

ISSN 2796-9509

Revista AMAdA

Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción

Volumen 21, N°2 (2025)

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 Ortí
- Dra. Ángeles Capresi
- Dra. Claudia Diez 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 Ramírez Polo
Dr. Pio Ivan Gómez
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

Comité de Medios:

Dra. María Elisa Moltoni
Dra. Gisela Ponce
Dra. Alicia Lázaro
Dra. Soraya Espinola

Dra. Lía Arribas
Dra. Daniela Faranna
Dra. Silvina Pradier
Grupo Fexy

ISSN 2796-9509

Índice

Volumen 21, N°2 (2025)

Editorial

Página 4 Dra. María Elisa Moltoni

Trabajos Originales

Página 6 Del Embarazo No Planificado a la Elección Informada: Consejería y Métodos Anticonceptivos en el Post Parto Inmediato
De Zan Antonella

Página 12 Interrupción de Embarazo Mediante AMEU y Anticoncepción Post Evento Obstétrico en Ambulatorio
Botto, Josefina; Gómez, Marilin; Ojeda, Juliana

Página 18 Métodos anticonceptivos utilizados en personas con embarazos no intencionales que solicitan una IVE
Arribas, L.*, Lemos, M., Gómez Giordano, J., Martínez, A., Coccio, E. Zaccanino, E.,

Comentarios Bibliográficos

Página 30 Lenacapavir dos veces al año o F/TAF diario para la prevención del VIH en mujeres cis

Autores: Linda-Gail Bekker, Moupali Das, Quarraisha Abdool Karim, et al. N Engl J

Traducción y revisión de la bibliografía: Dra Julia Pasquale, Dra Candelaria Cappelletti

Página 33 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos OMS 2025 y CDC 2024
Revisión y Comentarios: Dra. Daniela Faranna y Dra. Mariana Marrone

Editorial

Dra. María Elisa Moltoni
Presidente de AMAdA
2024-2025



Salud sexual y reproductiva: decisiones informadas, acceso y evidencia

Los trabajos reunidos en este número de la revista AMADA abordan, desde distintas perspectivas, un eje común: cómo acompañar a las personas en decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, garantizando acceso real, continuidad de cuidados y un enfoque basado en derechos.

Los artículos originales analizan tres momentos clave del recorrido reproductivo.

El primero describe la experiencia en interrupción del embarazo mediante AMEU y anticoncepción post evento obstétrico en un modelo ambulatorio, destacando que la organización adecuada del circuito asistencial permite brindar una atención segura, accesible y de calidad. Muestra que la edad gestacional avanzada sería uno de los principales motivos de derivación lo cual pone en evidencia fallas en el sistema de salud para que las mujeres reciban atención en edades gestacionales tempranas.

El segundo artículo, “Del embarazo no planificado a la elección informada”, aporta datos actualizados sobre consejería y métodos anticonceptivos en el posparto inmediato. A pesar del alto porcentaje de embarazos no planificados, la mayoría de las personas egresó con un método elegido, lo que evidencia el impacto concreto de integrar la consejería en el cuidado perinatal.

El tercer trabajo analiza los métodos anticonceptivos que utilizaban mujeres que solicitan una IVE, y distinguir aquellas que no utilizaban ningún MAC de aquellas que sí lo hacían y poder evaluar si la causa del embarazo fue una falta de acceso al método, una falla de este o un error de la usuaria. La alta proporción de usuarias de métodos de corta duración y de alta dependencia del usuario, es notoria e interesante de analizar.

Este número incorpora además dos actualizaciones destacadas:

El comentario del ensayo PURPOSE 1 que sintetiza la evidencia sobre lenacapavir dos veces al año para la prevención del VIH en mujeres cis, una estrategia de alta eficacia que podría expandir las opciones disponibles en contextos donde la adherencia diaria resulta un desafío.

Por otra parte, la comparación entre los Criterios Médicos de Elegibilidad CDC 2024 y OMS 2025, acompañada de una lectura situada en la realidad argentina, ofrece una herramienta valiosa para la práctica clínica cotidiana, permitiendo tomar decisiones más precisas y ajustadas a cada paciente.

En conjunto, los aportes de este número refuerzan tres ideas centrales:

La consejería anticonceptiva debe pensarse como un proceso continuo, con múltiples oportunidades de intervención.

Debemos estar atentos a la evidencia internacional pero esta necesita ser adaptada a nuestras realidades clínicas e institucionales.

El enfoque de derechos y de equidad de género sigue siendo indispensable para garantizar accesos efectivos a métodos anticonceptivos y estrategias de prevención del VIH.

Esperamos que este número contribuya a fortalecer la práctica diaria y a seguir consolidando servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, respetuosos y basados en evidencia.

Quisiera cerrar, en el tramo final de mi gestión como presidente de AMAdA, con un agradecimiento a todo el grupo de AMAdA, pero es especial al equipo de Revista AMAdA por el gran trabajo de estos años. Los invitamos a unirse para participar enviando trabajos, comentando y difundiendo nuestra Revista.

Del Embarazo No Planificado a la Elección Informada: Consejería y Métodos Anticonceptivos en el Post Parto Inmediato

Autores: De Zan Antonella
Lic en Obstetricia
Hospital Bernardino Rivadavia
CABA, Argentina
Mail: antodezan@gmail.com



Resumen

Introducción: La salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental especialmente en poblaciones vulnerables. En Argentina alrededor del 50% de los embarazos no son planificados, lo que evidencia barreras en el acceso a anticonceptivos, particularmente entre mujeres jóvenes y de bajos recursos. El posparto inmediato constituye un momento estratégico para ofrecer anticoncepción, aunque la consejería durante el embarazo también es esencial.

Objetivo: Analizar la proporción de embarazos no planificados y el uso de métodos anticonceptivos post parto en un hospital público de Buenos Aires, Argentina, entre enero y diciembre de 2024.

Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal.

Resultados: El 62,3% de los embarazos fueron no planificados; el 84,6% de estas mujeres no había utilizado anticoncepción antes de la concepción. Entre los embarazos ocurridos pese al uso de anticonceptivos (15,4%), los más frecuentes fueron los anticonceptivos orales (65,1%) y preservativos (25,8%). Solo el 49% recibió consejería durante el embarazo, mientras que la cobertura post parto alcanzó el 100%. Los métodos más elegidos en esta etapa fueron: anticonceptivos orales (25,7%), implante subdérmico (25%), inyectable trimestral (24,1%) y ligadura tubaria (12,6%). Menos frecuentes fueron preservativo (6,1%), DIU de cobre (5,4%) y DIU con levonorgestrel (0,5%). Solo el 0,7% rechazó un método, aunque todas egresaron con preservativo.

Conclusiones: La mayoría de los embarazos fueron no planificados por falta de anticoncepción. La consejería en el posparto inmediato aseguró la adopción de un método, pero es necesario reforzar la consejería durante el embarazo para prevenir embarazos no planificados.

Palabras clave: embarazo no planificado; anticoncepción; posparto; consejería; salud sexual y reproductiva

Summary

Introduction: Sexual and reproductive health is a fundamental right, especially in vulnerable populations. In Argentina around 50% of pregnancies are unplanned, highlighting barriers to contraceptive access, particularly among young and low-income women. The immediate postpartum period represents a strategic moment to provide contraception, although counseling during pregnancy is also essential.

Objective: To analyze the proportion of unplanned pregnancies and postpartum contraceptive use in a public hospital in Buenos Aires, Argentina, from January to December 2024.

Methods: Quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study.

Results: Of the pregnancies, 62.3% were unplanned; 84.6% of these women had not used contraception before conception. Among pregnancies occurring despite contraception (15.4%), oral contraceptives (65.1%) and condoms (25.8%) were most common. Only 49% received counseling during pregnancy, while 100% were counseled postpartum. Preferred postpartum methods included oral contraceptives (25.7%), subdermal implant (25%), injectable (24.1%), and tubal ligation (12.6%). Less frequently chosen were condoms (6.1%), copper IUD (5.4%), and levonorgestrel IUD (0.5%). Only 0.7% declined a method, though all were discharged with condoms.

Conclusions: Most pregnancies were unplanned due to lack of contraception. Immediate postpartum counseling effectively ensured method adoption, but prenatal counseling must be strengthened to prevent unintended pregnancies.

Keywords: unplanned pregnancy; contraception; postpartum; counseling; sexual and reproductive health

Introducción

La salud sexual y reproductiva constituye un componente esencial del bienestar de las personas y un derecho fundamental reconocido por organismos nacionales e internacionales. Dentro de este marco, la planificación familiar y el acceso efectivo a métodos anticonceptivos son fundamentales para prevenir embarazos no planeados, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y económica.

En Argentina, los embarazos no intencionales representan una problemática persistente. Según datos del Ministerio de Salud, aproximadamente el 50% de los embarazos no son planificados, lo que evidencia desafíos en el acceso, uso adecuado y continuidad de los métodos anticonceptivos. Esta situación es aún más pronunciada en determinados sectores de la población, como mujeres jóvenes, de bajos recursos, o con menor nivel educativo, donde la incidencia de embarazos no deseados es significativamente mayor ⁴.

Con el objetivo de garantizar el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva, en 2002 se sancionó la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta ley establece el derecho de todas las personas a recibir información y asistencia en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en el sistema público de salud. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, su implementación se complementa con programas locales que promueven la anticoncepción post parto como estrategia clave para prevenir embarazos no intencionales ⁵.

A nivel mundial, se estima que 257 millones de mujeres que desean evitar un embarazo no utilizan métodos anticonceptivos seguros y modernos, y que casi una cuarta parte de todas las mujeres no pueden oponerse a tener relaciones sexuales cuando lo desean ⁸.

Si bien el posparto inmediato constituye una oportunidad estratégica para ofrecer consejería y acceso a métodos anticonceptivos eficaces, la evidencia destaca la importancia de brindar información y acompañamiento durante los controles prenatales ². La consejería anticipada

permite a las personas gestantes evaluar opciones con tiempo, tomar decisiones informadas y, en caso de desearlo, acceder a métodos anticonceptivos en el momento del egreso hospitalario⁷.

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la proporción de los embarazos no planeados y evaluar la utilización de métodos anticonceptivos post parto en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2024.

Objetivos específicos

- Determinar la cantidad de embarazos no planeados que ocurrieron como consecuencia del fracaso de un método anticonceptivo.
- Describir los métodos anticonceptivos más utilizados por las usuarias que presentaron un embarazo no planeado debido al fracaso del método.
- Identificar los métodos anticonceptivos más utilizados en el post parto inmediato.
- Demostrar si las usuarias recibieron consejería en salud sexual y reproductiva.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. La población de estudio se encuentra conformada por todas aquellas usuarias que fueron atendidas en el período de enero a diciembre inclusive del año 2024 en el Servicio de Obstetricia del Hospital Rivadavia de GCABA. Se recolectaron los registros que reunieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Las variables evaluadas fueron: planificación de embarazo, uso de métodos anticonceptivos previos al embarazo, tipo de método anticonceptivo utilizado antes del embarazo, fracaso de método anticonceptivo, consejería en métodos anticonceptivos y métodos anticonceptivos post parto inmediato.

A partir de la información obtenida se creó una base de datos usando el programa Microsoft Office Excel 2016, y luego se realizó un análisis cuantitativo a través de tablas y gráficos de frecuencias estableciendo porcentajes.

Resultados

Durante enero-diciembre de 2024 se registraron 687 nacimientos en el hospital público estudiado de los cuales 428 (62,3%) corresponden a embarazos no planificados. Entre estas personas 84,6% (n = 362) no había utilizado ningún método anticonceptivo previo a la concepción (**Gráfico 1**).

En los 66 casos (15,4%) de embarazos no planificados a pesar del uso de anticonceptivos, los métodos más frecuentes fueron anticonceptivos orales (65,1%, n = 43), preservativos (25,8%, n = 17), DIU (6%, n = 4) y anticonceptivo de emergencia (3%, n = 2) (**Gráfico 1**).

