

ISSN 2796-9509

Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina
de Anticoncepción**

Volumen 19, N°1 (2023)

Autoridades

Comisión Directiva AMAdA 2022 – 2023:

Presidente:

Dra. Lía Arribas

Vicepresidente:

Dra. María Elisa Moltoni

Secretaria:

Dra. Lorena Bozza

Tesorera:

Dra. Mónica Heredia

Vocales Titulares:

- Dra. Marisa Labovsky
- Dra. María Susana Moggia
- Dra. María Laura Lovisolo
- Dra. Mariela Orti
- Dra. Ma. de los Angeles Capresi
- Dra. Claudia Diez Beltrán
- Dra. María Eugenia Escobar
- Dra. María Daniela Faranna
- Dra. Mariana Marrone
- Dra. Patricia Riopedre

Comisión Revisora de cuentas:

Titular: Dra. María Alejandra Martínez

Suplente: Dra. Alicia Lázaro

Comisión Científica:

- 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
- Lic. Hilda Santos
- Lic. Ana Tropp

Vocal Suplentes: Dra. Elina Coccio

Revista AMAdA - Comité Editorial

Coordinadora:

Dra. María Elisa Moltoni

Directoras:

Dra. Daniela Faranna
Dra. Mariana Marrone

Revisoras:

Dra. Susana Moggia
Dra. Silvina Pradier

Comité Editorial Internacional:

Dra. Isabel Ramirez Polo
Dr. Pio Ivan Gomez
Dr. Luis Bahamondes
Dra. Teresa Bomba
Dr. David Escobar

Comité Editorial Nacional:

Dra. Silvia Bonsergent
Dra. Carlota Lopez Kaufmann
Dra. Gabriela Kosoy
Dra. Silvia Oizerovich

Colaboradoras de Revista Comité, Página Web y Redes Sociales:

Dra. Elina Coccio
Dra. Gisela Ponce
Dra. Fabiana Taul
Dra. Lucila Othatz

Dra. Rocío Glasman
Dra. Milagros Gandara
Dra. Lucía Santana
Dra. Alejandra Boixadera

Índice

Volumen 19, N°1 (2023)

Editorial

Página 4 Dra. Lía Arribas

Trabajos Originales

Página 6 Resultados de la implementación de la estrategia anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO) en el servicio de obstetricia de un hospital público efector de la coordinación de salud sexual, SIDA, e ITS de CABA.
Salesi, F; Lago Cuentas, C; Del Campo, M; Manzan, A; Fabiano, P.

Página 13 Motivos de discontinuación del implante subdérmico en dos centros del Hospital Santojanni
Quattrucci, Cecilia, Israeloff, Natalia Sabrina, Menestrina, Marisa Claudia, Barbieri, Natalia

Revisión

Página 27 Anticoncepción y Veganismo
Elina Coccio

Página 38 ¿Cómo es la actividad ovárica durante la toma de un anticonceptivo de gestágeno solo?
Rocío Glassmann, Silvia Ciarmatori

Comentarios Bibliográficos

Página 43 Uso racional de antibióticos en el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, 16vo Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva, 2022
Traducción: Faranna Daniela.

Página 47 De la anticoncepción a la antigestación
Hognert H, Kopp Kallner H, Cameron S, Nyrelli C, Jawad I, Heller R, Aronsson A, Lindh I, Benson L, Gemzell-Danielsson K.
Traducción y comentarios: Faranna Daniela

Editorial

Dra. Lía Arribas
Presidente de AMAdA
2022-2023



Bienvenidxs a este nuevo número de la Revista de AMAdA! Nos es muy grato presentarles en esta ocasión una amplia gama de temas no solo en anticoncepción sino también en relación con la salud sexual y la salud reproductiva.

El 17 de abril de 2023 se sancionó en Argentina la Ley 27.680 de prevención y control de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) que crea el el Plan Nacional de Acción para la Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos y las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud con el objetivo de, entre otros, promover el uso apropiado de los antimicrobianos para minimizar su utilización innecesaria sin comprometer la salud humana y animal y a tal fin se cambia la condición de expendio de todas las especialidades medicinales cuyo ingrediente farmacéutico activo tenga actividad antimicrobiana sistémica a la de “venta bajo receta archivada”.

Según la OMS la resistencia a los antibióticos es hoy una de las mayores amenazas para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo. La RAM puede afectar a cualquier persona, sea cual sea su edad o el país en el que viva, prolonga las estancias hospitalarias, incrementa los costos médicos y aumenta la mortalidad. Cada vez es mayor el número de infecciones, por ejemplo, neumonía, tuberculosis, gonorrea y salmonelosis, cuyo tratamiento se vuelve más difícil debido a la pérdida de eficacia de los antibióticos.

El CDC estima que en los consultorios médicos y las salas de emergencia se recetan cada año aproximadamente 47 millones de tratamientos con antibióticos para infecciones que no los necesitan como los resfriados y la influenza. Esto representa aproximadamente el 30 % de todos los antibióticos que se recetan en estos entornos.

Desde AMAdA celebramos la concreción de una ley tan importante para la salud pública de nuestro país y nos proponemos colaborar con actividades de difusión y capacitación.

