, los resultados mostraron que los meningiomas relacionados con progestágenos tienden a ocurrir con mayor frecuencia en la base del cráneo y que la cirugía para lesiones en esta ubicación es mucho más desafiante. La evidencia reciente que respalda la estabilización o regresión de los meningiomas después de suspender el acetato de clormadinona, el acetato de nomegestrol y el acetato de ciproterona ha reducido las indicaciones quirúrgicas para estos pacientes, evitando así posibles complicaciones.

Según los autores, la principal contribución de este estudio se refiere a clarificar que el uso prolongado de medrogestona (5 mg, oral), acetato de medroxiprogesterona (150 mg, inyectable) y promegestona (0.125/0.5 mg, oral) se encontró asociado con un riesgo excesivo de meningioma intracraneal. Esto podría cobrar relevancia en países donde el uso de acetato de medroxiprogesterona para control de la natalidad es frecuente (74 millones de usuarios en todo el mundo), y por ende el número de meningiomas atribuibles puede ser potencialmente alto.

Los resultados para la progesterona oral, intravaginal y percutánea, así como para didrogesterona y sistemas intrauterinos de levonorgestrel, son tranquilizadores y respaldan la ausencia de un riesgo de meningioma. Los estudios futuros deberían aclarar aún más la asociación entre la duración del uso y el riesgo para los progestágenos estudiados, y ampliar la discusión sobre el riesgo de meningioma a dienogest e hidroxiprogesterona.

También se necesitan estudios adicionales para evaluar el riesgo de meningioma con el uso de acetato de medroxiprogesterona, que, en este estudio, se consideró a una dosis de 150 mg y correspondió a un anticonceptivo inyectable de segunda línea que rara vez se usa en Francia. Se necesita con urgencia estudios en países con un uso más amplio de este producto, que, además, a menudo se administra a poblaciones vulnerables, para comprender mejor su asociación dosis-respuesta.

¿Qué dicen las guías internacionales al respecto del uso de anticonceptivos con nomegestrol y ciproterona?

De acuerdo con la Facultad de Salud Sexual Reproductiva del Reino Unido (FSRH) y las directrices de Agencia Europea de medicamentos, se aconseja que los anticonceptivos con estradiol y nomegestrol no sean utilizados por personas que tengan o hayan tenido meningioma. Además, aunque esta evidencia no se refiere directamente a la dosis de nomegestrol utilizada en los anticonceptivos orales combinados, sino a preparaciones que contienen dosis más altas de nomegestrol, **FSRH sugiere lo siguiente:**

1. Los profesionales de la salud deben informar a las usuarias de que es posible que una exposición acumulativa más alta de nomegestrol debido al uso prolongado podría aumentar el riesgo de meningioma intracraneal, aunque el riesgo absoluto seguiría siendo pequeño.
2. Cualquier aumento asociado en el riesgo de meningioma se espera que disminuya hacia el valor base después de suspender el anticonceptivo con nomegestrol (como sucede después de la cesación de dosis más altas)
3. Los proveedores deben estar atentos a los síntomas y signos de meningioma en las usuarias.
4. Aunque el riesgo absoluto de meningioma intracraneal sigue siendo bajo entre las usuarias de nomegestrol, los profesionales pueden considerar ofrecer opciones

anticonceptivas alternativas efectivas, teniendo en cuenta también que la incidencia de meningioma aumenta notablemente con la edad.

Los estudios realizados con acetato de ciproterona observaron que riesgo de meningioma aumenta con la exposición acumulativa en el tiempo; una dosis acumulativa de 12-36 g se asoció con un riesgo estimado 6 veces mayor (incidencia anual de 26 por cada 100,000 usuarios) que una dosis acumulativa de menos de 3 g (incidencia anual de 4.5 por cada 100,000).

A diferencia de los productos de alta dosis descritos anteriormente, los anticonceptivos orales combinados utilizados habitualmente contienen solo 2 mg de acetato de ciproterona; la exposición acumulativa anual al acetato de ciproterona es solo de aproximadamente 0.8 g.

Los sistemas epidemiológicos del Reino Unido no han recibido informes de meningioma asociados con el uso de estos productos en bajas dosis. A pesar de esto la Agencia Reguladora de medicamentos y productos sanitarios advierte que, aunque no se ha demostrado que la exposición a esta dosis baja de acetato de ciproterona aumente el riesgo de meningioma, una asociación es plausible y no se puede excluir.

La recomendación del FSRH es que el acetato de ciproterona no debe ser utilizado por individuos con antecedentes de meningioma. Aquellos que no hayan tenido meningioma pueden considerar el uso de acetato de ciproterona 2 mg con etinilestradiol para el acné/hirsutismo. Se les debe informar que no se puede excluir un aumento del riesgo de meningioma asociado con la exposición acumulativa a dosis bajas de acetato de ciproterona, pero es probable que el riesgo siga siendo muy bajo.

Bibliografía

1. Hoisnard L, Laanani M, Passeri T, et al. Risk of intracranial meningioma with three potent progestogens: a population-based case-control study. *Eur J Neurol* 2022; 29:2801-809. doi:10.1111/ene.15423
2. Weill A, Nguyen P, Labidi M, et al. Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: cohort study. *BMJ* 2021;372: n37. doi:10.1136/bmj.n37
3. FSRH CEU Statement: New manufacturer/MHRA advice regarding nomegestrol acetate – how does this affect prescribing of Zoely®? (April 2023). Disponible en <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-ceu-statement-nomac-meningioma-zoely-april-2023/>
4. FSRH CEU Statement: New advice from the MHRA regarding cyproterone acetate: how does this affect prescribing of Co-cyprindiol/Dianette® for acne/hirsutism? July 2020. Disponible en <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-ceu-statement--new-advice-from-the-mhra-regarding/>