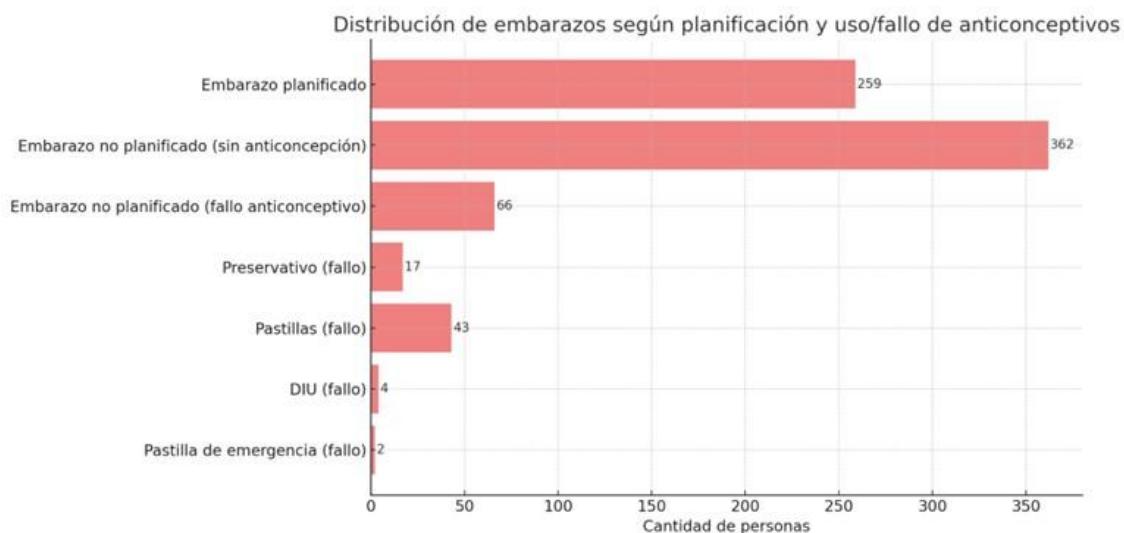


Gráfico 1

Respecto a la consejería en salud sexual y reproductiva, durante el embarazo solo 49% (n = 210) recibió orientación, mientras que en el postparto inmediato la cobertura fue del 100% (**Gráfico 2**).

Consejería durante el embarazo y el posparto



Gráfico 2

Todos los individuos con embarazos no planificados (n = 428) egresaron con al menos un método anticonceptivo. La distribución de elección fue: anticonceptivos orales (25,7%), implante subdérmico (25%), inyectable trimestral (24,1%), ligadura tubaria (12,6%), preservativo (6,1%), DIU de cobre (5,4%) y DIU liberador de levonorgestrel (0,5%); 0,7% rechazó la elección (**Gráfico 3**).

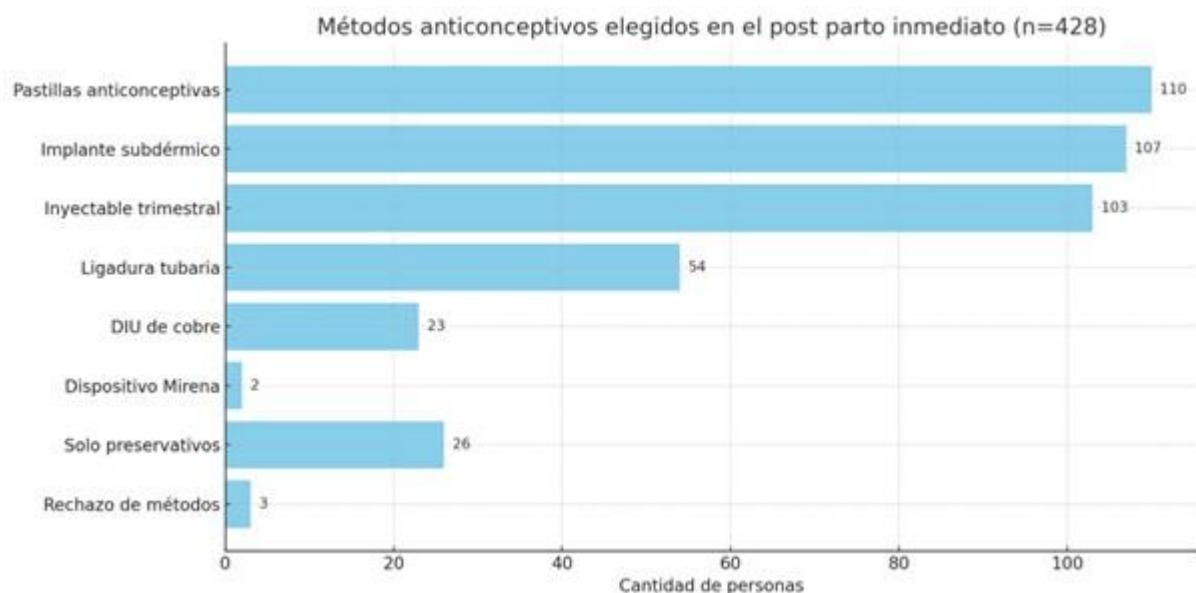


Gráfico 3

El **Gráfico 4** presenta la elección del método según el uso previo o fallas anticonceptivas. Se observó mayor preferencia por el implante entre quienes no utilizaban método previo y por el inyectable entre quienes experimentaron fallos.

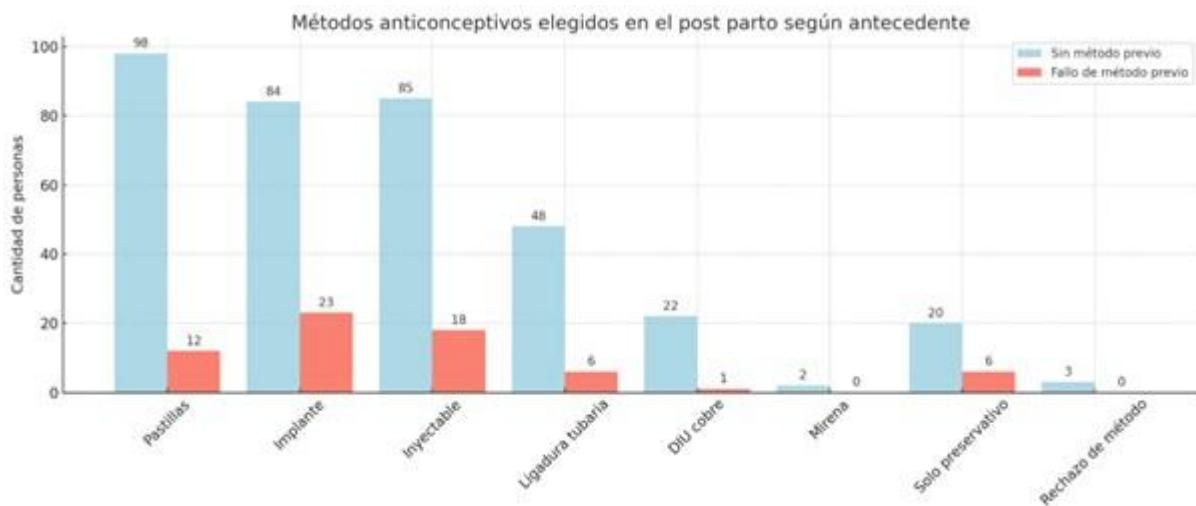


Gráfico 4

Discusión

Los embarazos no planificados persisten como un desafío crítico para la salud sexual y reproductiva, con más del 60% de nacimientos ocurriendo en personas sin uso previo de anticonceptivos, lo que nos hace pensar en la necesidad de reforzar acceso, educación y consejería desde etapas previas a la gestación. Los embarazos ocurridos a pesar del uso de métodos reflejan brechas en información, adherencia o limitaciones del método, a pesar de la provisión gratuita (Ley 25.673; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2023). La cobertura postparto y la elección de métodos de larga duración o definitivos muestran avances institucionales, mientras que la baja adopción de DIU e implantes revela barreras persistentes^{2,6}. Incorporar consejería durante el embarazo puede potenciar decisiones

informadas, reduciendo significativamente la incidencia de embarazos no planificados y fortaleciendo la efectividad de las políticas públicas.

Conclusión

Más de la mitad de los embarazos atendidos en 2024 no fueron planificados, principalmente por la falta de uso de métodos anticonceptivos, aunque también se identificaron fallas en su aplicación. El abordaje postparto inmediato aseguró la entrega de métodos a todas las personas, pero refuerza la necesidad de consejería durante los controles prenatales. Promover educación sexual integral y acceso a información precisa sobre métodos seguros y efectivos es clave para reducir embarazos no deseados y garantizar autonomía y derechos sexuales y reproductivos. Es esencial implementar estrategias hospitalarias sostenibles que mantengan la continuidad de estas acciones.

Bibliografía

1. Bahamondes, L., & Makuch, M. Y. (2020). Contraceptive use and unintended pregnancy in Latin America: A review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e106. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.106>
2. Friedman, H. L., Gutiérrez, M., & Rodríguez, E. (2016). Anticoncepción post evento obstétrico en hospitales públicos de Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(27), 4–10.
3. López, N., & Aranda, C. (2019). Uso de anticonceptivos post parto en un hospital del conurbano bonaerense. *Boletín de Salud Sexual y Reproductiva*, 13(2), 23–30.
4. Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Boletín sobre salud sexual y reproductiva. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
5. Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable - Ley 25.673. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual>
6. Stern, C., Salazar, V., Díaz-Olavarrieta, C., & Brindis, C. D. (2021). Postpartum contraception: An unmet need in Latin America. *Reproductive Health Matters*, 29(58), 1–9. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1926400>
7. Vázquez, M., Camacho, A., & González, A. (2020). Consejería anticonceptiva en el embarazo: una oportunidad perdida. *Revista Argentina de Salud Pública*, 11(44), 12–18.
8. (2022). Casi la mitad de todos los embarazos son no intencionales, una crisis mundial. <https://argentina.unfpa.org/es/news/casi-la-mitad-de-todos-los-embarazos-son-no-intencionales-una-crisis-mundial-0#:~:text=En%20Argentina%2C%20cada%20a%C3%B1o%20hay,anual%20del%20UNFPA%20desde%201978>

Interrupción de Embarazo Mediante AMEU y Anticoncepción Post Evento Obstétrico en Ambulatorio

Autores: Botto, Josefina; Gómez, Marilin; Ojeda, Juliana
Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAFE)
Héroes de Malvinas. Ciudad de Santa Fe, Argentina
Mail de contacto: josefinabotto@gmail.com



Resumen

Entre enero 2023 y diciembre 2024 derivaron a un centro ambulatorio público 302 personas para IVE (interrupción voluntaria del embarazo) con técnica de AMEU (aspiración manual endouterina)

Objetivos: definir motivos de derivación para práctica de AMEU, determinar grupos etarios a los que pertenecen, antecedentes obstétricos, evaluar método anticonceptivo previo y posterior a la interrupción y reconocer la presencia de complicaciones durante el procedimiento.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo de corte transversal, no experimental. Muestra de 302 usuarias derivadas para acceder a la interrupción del embarazo mediante AMEU.

Resultados: El estudio muestra que el principal motivo de derivación para AMEU es la edad gestacional avanzada, definida como embarazos mayores a 12 semanas, siendo la mediana 12,4 semanas. La mayoría de las usuarias pertenecen al grupo etario de 20 a 29 años. Las mujeres presentaron, principalmente, entre 1 y 3 gestas previas. La mayoría de ellas no utilizaban ningún método anticonceptivo previo a la práctica y posteriormente se inclinan a elegir aquellos de larga duración. La tasa de complicaciones es insignificante.

Conclusiones: Las variables analizadas ponen en evidencia fallas en el sistema de salud para que las mujeres reciban atención en edades gestacionales tempranas. La mayoría de ellas, jóvenes, que habían tenido algún contacto por un evento obstétrico previo y no habían recibido anticoncepción inmediata posterior al mismo. La técnica de AMEU muestra ser un método seguro y eficaz para interrumpir un embarazo que se puede realizar en forma ambulatoria y no requiere de alta complejidad, sino de un equipo capacitado y con un modelo de atención integral centrado en la persona.

Palabras clave: AMEU, aborto, ambulatorio, anticoncepción

Abstract

Between January 2023 and December 2024, 302 patients were referred to a public outpatient center for legal abortion using the MVA (manual vacuum aspiration) technique.

Objectives: To define the reasons for referral for legal abortion, determine the age groups to which they belong, their obstetric history, assess their pre- and post-termination contraceptive methods, and identify the presence of complications during the procedure.

Material and Methods: A descriptive, retrospective, quantitative, cross-sectional, non-experimental study. The sample consisted of 302 patients referred to legal abortion.

Results: The study shows that the main reason for referral for legal abortion is advanced gestational age, defined as pregnancies greater than 12 weeks. Most patients were between 20 and 29 years old. The women mainly had between one and three previous pregnancies. Most of them did not use any contraceptive method prior to the procedure and subsequently tended to choose long-acting methods. The complication rate was negligible.