A tal fin presentamos en comentarios bibliográficos el “Uso racional de antibióticos en el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual”, resumen de las conferencias del 16º Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva del 2022.

Otro de los conceptos importantes en materia de salud pública es la prevención de los embarazos no planificados con la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico (AIPEO). Durante el periodo postparto, muchas mujeres no saben que corren riesgo de embarazo, lo cual puede ocurrir incluso en la semana 4-6 después del parto. Cuando el espaciamiento entre los embarazos es muy corto (menos de 24 meses entre el nacimiento y el embarazo subsiguiente), se incrementa el riesgo de resultados perinatales adversos. La planificación familiar postparto, AIPEO, salva la vida de mujeres al ayudarles a posponer o limitar sus embarazos y como tal tiene el potencial de disminuir drásticamente la tasa de mortalidad y morbilidad materna e infantil.

Se presenta en este número una excelente recopilación de los resultados de la implementación de la estrategia AIPEO en el Servicio de obstetricia de un hospital público efector de la Coordinación de salud sexual, SIDA e ITS de CABA.

Los anticonceptivos orales combinados siguen siendo unos de los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres en edad reproductiva, desde la adolescencia hasta la perimenopausia en donde tienen una importante función de “transición” entre la anticoncepción y la terapia hormonal.

La mayoría de las mujeres jóvenes y sanas no presentan contraindicaciones para su uso pero hay un grupo de mujeres en las cuales los preparados con estrógenos no están permitidos como en las fumadoras, hipertensas o en aquellas con diagnóstico de migraña con aura. Para este grupo contamos con la posibilidad de utilizar anticonceptivos orales sólo con gestágeno como el desogestrel o la drospirenona de 4 mg con eficacia similar a los combinados. El principal objetivo del estudio que se comenta en este número es investigar y comparar la actividad anovulatoria de ambas drogas.

Completan este número una actualización en veganismo que debemos tener en cuenta en la consulta por anticoncepción, la evaluación de la discontinuación del uso del implante subdérmico en una población de hospital público de CABA y el resumen de una conferencia sobre la mifepristona de la Dra. Kristina Gemzell denominada “de la anticoncepción a la contragestación”.

Por último, nos es grato anunciar nuestro XII Congreso Internacional AMAdA 2023 que se realizará los días 2, 3 y 4 de agosto del corriente año en la Academia Nacional de Medicina de CABA con invitados nacionales e internacionales de alto nivel científico. ¡Lxs esperamos!

Resultados de la implementación de la estrategia anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO) en el servicio de obstetricia de un hospital público efector de la coordinación de salud sexual, SIDA, e ITS de CABA

Autores: Salesi, F; Lago Cuentas, C; Del Campo, M; Manzan, A; Fabiano, P.
Servicio de Obstetricia. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
Mail de contacto: florenciasalesi@gmail.com



Resumen

Introducción: La Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO) es el acceso al método anticonceptivo elegido antes del alta hospitalaria (48hs) luego de un evento obstétrico. El objetivo es la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos para evitar consecuencias negativas para la salud de la persona gestante y sus hijos.

Objetivo: determinar la efectividad de la estrategia AIPEO en nuestra Institución. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo de tipo observacional, de corte transversal descriptivo. El relevamiento de datos se realizó a través del sistema informático perinatal (SIP).

Resultados: el total de personas gestantes (PG) que ingresaron por un evento obstétrico fue de 6633. Al momento del alta hospitalaria egresaron con un método anticonceptivo 6104 (92%). De estos 122 (2%) optaron por método hormonal combinado y por anticonceptivo oral de lactancia 1099 (18%). Se colocó el implante anticonceptivo subdérmico a 794 (12%), dispositivo intrauterino de cobre (DIU) insertado post parto e intra cesárea 1160 (19%), inyectable mensual 792 (13%), eligieron método de barrera 1404 (24%), ligadura tubaria 733 (12%).

Conclusiones: la cobertura de anticoncepción post evento obstétrico es alta (92%). El 32% optó por un método anticonceptivo (MAC) reversibles de larga duración. (LARC).

Palabras Clave: Anticoncepción, evento obstétrico, Métodos Anticonceptivos de larga duración (LARC), Asesoramiento en MAC

Introducción

La anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO) es una estrategia para promover y optimizar el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) luego de un parto, cesárea o aborto (1). Este tipo de intervenciones resultan altamente beneficiosas para reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal. Su objetivo es la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos para evitar consecuencias negativas para la salud de la persona gestante y sus hijos. Los períodos intergenésicos menores de 12 meses aumentan el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y de niños pequeños para la edad gestacional. Asimismo, aumenta el riesgo de diabetes gestacional e hipertensión en el embarazo; y el riesgo de mortalidad infantil es más alto (2).

En todo el mundo, 9 de cada 10 mujeres quieren evitar el embarazo los primeros 2 años después de haber tenido un parto, pero 1 de cada 7 no usa ningún método anticonceptivo (3). En Argentina, el 59.3 % de los embarazos son no intencionales y de estos el 72.2 % de las mujeres no utilizaba ningún método anticonceptivo (MAC) (4).

La internación, tanto post parto como post aborto, es una oportunidad privilegiada para realizar intervenciones de cuidado, que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil y al cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Este contacto de la mujer con el servicio de salud puede ser una oportunidad única de ofrecer un método anticonceptivo. Dentro de estas acciones, son fundamentales la asesoría o consejería en salud sexual y salud reproductiva en el momento de la internación y durante el control prenatal (5), (6). En el servicio de obstetricia del Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich (HGACA) se implementa la estrategia AIPEO desde el año 2018 en tres oportunidades claves del proceso de atención: control prenatal, trabajo de parto y consejería en sala de internación (tanto en personas púerperas como post aborto). El objetivo de este trabajo es conocer el porcentaje de usuarias del HGACA que accedió a MAC posterior a un evento obstétrico, describir la distribución de los diferentes MAC elegidos y conocer el porcentaje de usuarias que accedieron a métodos anticonceptivos reversibles de larga duración: Diu e implante subdérmico (LARC)

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de tipo observacional, de corte transversal.

Se incluyeron todas las personas gestantes (PG) que fueron atendidas en el Servicio de obstetricia del Hospital Argerich por un evento obstétrico: parto vaginal, cesárea abdominal y aborto entre los meses de marzo de 2018 y marzo de 2022.

Los datos sobre el MAC al egreso hospitalario se obtuvieron del Sistema Informático Perinatal (SIP).

Para el análisis de las variables se utilizaron medidas de frecuencia (%) y números absolutos.

Se efectuó asesoramiento personalizado durante el control prenatal con información clara y precisa sobre MAC con énfasis en los métodos anticonceptivos de larga duración reversibles e irreversibles (LARCS) (ligadura tubaria intra cesárea incluida) y sobre los riesgos del periodo intergenésico corto y del embarazo no planificado. Se informó sobre: eficacia anticonceptiva, duración del efecto anticonceptivo, ventajas y desventajas de cada MAC. Con esta información la PG pudo elegir un MAC post evento que se registró en la HC pre natal y en un formulario impreso de "Elección anticipada" especificando el método anticonceptivo elegido. Ver ANEXO 1. El asesoramiento fue efectuado por médicos obstetras y licenciadas obstétricas de la planta permanente. Asimismo, se efectuó asesoramiento durante el trabajo de parto y en la sala de internación por licenciadas en obstetricia y médicos residentes de tocoginecología en forma personalizada a todas las PG internadas post evento: púerperas de parto vaginal, cesárea y post aborto. Dentro de este grupo se incluyó a las PG que accedieron a una IVE o ILE (interrupción voluntaria y legal del embarazo) en internación y ambulatorias.

Los MAC ofrecidos, colocados y entregados al egreso fueron los distribuidos por la Coordinación de Salud Sexual SIDA e ITS del GCBA y se enumeran a continuación: Anticonceptivos orales (ACO) combinados, ACO solo progestágeno, anticonceptivos inyectables (ACI) mensual, ACI trimestral, DIU de cobre, implante anticonceptivo subdérmico.

A todas las personas gestantes se les entregó preservativos y se brindó asesoramiento sobre su empleo y sobre la función de prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS).

A las personas que consultaron para solicitar un IVE/ ILE, se asesoró sobre MAC post procedimiento y en la consulta posterior se entregó o colocó el MAC elegido.

Resultados

En el periodo comprendido entre marzo de 2018 y marzo de 2022 ingresaron al Servicio de obstetricia un total de 6633 PG por un evento obstétrico: 5753 (87%) por parto y cesárea y 880 (13%) por aborto (Ver tabla N° 1).

Total de eventos	N = 6633
Partos y cesáreas	5753 (87%)
Abortos	880 (13%)

Tabla N°: 1 Tipo de eventos

Al momento del alta hospitalaria 6104 (92%) egreso con un método anticonceptivo entregado o colocado (MAC sí), 331 (5%) no opto por ningún método anticonceptivo (MAC no) y 198 (3%) no contamos dato. (Ver gráfico N° 1)