Conclusions: The variables analyzed highlight shortcomings in the health system's ability to ensure women receive care at early gestational ages. Most of them were young women who had been in contact with a previous obstetric event and had not received immediate contraception afterward. The MVA technique has proven to be a safe and effective method for terminating a pregnancy. It can be performed on an outpatient basis and does not require high complexity, but rather requires a trained team and a comprehensive, person-centered care model.

Keywords: MVA, abortion, outpatient, contraception

Introducción

La IVE a través de AMEU es un método seguro y eficaz cuando se realiza por personal capacitado, con la técnica correcta y en lugares que cumplen normas médicas básicas.

Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAFE) es un centro de salud de mediana complejidad que ofrece atención ambulatoria y está integrado al sistema de salud pública de la provincia de Santa Fe.

La institución trabaja a través de un sistema organizado de derivación desde el primer nivel de atención, donde las pacientes son abordadas y evaluadas inicialmente.

Su objetivo principal es satisfacer la demanda de diagnóstico y tratamiento de prácticas complejas de forma ambulatoria, que no pueden ser resueltas en el centro de salud, tanto para la ciudad de Santa Fe como para la región centro y norte de dicha provincia.

Desde el año 2018, en sus instalaciones, se desempeña un equipo orientado a dar respuesta a la resolución de situaciones de aborto no punibles mediante técnica de aspiración manual endouterina. Se trata de usuarias que por algún motivo no pueden realizar tratamiento medicamentoso ambulatorio.

En el año 2021, con la sanción de la ley 27.610, y con el apoyo y acompañamiento de IPAS, ya estaba conformado un equipo altamente capacitado y con experiencia en dicha práctica para dar respuesta a la demanda de IVE (hasta las 14 semanas completas de gestación).

La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.¹

Posterior a la intervención, es recomendable ofrecer la posibilidad de iniciar un método anticonceptivo inmediato, a fin de prevenir embarazos no intencionales y favorecer la continuidad en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.²

El abordaje integral del aborto exige utilizar todos los conocimientos y tecnologías disponibles para asegurar el mejor resultado posible brindando una atención de calidad en el marco de un modelo centrado en la persona.

Objetivos

Definir los motivos de derivación para práctica de AMEU, determinar los grupos etarios a los que pertenecen, identificar los antecedentes obstétricos, evaluar el método anticonceptivo que utilizaban previo y posterior a la interrupción y reconocer la presencia de complicaciones durante el procedimiento.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo de corte transversal, no experimental. Muestra de 302 personas que fueron derivadas desde un primer nivel de atención para acceder a la IVE mediante técnica de AMEU entre enero 2023 y diciembre 2024.

En Argentina, la legislación permite la IVE hasta la semana catorce inclusive de embarazo.

Se utilizaron los datos recabados por el personal médico y de enfermería del equipo asistencial que son tabulados en tablas de Excel compartidas con la Dirección Provincial de Salud Sexual.

Este estudio fue revisado y obtuvo la aprobación del Comité de Docencia de CEMAFE.

Resultados

Debido a que CEMAFE no cuenta con capacidad para dar respuesta a la demanda espontánea es que las usuarias son abordadas inicialmente en el primer nivel de atención (centro de salud) donde se les realiza consejería y ecografía obstétrica para corroborar la edad gestacional. Aquellas que, por alguna circunstancia, no pueden resolver la IVE en dicho efecto, son derivadas a través de una solicitud enviada por correo electrónico.

Los motivos de derivación fueron un 36,4 % por edad gestacional avanzada (embarazos mayores a 12 semanas y hasta las 14 semanas cumplidas), 31,4% por objeción de conciencia, 19,5% por falla de tratamiento medicamentoso y 12,5% por elección de la paciente (Ver figura 1).



Figura 1: Motivo de Derivación

Los grupos etarios a los que pertenecen las usuarias fueron 0,9% menores de 15 años, 14,9% entre 15 y 19 años, 55,6% 20 a 29 años, 24,8% de 30 a 39 años y 3,6% mayores de 40 años. Cabe aclarar que CEMAFE no cuenta con atención médica pediátrica, por lo que no puede recepcionar pacientes de 13 años o menos. (Ver figura 2).

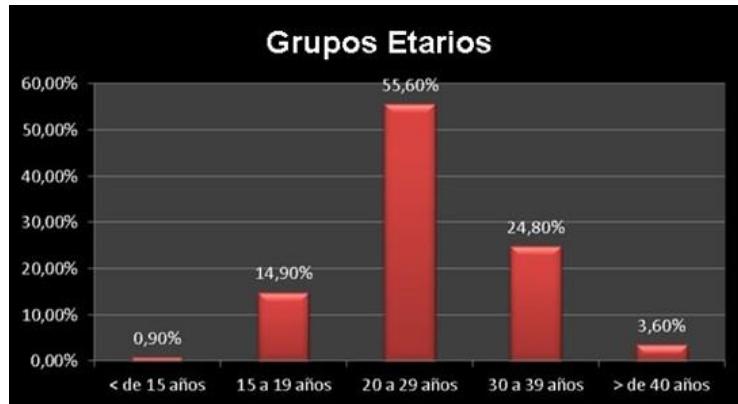


Figura 2: Grupos Etarios

Con relación a los antecedentes obstétricos, fueron derivadas con gesta 0 en 2023 el 29% y en 2024 33%, en cuanto a las derivaciones de 1 a 3 gestas previas se identificó un 55% en 2023 y un 59.7% en 2024. Las derivaciones de 4 o 5 gestas previas encontramos un 10% en 2023 y un 6.7% en 2024 y más de 5 gestas previas se registraron 6% en 2023 y 0.6% en 2024. No se observan diferencias significativas entre ambos años (Ver figura 3).

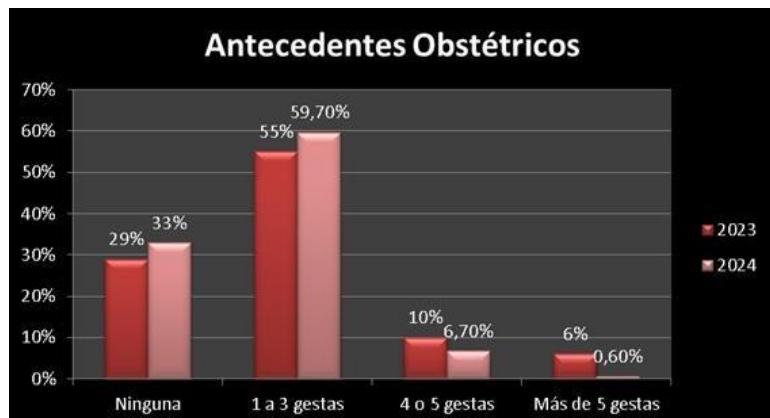


Figura 3: Antecedentes Obstétricos

Los métodos anticonceptivos que utilizaban previo al procedimiento fueron 29,1% anticonceptivos orales combinados (ACO), 8,2% anticonceptivos combinados inyectables (ACI), 0,3% implante, 0,9% DIU, 7,6% otro y 53,6% ninguno. Entiéndase por “otro” a los métodos de barrera, parches y anillos.

Inmediatamente posterior a la práctica de AMEU, 9,6% optó por ACO, 7,2% ACI, 26,1% implante, 52,6% DIU, 0,6% otro y 3,6% ninguno (Ver figura 4).

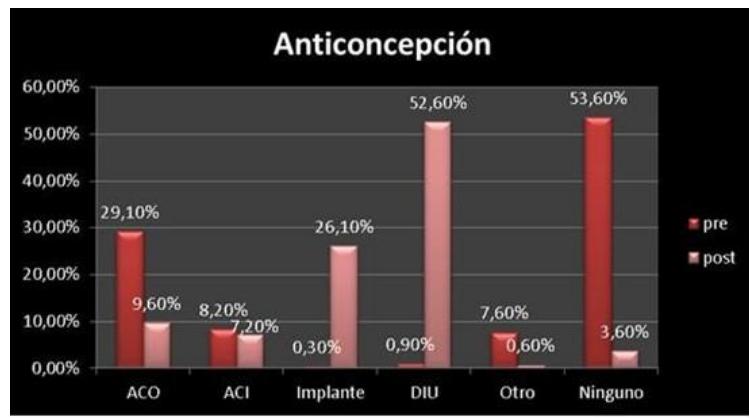


Figura 4: Anticoncepción pre y post AMEU

Durante el periodo analizado, se produjeron dos episodios hemorrágicos como complicación que resolvieron con tratamiento médico y no requirieron internación.

Una hemorragia después de un aborto inducido es infrecuente, ya que ocurre en 0 a 3 de cada 1000 casos después del aborto con medicamentos realizado hasta las 9 semanas de gestación o de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación, y en 0.9 a 10 de cada 1000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación³.

CEMAFE cuenta con medicación uterotónica como misoprostol y ergonovina, así como también sondas de foley en caso de requerirse taponaje mecánico. De requerirse derivación, nos encontramos a 1,5 km de un hospital de mayor complejidad y contamos con sistemas de traslado disponibles en forma inmediata.

Discusión

Las mujeres y las niñas que se presentan para practicarse un aborto después de las 12 semanas de embarazo suelen ser representativas de las poblaciones más marginadas, tienen más probabilidades de haber afrontado obstáculos financieros o logísticos para recibir atención, de ser adolescentes, víctimas de violencia y/o haber tenido una detección tardía del embarazo⁴. Por último, cuando hay un acceso limitado a los servicios de aborto seguro, como es el caso de los entornos restrictivos, es bastante común que se solicite un aborto en estadios gestacionales más avanzados.

Se evidencia en este trabajo la falla sostenida en el sistema de salud en cuanto a la implementación de la estrategia de AIPERO, ya que la mayoría de las personas incluidas habían tenido al menos un contacto por un evento obstétrico previo y no usaban ningún método anticonceptivo.

Quienes ejercen como profesionales de la salud deben tener presente que en Argentina cerca del 100 % de los partos son institucionales y que las mujeres permanecen internadas un promedio de 48 horas (DEIS, 2018)⁵.

Establecer el asesoramiento y la entrega de anticonceptivos como una parte rutinaria de la atención durante el parto, cesárea o aborto, aumenta el acceso de las mujeres a los cuidados anticonceptivos, convirtiéndose en una estrategia clave para disminuir la morbilidad materno-infantil relacionada con embarazos no intencionales².

El inicio de una anticoncepción eficaz en el período inmediatamente posterior al aborto es importante, ya que la ovulación y la actividad sexual se reanudan rápidamente. La evidencia sugiere que más de la mitad de las mujeres o personas con capacidad de gestar habrán reanudado las relaciones sexuales dos semanas después del aborto y que el 15 % puede haber reanudado las relaciones sexuales en el plazo de una semana. Los estudios han demostrado que más del 80 % de las mujeres o personas con capacidad de gestar ovulan en el primer mes después del aborto y, por lo tanto, corren claramente el riesgo de otro embarazo en ausencia de un método anticonceptivo eficaz (Makins y Cameron, 2020)².

Podemos deducir de nuestras estadísticas que la consejería en anticoncepción post evento obstétrico tiene un fuerte impacto en el uso de métodos de larga duración, los cuales son los más escogidos por las pacientes y es un número muy minoritario las usuarias que eligen retirarse de la institución sin ninguna opción anticonceptiva. Tanto los implantes subdérmicos como el DIU de cobre están disponibles en CEMAFE para ser colocados inmediatamente luego de evacuar el útero y antes del alta. Los métodos de corta duración se gestionan junto con el primer nivel de atención para garantizar continuidad de este dada la mayor cercanía geográfica con la usuaria

Conclusiones

El estudio muestra que el principal motivo de derivación a CEMAFE para AMEU es la edad gestacional avanzada, lo cual pone en evidencia fallas en el sistema de salud para que las mujeres reciban atención en edades gestacionales tempranas. La técnica de AMEU muestra ser un método seguro y eficaz para interrumpir un embarazo que se puede realizar en forma ambulatoria y no requiere de alta complejidad, sino de un equipo capacitado y con un modelo de atención integral centrado en la persona.

Referencias bibliográficas

1. DNSSyR (2021) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción voluntaria y legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/06/res_1535_-2021_protocolo_ive_anexo_i.pdf
2. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-12/Guia_AIPEO_13-12-2022.pdf
3. Ipas (2023). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. E. Jackson (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: https://ipasmexico.org/wp-content/uploads/2023/12/Actualizaciones-cl%C3%ADnicas-en-salud-reproductiva_act.pdf
4. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. 2012. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en
5. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). (2018). Estadísticas vitales. Información básica. Secretaría de Acceso a la Salud. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar>

Métodos anticonceptivos utilizados en personas con embarazos no intencionales que solicitan una IVE

Autores: Arribas, L.*, Lemos, M., Gómez Giordano, J.,
Martínez, A., Coccio, E. Zácanino, E.,

*Médica Ginecóloga

Jefa de Sección en el Servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia, CABA
ex presidenta de AMAdA

Mail de contacto: liaarribas@gmail.com



Resumen

El embarazo no intencional es un problema de salud pública en la Argentina y en el mundo. Se calcula que se presenta en 64 de cada 1000 mujeres en edad reproductiva. Las causas más frecuentes de embarazo no planificado es la no utilización de ningún método anticonceptivo o errores de la usuaria en su uso, como el olvido de pastillas anticonceptivas o la inconsistencia en el uso de preservativos. La falla intrínseca de cada método anticonceptivo es un motivo menos frecuente. En Argentina el acceso a todos métodos anticonceptivos en forma gratuita y universal está garantizado por la ley 25673. A pesar de esto en algunas jurisdicciones el acceso a los mismos puede ser irregular. En nuestro país el 57,6 % de las personas manifestó que su embarazo no había sido planificado. El 60 % de los embarazos no planificados terminan en una interrupción. La finalidad de este trabajo es determinar las causas del embarazo no intencional en las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos que consultaron para solicitar una IVE, distinguiendo entre error de la usuaria, falla del método, o falta de acceso al mismo.

Objetivo general: Evaluar las causas de embarazo no intencional en mujeres que solicitan una IVE en el primer semestre de 2024 en la sección de Planificación Familiar del Hospital B. Rivadavia.

Objetivos específicos: Determinar el porcentaje de usuarias que tuvieron un embarazo no intencional y solicitaron una IVE por no utilizar ningún método anticonceptivo. En aquellas pacientes usuarias de métodos anticonceptivos y solicitaron IVE por embarazo no intencional, estimar la distribución de frecuencia de las causas: "error de la usuaria"; "falla intrínseca del método" y "falta de disponibilidad del método".

Materiales y Métodos: estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Palabras Claves: Métodos anticonceptivos, IVE, aborto, embarazo no intencional.

1. Introducción

Un embarazo no planificado o no intencional es aquel que ocurre cuando una mujer quería quedar embarazada en el futuro, pero no en el momento en que quedó embarazada ("deseado para más tarde") o cuando no quería quedar embarazada en ese momento ni en ningún momento en el futuro ("no deseado").¹

El embarazo no intencional (ENI) es un problema de salud pública en la Argentina y en el mundo. Se calcula que 64 de cada 1000 mujeres presentan algún embarazo no intencional en el transcurso de su edad reproductiva. En Argentina los datos sobre embarazo no planificado se obtienen del Sistema de Información Perinatal (SIP), que recoge información de las mujeres o personas con capacidad de gestar que se atienden el parto en hospitales del subsistema público. En el 2021 el 57,6 % de las personas manifestó que su embarazo no había sido planificado. En la ciudad de Buenos Aires el 55,6% de los embarazos son no planificados.² Entre las menores de 15 años se registran los porcentajes más altos de embarazo no planificado, 85,3%, tanto para el total del país como para cada una de las jurisdicciones.

Incluso existiendo la posibilidad de interrumpir, el embarazo no intencional tiene consecuencias negativas para quien lo presenta³, por el impacto psicológico que conlleva, los días laborales perdidos, y el riesgo de complicaciones tanto del embarazo como de la interrupción, ya sea esta médica o quirúrgica.⁴

Las causas más frecuentes de embarazo no planificado son la no utilización de ningún método anticonceptivo (MAC) y los errores de la usuaria en su uso, como el olvido de pastillas anticonceptivas o la inconsistencia en el uso de preservativos⁵. La falla intrínseca de cada MAC es un motivo menos frecuente.

En Argentina el acceso a todos los MAC en forma gratuita y universal está garantizado por la Ley 25673. A pesar de esto en algunas jurisdicciones el acceso a los mismos puede ser irregular.

Los MAC disponibles pueden ser de corta o larga duración, hormonales o no hormonales, reversibles o irreversibles. La eficacia de un método se mide por el número de embarazos por cada 100 mujeres que usan ese método por año. Esta eficacia está estimada para cada método en términos teóricos, con un uso perfecto, y en términos de uso habitual.⁶

Dentro de los MAC de corta duración, (SARCs por sus siglas en inglés) se encuentran el preservativo, los anticonceptivos orales y los anticonceptivos inyectables, entre otros. De estos, el único método de barrera disponible en nuestro medio actualmente es el preservativo externo para penes, aceptado por la OMS no sólo para prevenir embarazos sino también para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Para garantizar su efectividad, su uso debe ser correcto y consistente, es decir durante toda la penetración vaginal y durante todas relaciones sexuales.^{7,8} La tasa de falla anticonceptiva del preservativo en su uso habitual es de un 18 a 22%.⁹ Los anticonceptivos orales son un método seguro y moderno de corta duración, que tienen una alta eficacia teórica, con una falla de 0.3%, que pasa a un 7% con el uso habitual, especialmente debido al olvido en las tomas.

Los métodos de larga duración incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU de cobre y DIU-LNG) y el implante subdérmico liberador de progestágenos. Todos ellos tienen una tasa de falla menor al 1%, sin presentar prácticamente variación entre la eficacia teórica y con el uso habitual, ya que una vez iniciada su utilización, el efecto es independiente de la usuaria. A esto se suma que la tasa de continuidad que muestran a los 12 meses es muy elevada, mayor al 80%; mientras que, en los métodos anticonceptivos reversibles de corta duración es menor al 60%. La tasa de continuidad de un MAC es clave para lograr una alta eficacia. Su discontinuidad, en cambio, deja a la mujer rápidamente expuesta a un ENI. Un método que puede mantener su uso correcto en el tiempo previene eficazmente el ENI. A diferencia de los SARCs, cuya tasa de falla es del 9% en su uso típico, cuando una mujer desea interrumpir un LARC debe acudir a un centro de salud. Esto ofrece una oportunidad para una nueva consejería, y la continuidad de ese u otro método anticonceptivo elegido. A pesar de la alta eficacia de los LARCs registrada en múltiples estudios, en Argentina y en el mundo, la tasa de utilización aún es sumamente baja. En nuestro país la tasa de uso de DIU es de 9,2%.¹⁰

Según el instituto Guttmacher (Bearak et. al, 2022) la prevención de los embarazos no planificados está íntimamente relacionada con el establecimiento de programas de anticoncepción, salud sexual y reproductiva.¹¹ El embarazo no planificado y el aborto son experiencias compartidas por personas en todo el mundo y son independientes del nivel de ingresos del país, la región o el estatus legal del aborto. Aproximadamente en el mundo 121 millones de embarazos no planificados ocurrieron cada año entre 2015 y 2019. De estos embarazos no planificados, el 61% terminó en aborto. Esto se traduce en 73 millones de abortos por año en todo el mundo.¹²

Con el fin de reducir los ENI, los abortos, las complicaciones por abortos inseguros y las muertes maternas, además de fortalecer los derechos reproductivos, en Argentina se logró la sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y Atención Posabortion.

La Ley 27.610 regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postabortion de todas las personas con capacidad de gestar y es de aplicación obligatoria en todo el país, las mujeres y personas con otras identidades de género tienen derecho a interrumpir su embarazo hasta las 14,6 semanas de embarazo sin causales es decir sin tener que explicar los motivos de su decisión, y luego de las 15 semanas la interrupción es legal cuando el embarazo es resultado de una violación o si está en peligro su vida o su salud. Asimismo, todas las personas tienen derecho a la atención post aborto más allá de si el mismo se produjo o no en las situaciones previstas por la ley, y al acceso a MAC.

La finalidad de este estudio es determinar las causas de ENI en pacientes que solicitan una IVE, y distinguir aquellas que no utilizaban ningún MAC de aquellas que sí lo hacían; y en el caso de estas últimas, evaluar si la causa del embarazo fue una falta de acceso al método, una falla de este o un error de la usuaria.

La comprensión de la causa del ENI permitiría adecuar la conducta médica de manera dirigida a aumentar la disponibilidad de acceso a los métodos, a los turnos médicos, reforzar la consejería para mejorar la adherencia y el uso, o buscar aumentar la utilización de métodos de larga duración.

2. Problema a Investigar

¿Cuáles son las principales causas de embarazo no intencional para las usuarias que solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo en la sección de Planificación Familiar del Hospital B. Rivadavia en el primer semestre de 2024?

3. Objetivos

Objetivo General:

- Evaluar las causas de ENI en mujeres que solicitan una IVE en el primer semestre de 2024 en la sección de Planificación Familiar del Hospital B. Rivadavia.

Objetivos específicos:

- Determinar el porcentaje de usuarias que tuvieron un ENI y solicitan una IVE por no utilizar ningún método anticonceptivo, y el porcentaje de aquellas que sí lo utilizaban.

- En aquellas pacientes usuarias de métodos anticonceptivos y solicitaron IVE por ENI, estimar la distribución de frecuencia de las causas: “error de la usuaria”; “falla intrínseca del método” y “falta de disponibilidad del método”.

4. Justificación

El embarazo no planificado es un problema de salud pública que se da a nivel mundial. Se calcula que aproximadamente la mitad o más de los embarazos son no planificados. La utilización de un MAC moderno, seguro y eficaz está garantizada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, creado por la Ley 25673, que manifiesta que uno de sus objetivos es alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia y garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. A pesar de la amplia distribución de los MAC, aún son subutilizados por parte de la población.

Conocer si las mujeres que solicitan una IVE utilizaban o no un MAC, y distinguir si dentro de las usuarias de MACs la falla fue del método ante un uso perfecto, de las usuarias ante un uso incorrecto, o si el problema radicó en la accesibilidad del mismo, nos permitirá pensar estrategias para el asesoramiento, intentar cambiar el formato de atención, de turnos pre solicitados a demanda espontánea, entre otras intervenciones que permitan reducir la tasa de ENI.

5. Antecedentes

A nivel mundial, una gran mayoría de los abortos siguen siendo la consecuencia directa de la no utilización de MAC por parte de mujeres o parejas que no desean concebir. Las razones para no usar anticonceptivos varían, pero en aquellas pacientes que sí los utilizan, la elección de un método por sobre otros se deben mayoritariamente a temores sobre posibles efectos adversos, y la elección mayoritaria de métodos de corta duración se convierte en una influencia importante en la probabilidad de embarazos no deseados y abortos (Cleland, 2019)⁵.

Ya desde el año 2011, se planteó desde Guttmacher (Darroch, 2011)¹³ que, en los países en vías de desarrollo, una de cada cuatro mujeres sexualmente activas que desean evitar un embarazo, no tiene acceso a MAC. Estas mujeres representan el 82% de los embarazos no deseados en los países en desarrollo.

La OMS publicó un estudio retrospectivo (Bellizzi et al, 2014)¹⁴ que recopiló información respecto a la prevalencia de utilización de MAC y la discontinuación de estos en relación con ENI, incluyendo 36 países de bajos y medianos ingresos. Se encontró que los ENI representaban entre un 5 a un 60% del total de embarazos de acuerdo con el país analizado, y que más del 65% de las pacientes con un ENI no utilizaban un método anticonceptivo, mientras que 31.2% utilizaban SARCs. El uso de LARCs fue consistentemente bajo en todos los países estudiados, y el 40.2% de las mujeres que los utilizaron los discontinuaron debido a efectos adversos.

De acuerdo con una revisión sistemática (Wang M et al, 2020)¹⁵ que analizó las prácticas sexuales de mujeres según trabajos publicados en 19 países entre 1999 y 2018, solo el 57% de ellas utilizaban algún MAC, siendo 51.2% de los métodos utilizados el preservativo, 20.5% anticonceptivos orales y 24.87% métodos poco efectivos y no recomendados, como el coitus interruptus y el método del ritmo.

En 2023, la Comisión Nacional de Planificación Familiar China (Wang H. et. al, 2023)¹⁶ condujo una encuesta que reveló que el 22.9% de los embarazos entre 2010 y 2017 fueron no intencionales. En este mismo estudio, se vio que luego de interrumpir los embarazos, sólo 37% de las mujeres eligieron un LARC.