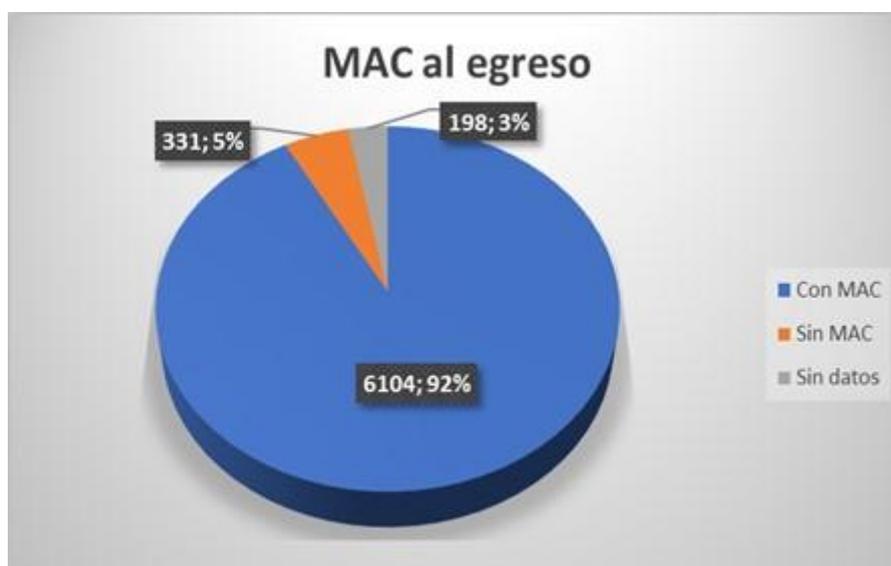


Gráfico N° 1: Método anticonceptivo al egreso

De acuerdo al tipo de MAC al momento del egreso hospitalario 122 (2%) optaron por método hormonal combinado y 1099 (18%) por anticonceptivo oral de lactancia. Se realizó inserción de implante subdérmico a 794 (12 %), Inserción de Diu de cobre 1160 (19%), 792 (13%) optaron por el inyectable mensual, eligieron método de barrera 1404 (24%) y 733 (12%) con ligadura tubaria (gráfico N°2).

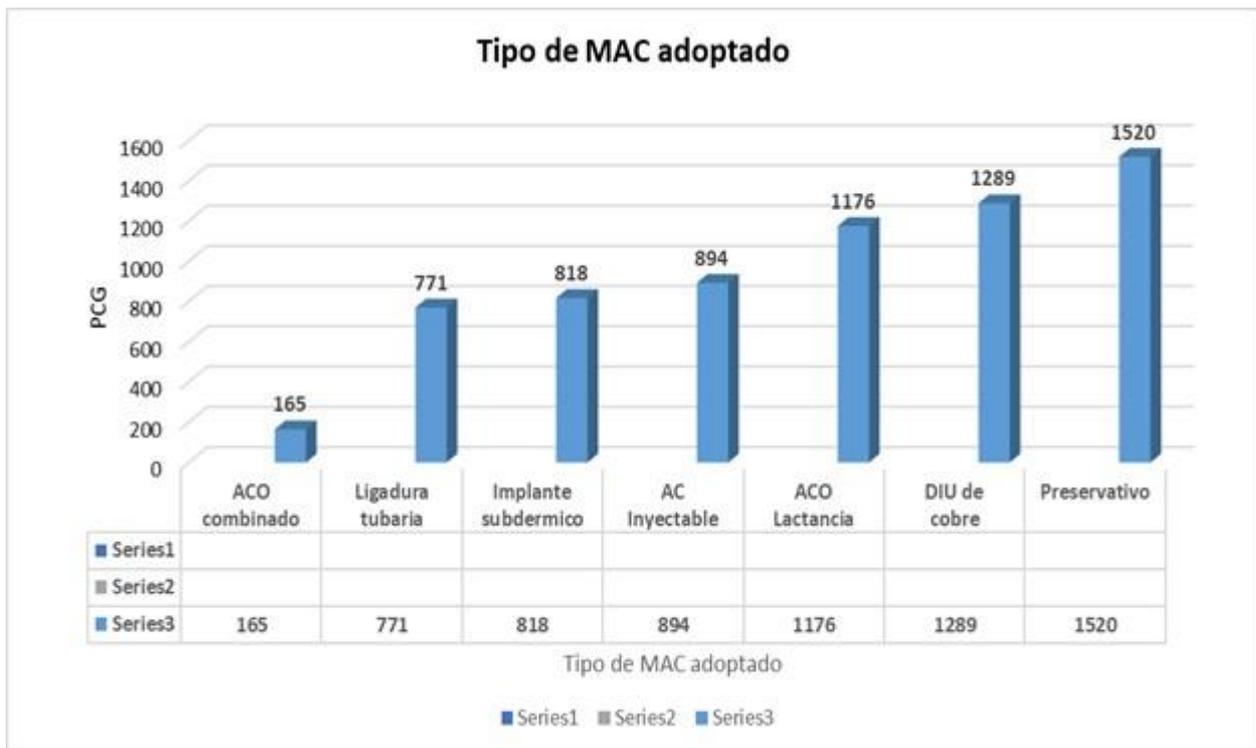


Gráfico N°2: Tipo de método

Con respecto a la elección del MAC de acuerdo a la duración del efecto anticonceptivo, 1954 (32%) optaron por un LARC y 2013 (33%) por un método anticonceptivo de corta duración (SARC). (Gráfico N°3.)