En nuestro medio, se han conducido estudios similares: En un estudio conducido en la provincia de Corrientes durante los años 2018 y 2019 (Ortigueira et. al, 2024), de 862 embarazos adolescentes, 66% fueron accidentales, y el 91% de las pacientes no utilizaban MAC¹⁷. En otro estudio llevado a cabo en la ciudad de Bariloche (Pasquali, 2021)¹⁸, el 42% de las pacientes que solicitaron IVE no utilizaban ningún MAC previo al embarazo. En la provincia de Santa Fe (Bonavita, 2018)¹⁹ un estudio similar reveló que del total de embarazos no planificados que se identificaron, el 65 % de las mujeres no estaba utilizando ningún método anticonceptivo. Entre las que utilizaban métodos los más usados fueron los hormonales, y sus fallas atribuidas a olvidos y falta de información sobre su uso correcto.

6. Población y Muestra

Criterios de inclusión: Mujeres o personas con capacidad de gestar mayores de 21 años que hayan solicitado una interrupción voluntaria de embarazo.

Criterios de exclusión: Pacientes que:

- Soliciten una interrupción legal del embarazo por causal de abuso sexual
- Hayan presentado un ENI dentro del primer mes de suspendido un MAC, cuando este se haya suspendido por una indicación médica que no existiera previamente. (Pacientes que hayan suspendido métodos estrogénicos luego de eventos trombóticos, pacientes a las que se les haya retirado un dispositivo intrauterino en el contexto de enfermedad pélvica inflamatoria, etcétera)

Muestra: La población será acotada a las pacientes que cumplan con el criterio de inclusión durante el primer semestre del año 2024 en la sección de Planificación Familiar del Hospital B. Rivadavia.

Coordenadas temporoespaciales: El presente protocolo será una investigación que se realizará en la sección de Planificación Familiar en el Hospital Bernardino Rivadavia del GCBA, durante un periodo estimado de 6 meses.

7. Diseño de Estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

8. Materiales y Métodos

La información se obtendrá de la revisión de historias clínicas electrónicas de SIGEHOS (Sistema Informático de Gestión Hospitalaria). Será volcada en una base de datos utilizando planillas confeccionadas ad Hoc con el programa Microsoft Excel y luego serán analizadas.

Variables en estudio:

- Utilización de MAC:
 - Ninguno
 - Anticonceptivos Orales Combinados
 - Preservativo
 - Anticonceptivos Orales de Progestágenos
 - Inyectable mensual
 - Inyectable trimestral
 - DIU-Cu / DIU-LNG
 - Doble método (Anticonceptivos orales + preservativo)
 - Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)
 - Otro
- Utilización correcta de MAC: Afirmativa o negativa; acorde a la Guía práctica para profesionales de la salud de Métodos Anticonceptivos, del Ministerio de Salud de la Nación, actualización 2023.
- Falta de disponibilidad o dificultad en el acceso al MAC: Definido como la imposibilidad referida por la usuaria de acceder al MAC por falta de stock de este en el centro de salud en el que consulte habitualmente, imposibilidad económica para pagarla fuera del sistema público, o demora en la asignación de turnos.

9. Resultados

Durante el primer semestre del año 2024, un total de 203 personas con capacidad de gestar solicitaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en la Sección de Planificación Familiar del Hospital Bernardino Rivadavia.

De las 203 personas atendidas, el **71.43%** (n=145) utilizaban algún MAC al momento de la concepción. El **28.57%** (n=58) no utilizaban ningún MAC

Entre las personas que usaban MAC, los métodos más frecuentemente utilizados fueron:

- Preservativo: 62.07%
- ACOs combinados: 20.00%
- ACO de progestágeno: 4.83%
- Otros métodos como anticonceptivos inyectables, DIU, doble método (preservativo más otro) o anticoncepción hormonal de emergencia, representaron menos del 2% cada uno.

En el análisis global (incluyendo a quienes no usaban ningún MAC), los métodos más frecuentemente utilizados en casos de ENI fueron (Tabla 1 y Figura 1):

MAC	Total	Porcentaje
No utilizaba	58	28.57%
Preservativo	90	44.33%
ACO combinado	29	14.29%
Otro	8	3.94%
ACO progestágeno	7	3.45%
ACI trimestral	3	1.48%
ACI mensual	3	1.48%
DIU	2	0.99%
Doble método	2	0.99%
AHE	1	0.49%

Tabla 1: Métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados.

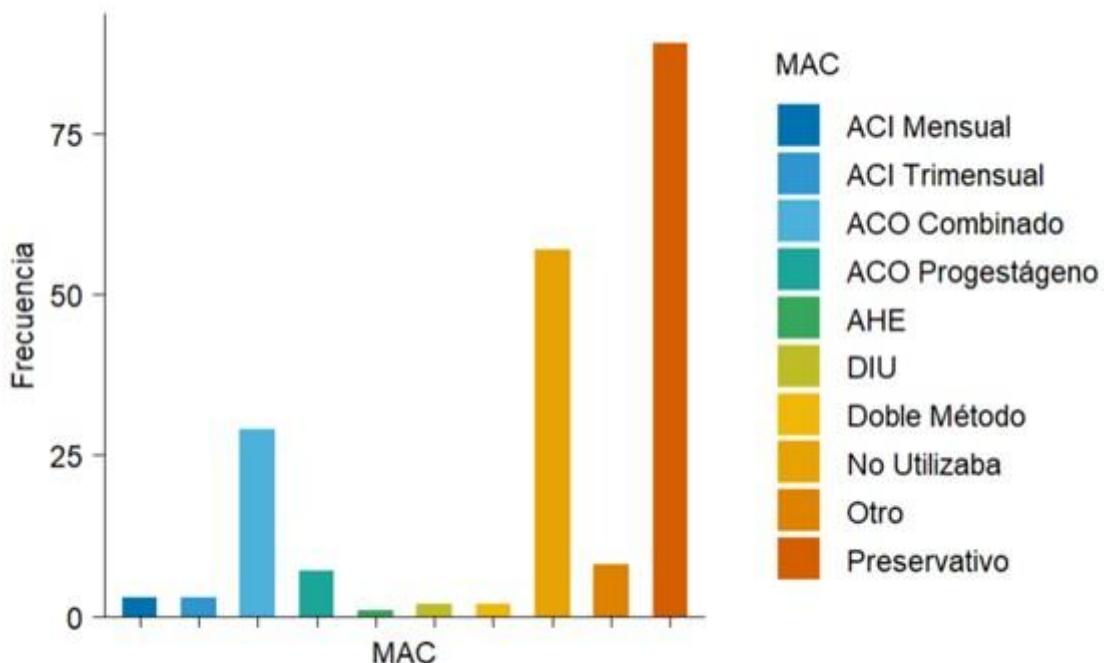


Figura 1: Distribución de frecuencia del uso de MAC

Entre las usuarias de MAC, se identificaron las causas de embarazo no intencional resumidas en la Tabla 2.

Causa	Total	Porcentaje
Falla en el uso	101	67.66%
Falla de método	43	29.66%
No disponibilidad	1	0.69%

Tabla 2: Causas de ENI en usuarias de MAC que solicitan una IVE

Al considerar la totalidad de casos (usuarias y no usuarias de MAC), las causas de ENI, el porcentaje atribuido a la falla intrínseca del método y la falla en el uso disminuyeron, según lo representado en Tabla 3 y la Figura 2.

Causa ENI	Total	Porcentaje
Falla en el uso	101	49.75%
No utilizaba	58	28.57%
Falla de método	43	21.18%
No disponibilidad	1	0.49%

Tabla 3: Causas de ENI en la muestra total

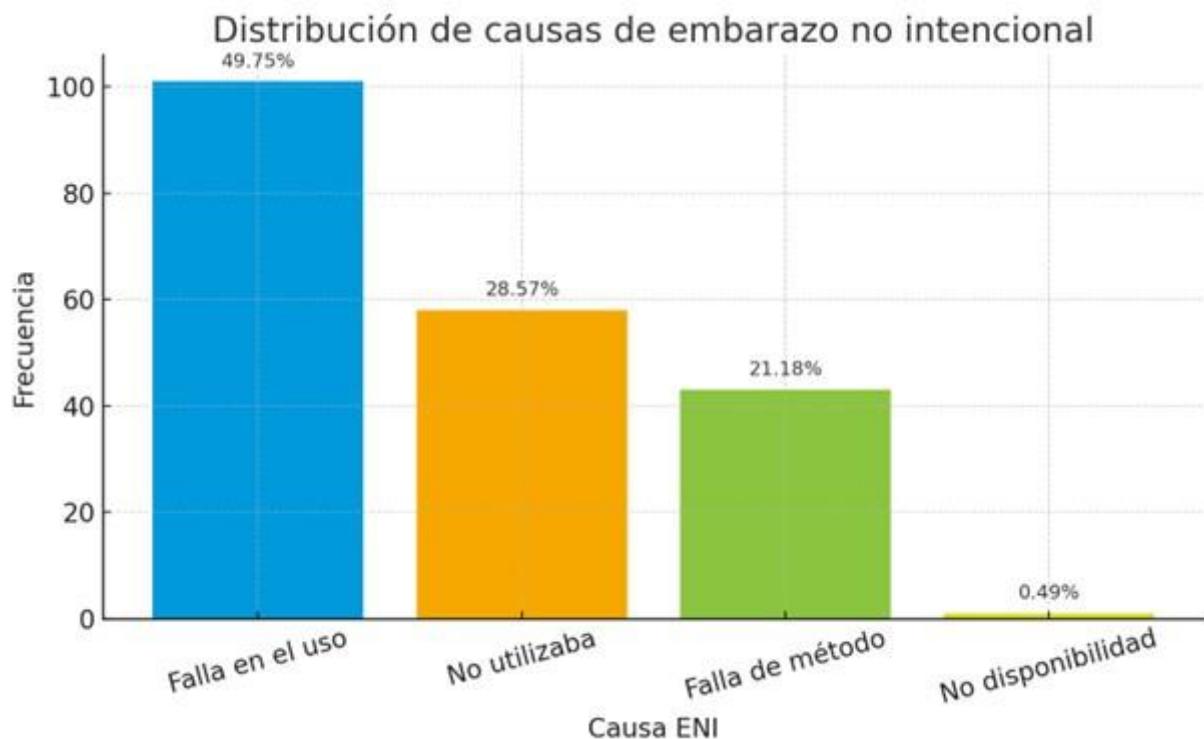


Figura 2. Distribución de causas de ENI en la muestra total

Además, se analizó la distribución de causas de embarazo no intencional en los casos de usuarias de los tres métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados, en la Tabla 4

MAC	Falla de método	Falla en el uso
ACO Progestágenos	1 (14.29%)	6 (85.71%)
ACOs combinados	5 (17.24%)	24 (82.76%)
Preservativo	25 (27.78%)	65 (72.22%)

Tabla 4: Distribución de causas de ENI en las usuarias de los tres MAC más utilizados.

En los tres casos analizados, la falla en el uso del método fue la causa predominante, tal como se representa en la Figura 3.

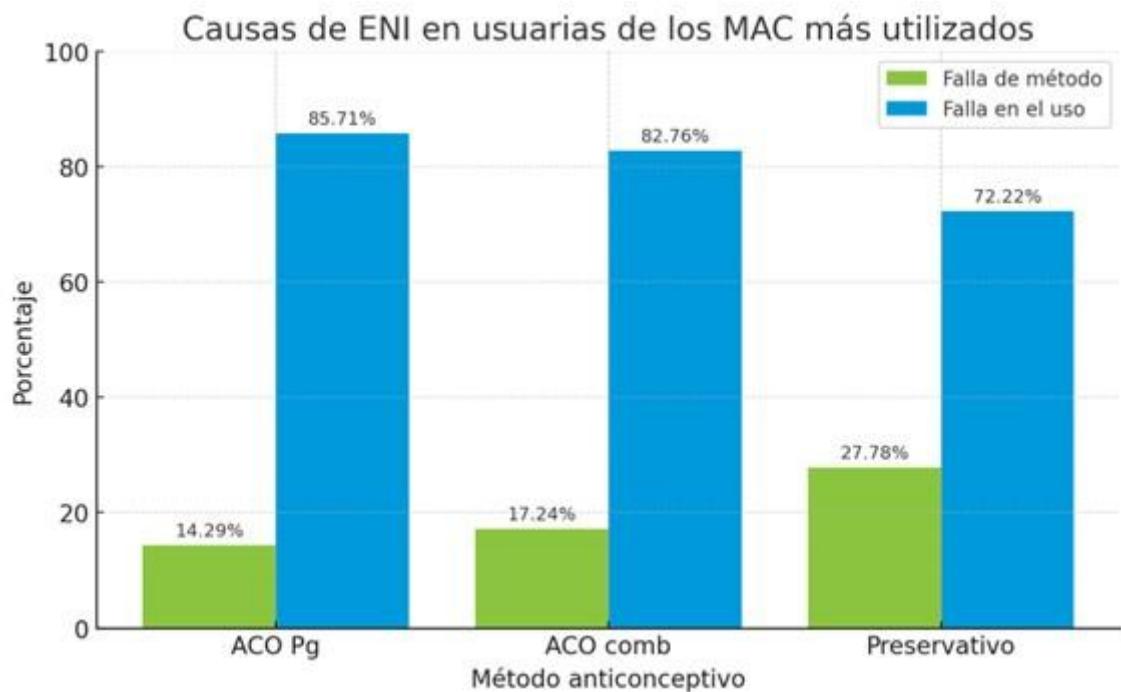


Figura 3. Análisis de causa de ENI en usuarias de los tres MAC más frecuentes.