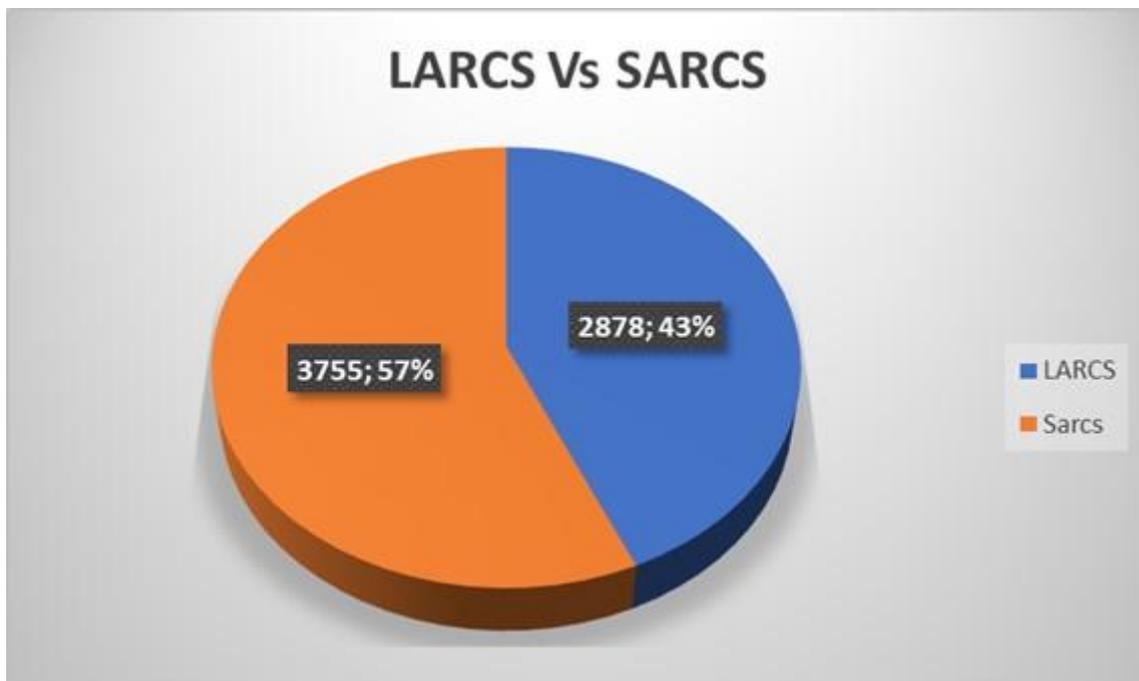


Gráfico N° 3: LARC vs SARC

En lo que respecta a los ingresos hospitalarios por abortos: 304 (34.5%) fueron espontáneos y 576 (65 %) IVE/ILE (ver Gráfico N° 4).



Gráfico N°4: Aborto espontaneo/ IVE-ILE

En la situación de post aborto, de un total de los casos de IVE/ILE el 65% de las PG accedió a un MAC posterior al evento y 35% no accedió o no concurrió a la consulta de control posterior al procedimiento (ver Gráfico N° 5)



Gráfico N°5: IVE-ILE y acceso a MAC

Discusión

Es fundamental destacar el rol de la Coordinación de Salud sexual VIH e ITS del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), como responsable de la distribución gratuita de MAC, que garantiza la entrega y colocación, sin demoras, y sin restricción de insumos. Esto produce un gran

impacto en las actividades de AIPEO de los Hospitales Polivalentes del GCBA que cuentan con servicios de obstetricia. En 2017, el trabajo Estrategia AIPEO en el Hospital Álvarez perteneciente al GCABA, informó una cobertura del 99% de PG que accedieron a MAC Post evento (7) y en 2019 el Hospital Penna, publica un trabajo similar en el cual se logró una cobertura de MAC al egreso hospitalario del 74.5 % (8). En nuestra experiencia, el 92% de nuestra población egresó del Hospital con un método anticonceptivo.

El objetivo de la estrategia AIPEO es lograr una alta cobertura en MAC de larga duración y alta eficacia: un tercio de las PG (32%) egresó con un LARC, porcentaje similar al 36% de cobertura del Hospital Álvarez. Como efectores del programa de SSyR este resultado merece reflexionar acerca de reforzar la información sobre los beneficios de este tipo de métodos anticonceptivos (larga duración, alta eficacia, alta adherencia) (9).

Con respecto al acceso a MAC post IVE/ILE, solo el 65% optó por un MAC posterior al evento, lo cual indica que es necesario insistir en la consejería/asesoramiento en MAC, en el momento de la consulta inicial para remarcar la importancia de asistir al control posterior al procedimiento evitando así la repetición de un embarazo no planificado. Destacamos además la información sobre el empleo y uso de preservativo como el único método que previene ITS. Si bien el 24% optó por este MAC, se entregó este insumo en forma sistemática a todas las PG post evento con entrega de anticoncepción de emergencia (AHE).

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, la estrategia AIPEO, demostró ser altamente efectiva ya que se logró una cobertura de población con MAC superior al 90 %, y un tercio de las PG optó por un LARC. Por lo que resulta indispensable continuar con la estrategia capacitando a todo el equipo de profesionales (médicos/as y Licenciadas en obstetricia), en el asesoramiento y conocimiento de MAC, remarcando los beneficios y ventajas de los LARC para evitar un intervalo intergenésico breve y un embarazo no planificado.

Bibliografía

1. Guía AIPEO .Anticoncepción inmediata post evento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud 2021

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Guia_AIPEO_Anticoncepcion%20inmediata_pos_evento_obstetrico.pdf

2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Guía práctica para profesionales de la salud.2019 <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>

3. Guidance on the provision of contraception by maternity services after childbirth during the COVID-19 pandemic .Febrero 2021

<https://www.fsrh.org/documents/fsrh-rcog-rcm-guidance-postnatal-contraception-covid/>

4. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). (2018). Estadísticas vitales. Información básica. Secretaría de Acceso a la Salud. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/>

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Acceso. Temas de salud. Anticoncepción. 2021. Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1
6. Organización Mundial de la salud (OMS). Estrategias para la programación de la Planificación Familiar postparto.2014. Capítulo 1. Pag.2.
7. Copello Liñán, F., Diego, G., Dimilito, M.V., Messina, A., Moran, S., Orrigo, A.B. Estrategia AIPEO en el Hospital Álvarez. Un modelo de calidad de atención en el hospital público.Revista AMAdA. 2019. 15 (1) 4-12.
8. Biroccio,, N., Castro, I., Dugo, R., Gómez Chaín, E., González, A., Monzón, P. Pes J. Elección de métodos anticonceptivos en el puerperio. Revista AMAda. 2019 . 15 (2) 16-20. Volumen 15, N°1 (2019)
9. Parks C, Peipert JF. Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). Am J Obstet Gynecol. 2016 Jun;214(6):681-8. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.017. Epub 2016 Feb 12. PMID: 26875950; PMCID: PMC4884485.

Motivos de discontinuación del implante subdérmico en dos centros del Hospital Santojanni

Autores: Quattrucci, Cecilia¹, Israeloff, Natalia Sabrina², Menestrina, Marisa Claudia³, Barbieri, Natalia³

¹Lic. en Sociología. Especialista en Evaluación de Políticas Públicas, FSOC/UBA - DGDlyDP Ministerio de Salud CABA,

²Prof. en Antropología, Cesac N°7 A.P. Hospital Santojanni,

³Médica, Especialista en Medicina General y Familiar, Cesac N°7 A.P. Hospital Santojanni

Mail de contacto: ceciliaquattrucci@gmail.com



Resumen

Objetivos: El implante subdérmico (IS) es un método anticonceptivo hormonal de larga duración relativamente novedoso para la Argentina. Desde su implementación en la Ciudad de Buenos Aires su uso ha ido en crecimiento, especialmente en la zona sur, pero también se observa una importante demanda para su discontinuación. En este estudio se buscó conocer y analizar los principales motivos de extracción anticipada y no renovación del IS, en relación con las expectativas iniciales de las usuarias, la información recibida en las consejerías y la modalidad de acceso al IS.

Métodos: Se utilizó una estrategia metodológica mixta, cuali-cuantitativa. Para el análisis cuantitativo, se recurrió a datos secundarios. Los datos cualitativos se relevaron a través de entrevistas en profundidad a mujeres que discontinuaron el implante en dos centros de salud del Área Programática (AP) del Hospital Santojanni entre mayo y noviembre de 2020.

Resultados: De una muestra de 24 mujeres entrevistadas, los principales motivos de discontinuación fueron las variaciones en el sangrado, los cambios en el peso y el dolor de cabeza.

Conclusión: Si bien se halló una variedad de efectos secundarios recurrentes en el uso del IS, la mayoría de las mujeres dijo estar satisfecha o muy satisfecha con el método.

Palabras clave: implante subdérmico, discontinuación, consejerías, salud sexual.

Abstract

Objectives: The subdermal implant is a relatively new long-term hormonal contraceptive method in Argentina. Since its implementation in the City of Buenos Aires, its use has been growing, especially in the southern zone. However, there is also a significant demand for its discontinuation. This study sought to know and analyze the main reasons for early withdrawal and non-renewal of the ENG-IMP, in relation to the initial expectations of the users, the information received in the counseling and the modality of access to the ENG-IMP.

Methods: A qualitative-quantitative mixed methodological strategy was used. For quantitative analysis, secondary data was used. The qualitative data were collected through in-depth

interviews with women who discontinued the implant in two PC health centers of Santojanni Hospital between May and November 2020.

Results: from a 24 interviewed women sample, the main reasons for discontinuation were variations in bleeding, changes in weight, and headache.

Conclusion: Although a variety of recurring side effects were found in the use of the ENG-IMP SI most women said they were satisfied or very satisfied with this contraceptive method.

Key words: subdermic contraceptive implant, discontinuation, counseling, sexual health.

Introducción

El implante subdérmico (IS) es un método anticonceptivo hormonal de larga duración que requiere ser colocado y retirado por un profesional entrenado. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, además del espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides. Su efectividad se extiende por tres años y su acción es reversible, destacando entre sus características que su eficacia no depende del uso perfecto por parte de la usuaria¹.

Actualmente el IS forma parte de la estrategia de promoción de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs) de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS en Ciudad de Buenos Aires (en adelante la Coordinación) junto con el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y el DIU con levonorgestrel^{2,3}. Desde su implementación hasta la actualidad el uso del implante en la Ciudad de Buenos Aires ha ido en crecimiento. Considerando que los efectores del subsistema de salud localizados en el sur de la Ciudad son los principales destinatarios de los métodos anticonceptivos, los centros de salud del Hospital Santojanni actúan como puertas de acceso para la colocación de una gran cantidad de implantes. Al mismo tiempo, en los últimos años desde los equipos de salud se identificó una proporción de mujeres que, cumplidos los tres años solicitan la extracción y su no renovación, o manifiestan el deseo de extraerlo antes de los tres años. Esta tendencia se evidenció también en los registros internos en los que cada efector sistematiza la colocación y retiro de implantes, datos que funcionan tanto a modo de monitoreo de las prácticas como de rendición de cuentas de los insumos a la Coordinación.