10. Conclusión

Al analizar la totalidad de los casos de las pacientes que realizaron una IVE durante el año 2024 en la sección de Planificación Familiar del Hospital B. Rivadavia se concluye que la causa principal de los ENI fue la falla del uso del MAC (71,43%), en primer lugar, el Preservativo (62.07%). En el orden de frecuencia, siguen los ACO combinados (20.00%) y ACO de solo progestágenos (4.83%). En contraposición a estudios retrospectivos como el de la OMS de 2014, que reportaba un 65% de pacientes que no utilizaban ningún MAC, en nuestra población solo el 28,7% de la población contemplada en este trabajo no utilizaba ningún MAC.

Aunque la ley 25673 garantiza el acceso a los MAC disponibles, este estudio, al igual que los realizados en Bariloche (Pasquali, 2021)¹⁸ y Santa Fe (Bonavita, 2018)¹⁹, hay un gran porcentaje de pacientes que no utilizaban MAC, y dentro de las que lo utilizaban, la mayoría utilizaban SARCs. Dentro de las pacientes que sí utilizaban MAC la mayor causal de embarazo fueron las fallas en el uso del preservativo y olvidos de las tomas de ACO.

Estos resultados nos plantea la necesidad de no solo facilitar el acceso de los MAC en todo el país, en especial de los LARCs, debido a su menor tasa de falla (1%)¹⁰, sino también a una educación sexual integral más extensa sobre la importancia del uso de MAC, y una consejería meticolosa, sobre los tipos de métodos disponibles, la importancia de su uso continuado y correcto en caso de los métodos de corta duración, y reforzar la importancia del uso correcto del preservativo, no solo como método anticonceptivo, sino también para la prevención de ITS.

En estos casos consideramos de suma importancia realizar un espacio de consejería durante y luego de realizar la IVE, y brindar acceso a LARCS, que permitiría disminuir la tasa de ENI al tener menor variación entre la eficacia teórica y con el uso habitual, ya que, una vez iniciada su utilización, el efecto es independiente de la usuaria.

11. Discusión

Limitaciones del estudio

Entre las principales limitaciones del presente trabajo, se encuentra su diseño observacional y retrospectivo, que impide establecer relaciones causales. Asimismo, los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas y autorreportes, lo que puede introducir sesgos de recuerdo o deseabilidad social, especialmente en lo relativo al uso correcto de los MAC.

Además, algunas categorías como la “falla intrínseca del método” puede estar sobre reportada porque las usuarias tienden a negar el mal uso de los MAC por temor a represalias o juicios. Finalmente, la muestra es representativa sólo de una institución pública urbana durante un período de un año, por lo que los resultados no pueden generalizarse a otros contextos sin precaución.

Implicancias para la práctica clínica

Los hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de asesoramiento anticonceptivo personalizado, especialmente orientadas a mejorar la adherencia y el uso correcto de los métodos, dado que la mayoría de los embarazos no intencionales en esta serie ocurrieron en usuarias activas de MAC por fallas de uso.

La alta proporción de usuarias de métodos de corta duración y de alta dependencia del usuario, como el preservativo y los ACO, sugiere que podrían promoverse con mayor énfasis los LARCs, que dependen menos de la conducta individual y han demostrado mayor eficacia en la prevención del ENI.

Líneas futuras de investigación

Futuros estudios podrían ampliar el período de observación y la muestra, incorporar variables sociodemográficas (nivel educativo, paridad, situación laboral), así como evaluar el impacto del asesoramiento recibido previo y posterior a la IVE. También sería valioso comparar los resultados entre instituciones del sistema público y privado, o entre regiones urbanas y rurales, para identificar desigualdades en el acceso, elección y uso de métodos anticonceptivos.

Finalmente, evaluar la implementación de estrategias como la anticoncepción inmediata post-IVE, el asesoramiento en demanda espontánea y la eliminación de turnos programados, podría generar evidencia útil para rediseñar los modelos de atención y reducir la incidencia de embarazos no intencionales.

Bibliografía

1. Guttmacher Institute. Unintended pregnancy in the United States. Fact Sheet. New York: Guttmacher Institute; 2020. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/unintended-pregnancy-united-states>
2. Ministerio de Salud de la Nación. Informe de gestión de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, enero-octubre 2023. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-de-gestion-de-la-direccion-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-enero-octubre>

3. Yazdkhasti M. et al. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. 2020. Iran Journal of Public Health. PMID: [26060771](#)
4. Klima, C.S. Unintended Pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem. Journal of Nurse Mifwifery. 1998 doi: 10.1016/s0091-2182(98)00063-9.
5. Cleland, J. The complex relationship between contraception and abortion. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.04.007>
6. World Health Organization. Mechanisms of action and effectiveness of contraception methods. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf?sfvrsn=e39a69c2_1
7. Gallo MF, Steiner MJ, Warner L, Hylton-Kong T, Figueroa JP, Hobbs MM, et al. Self-reported condom use is associated with reduced risk of chlamydia, gonorrhea, and trichomoniasis. Sex Transm Dis. 2007. PMID: 17579339
8. Rietmeijer CA, Krebs JW, Fehrino PM, Judson FN. Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus. JAMA. 1988. 259 (12). PMID: 2830416
9. Sanders SA, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby RA, Graham CA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. Sex Health. 2012;9:81–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1071/SH11095>
10. Comité de opinión sobre métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCS). 2018. Disponible en: <https://www.amada.org.ar/index.php/profesionales/publicaciones-de-interes/66-publicaciones-de-interes/252-comite-de-opinion-sobre-metodos-anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion-larcs-amada-2018>
11. Guttmacher Institute. Country-specific estimates: unintended pregnancy and abortion incidence. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/article/2022/03/country-specific-estimates-unintended-pregnancy-and-abortion-incidence-global>
12. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health. 2020;8(9) –e1161. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
13. Darroch, J. Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs. Guttmacher report. 2011. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/contraceptive-technologies-responding-womens-needs>
14. Bellizzi, S. et al. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. Contraception, 2020. 101 (1) 26-33,
15. Wang MY, Temmerman M, Zhang WH, Fan Y, Mu Y, Mo SP, Zheng A, Li JK. Contraceptive and reproductive health practices of unmarried women globally, 1999 to 2018: Systematic review and Meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2020. doi: 10.1097/MD.0000000000023368. PMID: 33285718

16. Wang, H., Zou, Y., Liu, H. *et al.* Analysis of unintended pregnancy and influencing factors among married women in China. *China popul. dev. stud.* 7, 15–36. 2023. DOI <https://doi.org/10.1007/s42379-023-00126-3>
17. Ortigueira B., Córdoba, L. Frecuencia y Factores Influyentes del Embarazo Adolescentes en el Hospital Ángela Iglesia de Llano de la Provincia de Corrientes durante los años 2018-2019. Revista FASGO, 2022. N°15.
18. Pasquali, C., Allekotte, T. Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo, Argentina. Aportes al debate desde la experiencia en un hospital público de la ciudad. Revista FASGO, 2021. Vol. 30. N°3
19. Bonavita, G., Lovato, C. ¿Embarazo no planeado? Más preguntas que respuestas. 2018. Federación Argentina de Medicina General. Disponible en. <http://www.famg.org.ar/documentos/congresos/premiados/2018/Embarazo%20no%20planeado.pdf>

Lenacapavir dos veces al año o F/TAF diario para la prevención del VIH en mujeres cis

Twice- Yearly Lenacapavir or Daily F/TAF for HIV Prevention in Cisgender Women

Autores: Linda-Gail Bekker, Moupali Das, Quarraisha Abdool Karim, et al. N Engl J Med, 2024 Oct 3;391(13):1179-1192. doi: 10.1056/NEJMoa2407001. Epub 2024 Jul 24.

Traducción y comentarios:

Dra Julia Pasquale. - jupascuale@gmail.com

Dra Candelaria Cappelletti. - candelariacappelletti@gmail.com



Resumen

Introducción

La profilaxis preexposición (PrEP) en mujeres cis presenta desafíos vinculados con la toma diaria, la adherencia y la persistencia. Para responder a esta necesidad, se desarrollan esquemas alternativos de administración, entre ellos los inhibidores de cápside como **lenacapavir**, cuyo perfil farmacológico permite aplicaciones subcutáneas semestrales.

Métodos

Se llevó a cabo un ensayo clínico fase 3, doble ciego, aleatorizado, realizado en Sudáfrica y Uganda. Las participantes (adolescentes y mujeres jóvenes sexualmente activas) fueron asignadas en una proporción 2:2:1 a tres estrategias de PrEP: **lenacapavir** subcutáneo cada 26 semanas, **F/TAF** oral diario o **F/TDF** oral diario. Cada grupo recibió además placebo coincidente para mantener el cegamiento.

El objetivo principal fue comparar la incidencia de infección por VIH en cada grupo con la incidencia basal estimada en la población elegible. También se evaluaron diferencias entre los regímenes orales y se midió adherencia mediante niveles intracelulares de tenofovir.

Resultados

Entre las 5338 participantes HIV negativas incluidas en el análisis, se registraron 55 infecciones incidentes: **ninguna** en el grupo lenacapavir, 39 en F/TAF y 16 en F/TDF. La incidencia observada con lenacapavir fue significativamente menor que la incidencia basal y que la correspondiente a F/TDF. En cambio, F/TAF y F/TDF mostraron incidencias similares entre sí y respecto de la estimación basal.

La adherencia a los regímenes orales fue baja durante el seguimiento. Las reacciones locales en el sitio de inyección fueron frecuentes en el grupo lenacapavir, generalmente leves, y ocasionaron pocas discontinuaciones. No se identificaron problemas de seguridad relevantes.

Conclusiones

El estudio demuestra que **lenacapavir administrado dos veces al año previno por completo la adquisición de VIH** en adolescentes y mujeres jóvenes participantes del ensayo. La eficacia fue superior a la incidencia basal y al régimen con F/TDF.

Introducción

Cerca de la mitad de las nuevas infecciones por VIH en el mundo se producen en mujeres cis. Aunque la PrEP oral diaria con F/TDF ha sido el pilar desde 2012, su uso sostenido es limitado en mujeres, lo que ha impulsado la búsqueda de estrategias más accesibles y menos dependientes de la adherencia cotidiana.

Lenacapavir es un inhibidor de la cápside del VIH con vida media prolongada, que permite administración subcutánea semestral. F/TAF, por su parte, ofrece un comprimido más pequeño, mayor estabilidad plasmática y adecuada eficacia. Ambos regímenes se evaluaron en este estudio en comparación con F/TDF.

Materiales y Métodos

Se realizó un ensayo doble ciego, aleatorizado, multicéntrico (PURPOSE 1), diseñado específicamente para evaluar nuevas modalidades de PrEP en poblaciones con alta incidencia de VIH. Se incluyeron adolescentes y mujeres cis de 16 a 25 años en Sudáfrica y Uganda, sexualmente activas y sin uso previo reciente de PrEP.

Las participantes seronegativas se asignaron a lenacapavir subcutáneo cada 26 semanas (con dosis de carga oral inicial), F/TAF oral diario o F/TDF oral diario. Todo el personal, excepto quien preparaba las inyecciones, permaneció cegado. Se realizaron visitas frecuentes con seguimiento clínico, laboratorio, testeo para VIH e ITS, consejería y provisión de preservativos.

El criterio principal fue la incidencia de infección por VIH; la adherencia a F/TAF y F/TDF se evaluó mediante niveles de tenofovir difosfato en una submuestra.