Por su corta trayectoria aún son escasas las investigaciones que puedan dar cuenta de las características específicas que adquiere su implementación. En este sentido, si bien existen algunos estudios que las han abordado^{2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}, a nivel local no han sido estudiadas en profundidad las principales causas de extracción anticipada y no renovación del IS.

En relación al retiro anticipado, la mayoría de las investigaciones acuerdan en señalar las irregularidades en el patrón de sangrado como la principal causa, incluyendo dismenorrea, amenorrea y spotting^{4,5,6,7,8}. Sin embargo, algunos también mencionan el aumento de peso, la cefalea, el acné y, en menor medida, el dolor pélvico, los cambios de humor y el deseo de embarazo^{9,10}. Este retiro anticipado suele darse con más frecuencia durante el primer año y va disminuyendo a medida que pasa el tiempo de uso⁷.

En este marco, la investigación se planteó como objetivo principal relevar y analizar los principales motivos de discontinuación del implante subdérmico en relación con las expectativas depositadas en su elección, la información recibida por parte del equipo de salud y la modalidad de acceso al mismo en mujeres que se atendieron en los centros de salud N° 4 y 7 del Área Programática (AP) del Hospital Santojanni entre los meses de enero y agosto de 2020, con el propósito de mejorar la implementación del IS como método anticonceptivo de larga duración.

Métodos

Se utilizó una estrategia metodológica mixta, combinando métodos cualitativos y cuantitativos. Asimismo, se emplearon estrategias participativas, promoviendo, a través de talleres abiertos al equipo de salud, el involucramiento de los diferentes actores partícipes en la implementación de la política, especialmente los integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud. Esta estrategia resultó fundamental para presentar la relevancia del proyecto, compartir los resultados tanto preliminares como finales de la investigación, retomar los aportes de los equipos locales a la hora de interpretar los hallazgos y propiciar la apropiación de los productos de esta investigación en pos de mejorar las intervenciones en la materia.

Para el relevamiento de los datos cuantitativos, se recurrió a fuentes secundarias a través de los registros provistos por la Dirección General de Sistemas Informáticos del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De este modo se caracterizó a la población que discontinuó el IS en ambos centros de salud en el período establecido. Esta caracterización incluyó a todos los casos registrados en la historia clínica electrónica con motivo de consulta o evolución como “extracción de implante” y funcionó como marco general con el cual poner en relación algunos de los datos relevados para la muestra a la cual se entrevistó.

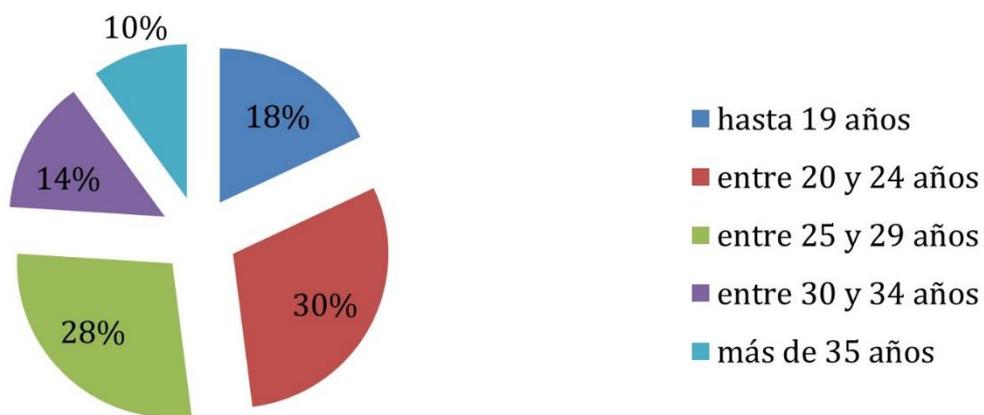
Los datos cualitativos, por su parte, se relevaron a través de entrevistas en profundidad a 24 mujeres que discontinuaron el IS. El criterio de inclusión fue haber decidido la extracción anticipada del IS -antes de transcurridos los tres años- o su no renovación una vez transcurridos los tres años de uso y haberse realizado la extracción entre los meses de mayo y noviembre de 2020 en los centros de salud N° 4 o 7. El muestreo fue por conveniencia, no probabilístico. El acceso a las entrevistadas fue a través de las profesionales que forman parte de la respuesta en salud sexual en ambos centros.

Luego de procesar y sistematizar los datos obtenidos de las entrevistas se construyeron cuatro momentos a partir de los cuales se organizó la información, dando cuenta de la trayectoria de las mujeres usuarias del implante desde el momento de la decisión de su colocación hasta la concreción de la extracción: las principales variables de análisis de las entrevistas fueron los motivos de discontinuación en el uso del IS, la información recibida en las consejerías de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), las expectativas frente a la elección del IS y los mecanismos de acceso a la colocación y a la extracción.