Resultados

De las 8402 mujeres testeadas, 8094 conformaron la cohorte utilizada para estimar la incidencia basal. Finalmente, 5345 fueron aleatorizadas y 5338 integraron el análisis de eficacia.

La edad media fue 21 años, con alta prevalencia de ITS al ingreso. La adherencia a lenacapavir fue elevada, mientras que la de los esquemas orales disminuyó progresivamente.

Infecciones incidentes:

- **Lenacapavir:** 0 casos
- **F/TAF:** 39 casos

- F/TDF: 16 casos

Lenacapavir mostró una reducción del 100% en la incidencia frente a la línea basal y frente a F/TDF. Los regímenes orales no difirieron significativamente entre sí.

Los eventos adversos más frecuentes fueron reacciones locales en el sitio de inyección en el grupo lenacapavir, mayormente nódulos subcutáneos de evolución benigna. La incidencia de efectos adversos graves fue baja y similar entre grupos.

Discusión

El estudio demuestra que una estrategia de PrEP **semestral** puede ofrecer una protección altamente eficaz para mujeres jóvenes en contextos de elevada incidencia de VIH y baja adherencia a la toma diaria.

El diseño metodológico —innovador y colaborativo— permitió incluir poblaciones históricamente subrepresentadas, como embarazadas, lactantes y adolescentes de 16–17 años.

La baja adherencia observada en los regímenes orales reproduce desafíos conocidos: estigma, barreras cotidianas, dinámicas de pareja y dificultades para sostener tratamientos diarios. El hallazgo refuerza que la eficacia de la PrEP depende de la adherencia, y posiciona a lenacapavir como una alternativa valiosa en intervenciones donde el cumplimiento es crítico

Comentario

Este estudio aporta evidencia muy relevante para la prevención del VIH en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, un grupo históricamente subrepresentado en los ensayos clínicos de PrEP y con alta vulnerabilidad frente a la infección. El hallazgo de que ninguna participante que recibió Lenacapavir dos veces al año adquirió VIH, en un contexto de alta incidencia y baja adherencia a la PrEP oral diaria, es clínicamente muy significativo.

Desde una perspectiva de salud sexual y reproductiva, la posibilidad de contar con una estrategia de PrEP de administración semestral puede ser especialmente valiosa para mujeres jóvenes que enfrentan barreras cotidianas para sostener la toma diaria: carga de cuidados, estigma, dificultades para ocultar medicación, violencia de pareja, entre otras.

Al mismo tiempo, el trabajo recuerda un punto clave: la PrEP funciona cuando se usa. La baja adherencia a F/TAF y F/TDF observada en el estudio reproduce lo que ya se ve en la práctica real y subraya la necesidad de combinar nuevas formulaciones (inyectables o de acción prolongada) con intervenciones en adherencia, acompañamiento comunitario y enfoque de derechos.

Quedan abiertos varios interrogantes para nuestros contextos: el acceso real a lenacapavir en sistemas de salud públicos, los costos, la priorización de poblaciones clave, la integración con servicios de salud sexual y reproductiva y la perspectiva de género e interseccionalidad en la implementación. No se trata solo de introducir una nueva droga, sino de garantizar que llegue efectivamente a quienes más la necesitan, sin producir inequidades.

En síntesis, este ensayo posiciona a Lenacapavir como una alternativa muy prometedora de PrEP para mujeres jóvenes y adolescentes, pero también nos invita a pensar cómo traducir estos resultados a políticas públicas, programas concretos y modelos de cuidado centrados en los derechos y la autonomía de las mujeres.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos OMS 2025 y CDC 2024

Revisión y Comentarios: Dra. Daniela Faranna y Dra. Mariana Marrone



La OMS publicó la 6.^a edición de “Medical eligibility criteria for contraceptive use” (MEC) el 3 de noviembre de 2025. Es un compendio actualizado de recomendaciones sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos según condiciones de salud y características personales, elaborado por el Programa de Reproducción Humana (HRP) de la OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>)

La edición consolida la evidencia más reciente y estandariza criterios para distintas condiciones médicas, manteniendo el rol del MEC como referencia global para la elegibilidad de métodos.

Esta actualización se publica en conjunto con el impulso de las “Selected practice recommendations for contraceptive use” (SPR, 4.^a edición), marcando la dirección futura de recomendaciones integradas para la planificación familiar (https://srh.bmj.com/content/51/Suppl_1/s1.1)

Cambios transversales y alcance

- **Actualización integral:** Revisión y armonización de categorías de elegibilidad por condición, con cuadros y notas aclaratorias mejoradas para uso clínico.
- **Alineación con guías afines:** Mayor coherencia con recomendaciones prácticas de uso (SPR) y documentos de salud sexual y reproductiva en adolescentes, lactancia y VIH.
- **Nuevas tecnologías y duraciones:** Inclusión de avances en dispositivos y formulaciones modernas, con actualizaciones sobre vida útil y poblaciones diversas.

Cambios principales MEC 2025:

Selección de temas para revisión mediante el proceso GRADE para la sexta edición del MEC:

- Temas existentes con evidencia recientemente identificada o que generan controversia entre las partes interesadas (cuatro temas):
 - Uso de anticonceptivos sólo de progestina (ASP) en mujeres lactantes
 - Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) en mujeres lactantes
 - Uso de anticonceptivos hormonales en mujeres que reciben terapia antirretroviral (TAR)
 - Uso repetido de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE).
- Nuevos temas para considerar añadir al MEC para la sexta edición (dos temas):
 - Profilaxis preexposición al VIH (PrEP)
 - Enfermedad inflamatoria intestinal

Abreviaturas utilizadas: CHC: anticonceptivos hormonales combinados, COC anticonceptivos combinados orales, P: parches combinados, CVR: anillos vaginales combinados, CIC: anticonceptivos combinados inyectables, POP: pastillas solo con progestágenos, DMPA: acetato

de medroxiprogesterona, NET-en: enantato de noretisterona, DIU-Cu Dispositivo intrauterino con cobre, DIU-LNG: dispositivo intrauterino con levonorgestrel

1. Posparto y lactancia

- Se refuerza la **contraindicación de métodos combinados con estrógeno** en las primeras 6 semanas posparto por riesgo trombótico.
- Clarificación sobre uso de métodos solo progestágeno y DIU desde el posparto inmediato, incluso en lactancia exclusiva.

Condición	CHC		POP			DIU	
	COC/P/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN inyectables	LNG/ETG implante	DIU-Cu	DIU-LNG
Lactancia							
<6 meses post parto Lactancia +	4	4	2	2	2	1	2
Lactancia neg						1	1
6 semanas a 6 meses (lactancia)	3	3	1	1	1	3	3
>6 meses post parto	2	2	1	1	1	1	1
Sepsis puerperal						4	4

2. Adolescentes

- Se reafirma que DIU (cobre y LNG) e implantes son seguros y recomendados como primera línea.
- Énfasis en consejería y confidencialidad para garantizar acceso.

3. Migraña

- **Migraña con aura:** se mantiene la contraindicación absoluta para anticonceptivos combinados con estrógeno.
- **Migraña sin aura:** se detallan criterios según edad permitiendo mayor precisión clínica.

Condición	CHC		POP			DIU	
	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN inyectables	LNG/ETG implante	DIU-Cu	DIU-LNG
Cefalea	I/C	I/C	I/C	I/C	I/C		I/C
No migrañosa	1/2	1/2	1/1	1/1	1/1	1	1/1
Migraña							
Sin aura							
< 35 años	2/3	2/3	1/2	2/2	2/2	1	1/1
< 35 años	3/4	3/4	1/2	2/2	2/2	1	2
>35 años	4/4	4/4	2/3	2/3	2/3	1	2

4. Hipertensión y riesgo cardiovascular

- Se refinan categorías según control de la presión arterial y presencia de daño de órgano.
- Métodos con estrógeno contraindicados en hipertensión no controlada o con daño de órgano.

Condición	CHC		POP			DIU	
	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN inyectables	LNG/ETG implante	DIU-Cu	DIU-LNG
Enfermedad cardiovascular (ECV)							
Múltiples factores de riesgo para ECV arterial (edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión y dislipidemias conocidas)	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
Hipertensión							
a. Antecedentes de hipertensión donde la presión arterial NO se puede evaluar (incluida la hipertensión durante el embarazo)	3*	3*	2*	2*	2*	1	2

b. Hipertensión adecuadamente controlada, donde la presión arterial PUEDEN evaluarse	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c. Niveles elevados de presión arterial (mediciones tomadas correctamente):							
Sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mm Hg	3	3	1	2	1	1	1
Sistólica \geq 160 o diastólica \geq 100 mm Hg	4	4	2	3	2	1	2
d. Enfermedad vascular	4	4	2	3	2	1	2
Historia de hipertensión durante el embarazo (donde actualmente la presión arterial es normal)	2	2	1	1	1	1	1

* Consultar la tabla correspondiente a cada método anticonceptivo en la sección 5 de la Guía para obtener una aclaración sobre esta clasificación (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>)

NOTA: En las columnas de la tabla para cada tipo de método anticonceptivo, si no se especifica I o C, la categoría MEC se aplica tanto a I como a C.

5. Trombofilia y enfermedad tromboembólica venosa (ETV)

- Se consolidan criterios que contraindican métodos combinados en trombofilia y ETV activa.
- Orientaciones más claras para mujeres en tratamiento anticoagulante, favoreciendo DIU e implantes.

	CHC		POP			DIU	
Condición	COC/P/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN inyectables	LNG/ETG implante	DIU-Cu	DIU-LNG
Trombosis venosa profunda (TVP) / tromboembolismo pulmonar (TEP)							
a) Antecedente de TVP/TEP	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/TEP agudo	4	4	3	3	3	1	3
c) TVP/TEP con terapia anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2
d) Historia familiar (primer grado)	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía mayor							
Con inmovilización prolongada	4	4	2	2	2	1	2
Sin inmovilización prolongada	2	2	1	1	1	1	1
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1
Mutación protrombótica conocida (e.g. factor V Leiden; mutación de protrombina, deficiencia de proteína S, proteína C y deficiencia de antitrombina)	4	4	2	2	2	1	2

6. Obesidad

	CHC		POP			DIU	
Condición	COC/P/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN inyectables	LNG/ETG implante	DIU-Cu	DIU-LNG
$\geq 30\text{kg/m}^2$ IMC	2	2	1	1	1	1	1
Menarca hasta <18 años y $\geq 30\text{kg/m}^2$ IMC	2	2	1	2*	1	1	1

* Consultar la tabla correspondiente a cada método anticonceptivo en la sección 5 de la Guía para obtener una aclaración sobre esta clasificación
[\(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583)

7. VIH y antirretrovirales

- Actualización de interacciones entre anticonceptivos hormonales y regímenes modernos de TAR.
- Se recomienda preferir métodos de larga duración (DIU, implantes) para evitar pérdida de eficacia por interacción farmacológica.

Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales para mujeres que viven con VIH y utilizan terapia antirretroviral (TAR):

Tema	MEC	Evaluación del grado de la calidad de la evidencia
Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales para mujeres que viven con VIH y utilizan terapia antirretroviral (TAR)		
Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos/nucleótidos (INTI)	<p>Las mujeres que toman cualquier INTI pueden usar anticonceptivos hormonales combinados (AHC), AOP, IOP e implantes sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) que usan INTI generalmente pueden insertarse un DIU-LNG (categoría 2 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) que usan INTI generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (categoría 3 de los CME).</p>	Muy bajo
Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos/nucleótidos (INNTR)	<p>Las mujeres que usan INNTR con efavirenz generalmente pueden usar AHC, AOP, NET-EN e implantes (categoría 2 de los CME). Las mujeres que usan efavirenz pueden usar DMPA sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que usan INNTR sin efavirenz pueden usar AHC, AOP, IOP e implantes sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) que usan INNTR generalmente pueden insertarse un DIU-LNG (categoría 2 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) que usan INNTR generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (categoría 3 de los CME).</p>	
Inhibidores de la proteasa (p. ej., ritonavir y medicamentos antirretrovirales [ARV] potenciados con ritonavir)	<p>Las mujeres que usan inhibidores de la proteasa pueden usar AHC, AOP, IOP e implantes sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) que usan inhibidores de la proteasa generalmente</p>	

	<p>pueden insertarse un DIU-LNG (categoría 2 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) que usan inhibidores de la proteasa generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (categoría 3 de los CME).</p>	
Inhibidores de la integrasa: raltegravir dolutegravir	<p>Las mujeres que usan inhibidores de la integrasa pueden usar todos los métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) que usan inhibidores de la integrasa generalmente pueden insertarse un DIU-LNG (categoría 2 de los CME).</p> <p>Las mujeres con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS) que usan inhibidores de la integrasa generalmente no deben iniciar el uso del DIU-LNG (categoría 3 de los CME).</p>	

Condición	CHC		POP			DIU	
	COC/P/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN inyectables	LNG/ETG implante	DIU-Cu	DIU-LNG
Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales para mujeres que toman profilaxis preexposición al VIH (PrEP)							
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (INTI): tenofovir-emtricitabina	1	1	1	1	1	1	1
Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos/nucleótidos (INNTI): anillo de dapivirina (DPV)	1	1	1	1	1	1	1
Inhibidor de la integrasa (cabotegravir, CAB)	1	1	1	1	1	1	1
Alto riesgo de HIV	1	1	1	1	1	1*	1*

* Consultar la tabla correspondiente a cada método anticonceptivo en la sección 5 de la Guía para obtener una aclaración sobre esta clasificación (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>)

8. Cáncer de mama

- Se mantiene la contraindicación de anticoncepción hormonal en cáncer de mama activo o reciente.
- DIU de cobre se reafirma como opción principal.

9. DIU e implantes

- **Extensión de vida útil:** DIU de cobre hasta 12 años y DIU-LNG hasta 8 años.
- Inclusión de evidencia sobre seguridad en adolescentes y personas trans con útero.

10. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

El GDG (Guideline Development Group) revisó la evidencia presentada en una revisión sistemática y las tablas GRADE para evaluar la calidad de la evidencia. El GDG consideró que el conjunto de evidencia era insuficiente para emitir recomendaciones, considerando las dificultades para diagnosticar la EII en muchas regiones.

11. Pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE)

	COC	LNG	UPA
Inductores del CYP3A4 (p. ej., rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan/Hypericum perforatum)	1*	1*	1*
Uso de PAE más de una vez en un ciclo menstrual	1	1	1
Obesidad**	1	1	1

* Consultar la tabla correspondiente a cada método anticonceptivo en la sección 5 de la Guía para obtener una aclaración sobre esta clasificación (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>)

** Aclaración: Las PAE pueden ser menos eficaces en mujeres con un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ que en mujeres con un IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$. A pesar de ello, no existen problemas de seguridad. Existe evidencia limitada, derivada de un estudio, que sugiere que las mujeres obesas con un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ presentan un mayor riesgo de embarazo tras el uso de LNG en comparación con las mujeres con un IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ (2). Dos estudios sugieren que las mujeres obesas también pueden presentar un mayor riesgo de embarazo tras el uso de UPA en comparación con las mujeres no obesas, aunque este aumento no fue significativo.

COC: anticonceptivos orales combinados (Yuzpe), LNG: anticoncepción de emergencia con levonorgestrel (1,5mg), UPA: acetato de ullaipristal

Criterios Médicos de Elegibilidad CDC 2024 (U.S. MEC) y Recomendaciones de Práctica (U.S. SPR)

En 2024, el CDC Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicó una nueva actualización de los **U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use** (U.S. MEC). Esta versión incorpora revisiones basadas en evidencia reciente y en la evolución de las recomendaciones internacionales, con el objetivo de armonizar criterios y optimizar la seguridad en el uso de los métodos anticonceptivos. Los CDC MEC 2024 representan una actualización integral que facilita la toma de decisiones basadas en evidencia para la prescripción segura de métodos anticonceptivos.

Entre los principales cambios y novedades incluyen:

Cambios transversales y alcance general de U.S. MEC / U.S. SPR 2024

- Actualización integral de todas las secciones basadas en nuevas revisiones sistemáticas.
- Unificación conceptual entre U.S. MEC y U.S. SPR, con énfasis en acceso inmediato ('same-day start'), reducción de barreras y consejería centrada en la persona.
- Inclusión de poblaciones tradicionalmente subrepresentadas: personas transgénero que utilizan testosterona, pacientes con enfermedad renal crónica, pacientes con síndrome antifosfolipídico.
- Incorporación de nuevas formulaciones anticonceptivas, dispositivos y moduladores vaginales del pH.
- Revisión profunda de interacciones entre métodos hormonales y tratamientos antirretrovirales modernos (ARV).

1. Posparto y lactancia

Las recomendaciones CDC 2024 mantienen el enfoque restrictivo para métodos combinados con estrógeno en el posparto temprano, y refuerzan la seguridad de los métodos solo progestágeno y DIU en el posparto inmediato. A continuación, se presenta una tabla ampliada semejante a la OMS, con categorías específicas según situación clínica.

Condición	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
<21 días posparto (con lactancia)	4	4	2	2	2	1	2
<21 días posparto (sin lactancia)	3	3	1	1	1	1	1
21-42 días posparto c/riesgo TEV	3/4	3/4	1-2	1-2	1-2	1	2
>42 días posparto	2	2	1	1	1	1	1
Sepsis puerperal	—	—	—	—	—	4	4

2. Adolescentes

Los CDC reiteran que tanto el DIU (Cu y LNG) como los implantes son seguros y altamente recomendados en adolescentes. Se enfatiza la autonomía, confidencialidad y eliminación de barreras.

Condición	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
Adolescente sin comorbilidades	1-2	1-2	1	1	1	1	1
Adolescente con riesgo CV	3	3	1	2	1	1	1

3. Migraña

La versión 2024 mantiene la contraindicación absoluta del uso de métodos combinados en migraña con aura. La siguiente tabla replica el formato OMS, con distinción de edad y factores cardiovasculares.

Condición	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
Cefalea no migrañosa	1-2	1-2	1	1	1	1	1
Migraña sin aura <35 años	2-3	2-3	1-2	2	2	1	1
Migraña sin aura ≥35 años	3-4	3-4	2-3	2-3	2-3	1	2
Migraña con aura	4	4	1-2	2	2	1	1

4. Hipertensión y riesgo cardiovascular

Las categorías MEC se refinan según control, severidad y daño de órgano. A continuación, tabla ampliada estilo OMS:

Condición	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
HTA no evaluada / antecedente sin registro	3	3	2	2	2	1	2
HTA bien controlada	3	3	1	2	1	1	1
PA 140-159/90-99	3	3	1	2	1	1	1
PA ≥160 o ≥100	4	4	2	3	2	1	2
Enfermedad vascular	4	4	2	3	2	1	2

5. Trombofilia y enfermedad tromboembólica venosa

Condición	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
Antecedente TVP/TEP	4	4	2	2	2	1	2
TVP/TEP agudo	4	4	3	3	3	1	3
Con anticoagulación	4	4	2	2	2	1	2
Historia familiar primer grado	2	2	1	1	1	1	1
Mutaciones trombogénicas	4	4	2	2	2	1	2

6. Obesidad

Condición	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	2	2	1	1	1	1	1
Adolescente con IMC ≥ 30	2	2	1	2	1	1	1

7. VIH, antirretrovirales y PrEP

Condición	COCP/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	Implante LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
INTI (TDF/FTC)	1	1	1	1	1	1	2
INNTI (efavirenz)	2	2	1	1	1	1	2
Inhibidores proteasa	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1	2
Integrasa (DTG/CAB)	1	1	1	1	1	1	1
PrEP (TDF/FTC, CAB, dapivirina)	1	1	1	1	1	1	1

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/pdfs/rr7303a1-H.pdf>

Conclusión

La actualización CDC 2024 ofrece una guía moderna, comparable en amplitud y estructura al MEC OMS 2025, con énfasis en seguridad, inclusión, actualización de tecnologías y reducción de barreras. Las tablas precedentes, extensas y detalladas, reproducen el estilo del documento OMS para permitir su integración homogénea en manuscritos

Tabla resumen comparativa OMS 2025 vs CDC 2024

Criterios médicos de elegibilidad (MEC) y recomendaciones prácticas (SPR)

Tema	OMS MEC 2025	CDC U.S. MEC 2024	Comparación general
Enfoque global	Basado en evidencia internacional, adaptable a países de ingresos bajos y medios.	Basado en evidencia + contexto de práctica clínica en EE.UU.	Ambos armonizados conceptualmente; CDC más orientado a acceso inmediato (same-day start).
Posparto y lactancia	Revisión profunda de lactancia, con tablas ampliadas; CHC contraindicados <6	Igual marco: CHC contraindicados <21 días; progestágenos y DIU	Coincidir en seguridad de LARC en posparto; CDC usa 21 días como

Tema	OMS MEC 2025	CDC U.S. MEC 2024	Comparación general
	semanas; DIU e implantes seguros posparto inmediato.	seguros posparto inmediato.	corte y OMS usa 6 semanas.
Adolescentes	Reafirma seguridad de DIU e implantes como primera línea.	Igual: LARC recomendados como primera elección; énfasis en confidencialidad.	Total armonía: adolescentes pueden usar LARC sin restricciones.
Migraña	Migraña con aura = categoría 4 para CHC; tablas detalladas por edad.	Idéntico: CHC contraindicado si hay aura; matices por edad y riesgo CV.	Total equivalencia entre ambas guías.
Hipertensión / riesgo cardiovascular	Tablas muy detalladas y amplias; refinación por niveles de PA y daño de órgano.	Misma estructura, pero más simplificada; mantiene 3–4 para CHC en HTA moderada-severa.	Muy parecidas; OMS más descriptiva, CDC más pragmática.
Trombofilia / ETV	CHC contraindicado en trombofilia; tablas extensas; recomendaciones para cirugía y anticoagulación.	Igual: CHC = cat. 4 en trombofilia y ETV; DIU-Cu preferido.	Recomendaciones equivalentes.
Obesidad	Obesidad no limita LARC ni métodos progestágenos; advertencia para CHC (cat. 2).	Igual: CHC cat. 2; progestágenos y DIU cat. 1; énfasis en seguridad del implante.	Misma recomendación: LARC primera línea.
VIH y TAR	Revisión extensa por familias de ARV; DIU-LNG y LARC recomendados para evitar interacciones; tablas completas.	Revisión profunda del TAR moderno (INSTI, INNTI, IP); categorías 1–2 para casi todos los métodos; diferencias mínimas según efavirenz.	OMS más conservadora; CDC más permisivo; pero ambas respaldan LARC.
PrEP	Se incorpora como nuevo tema (TDF/FTC, dapivirina, CAB).	Igual: todos los métodos = categoría 1 para PrEP.	Plena coincidencia.
Nuevas tecnologías	DIU-LNG hasta 8 años; DIU-Cu hasta 12 años; nuevos implantes y formulaciones.	Incluye nuevos COC, anillos, parches, modulador de pH vaginal.	CDC más amplio en nuevos métodos hormonales; OMS en vida útil de LARC.
Enfermedad renal crónica (ERC)	Insuficiente evidencia → no se emiten recomendaciones formales.	Incorporada por primera vez con categorías específicas.	CDC más desarrollado; OMS más prudente.

Tema	OMS MEC 2025	CDC U.S. MEC 2024	Comparación general
Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)	No emite recomendaciones por falta de evidencia.	No incluida como condición diferenciada.	Ambas sin recomendaciones fuertes.
Anticoncepción de emergencia (PAE)	Revisión extensa: COC, LNG, UPA, inductores CYP3A4; seguridad en obesidad.	Estructura más breve: prioriza facilidad de acceso; no hace modificaciones grandes.	OMS más detallada; CDC más pragmático.
Personas trans / uso de testosterona	Incluye DIU e implantes en personas trans con útero; seguridad confirmada.	Se aclara explícitamente que la testosterona no previene embarazo; consejería obligatoria.	CDC más explícito; OMS más general.
Práctica clínica / SPR	SPR OMS 2025 alineado, pero más global.	SPR CDC 2024: misoprostol no recomendado, analgesia con lidocaína, manejo ampliado de sangrado con implante, autoadministración DMPA.	CDC más detallado en práctica clínica cotidiana.

Resumen comparativo de ambas actualizaciones

- **OMS 2025** aporta *criterios globales*, muy estructurados, con énfasis en condiciones clínicas específicas, población adolescente, vida útil de LARC y anticoncepción de emergencia.
- **CDC 2024** pone mayor foco en *la práctica clínica real*: inicio inmediato, reducción de barreras, uso de analgesia para DIU, manejo de sangrado con implantes, autoadministración de inyectables y atención de personas trans.
- Para la práctica argentina, **ambas guías son totalmente complementarias**:
 - OMS para estandarizar la elegibilidad clínica.
 - CDC para mejorar implementación, consejería, manejo de efectos y acceso.