Resultados

A partir de los registros provistos por la Dirección General de Sistemas Informáticos, se identificaron 79 mujeres que discontinuaron el implante durante los meses comprendidos entre mayo y noviembre de 2020 en los dos Centros de Salud seleccionados. Las edades estuvieron comprendidas entre 15 y 43 años, con un promedio de 25,8 años (Gráfico N°1) y la mitad, aproximadamente, tenía 1 o 2 hijos (Gráfico N°2)

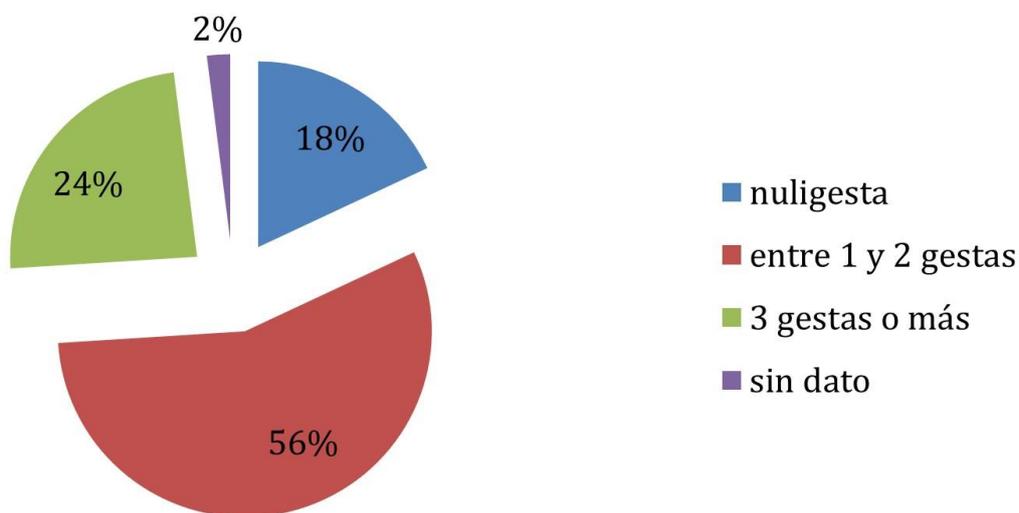
Distribución por edad de las mujeres con criterios de inclusión que accedieron a la extracción entre mayo y noviembre de 2020 (n=79)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SIGHEOS

Gráfico N°1

Distribución según gestas de las mujeres que accedieron a la extracción del IS



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SIGHEOS

Gráfico N°2

Solamente un 20% de las mujeres completaron el período de tres años recomendado por las Guías de Anticoncepción, el promedio de tiempo de uso fue de 22,4 meses. En el Gráfico N°3, se aprecia el descenso constante de las usuarias de implante a lo largo de los meses. Del total de mujeres (n=76) en las que figuraba el dato de tiempo de uso del MAC, la mitad de ellas (38

usuarias) ya se había retirado el implante al llegar al mes 23 y sólo el 20% (16 usuarias) cumplió o superó los 3 años.

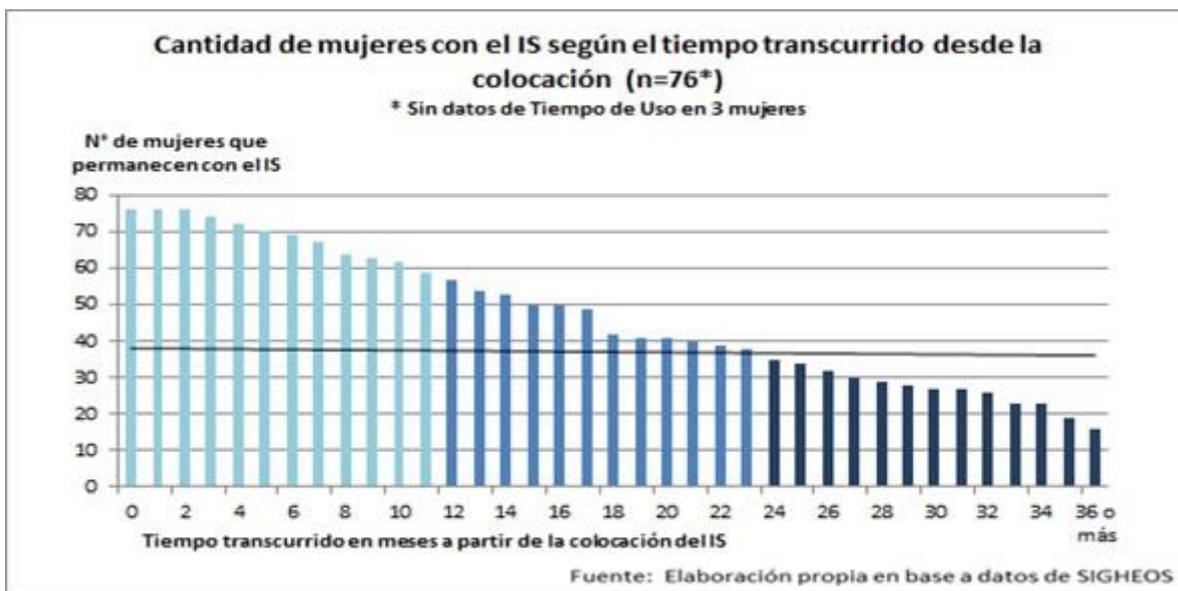


Gráfico N°3

Respecto al método anticonceptivo posterior se constató la elección de uno de corta duración en más del 90% (Gráfico N°4).

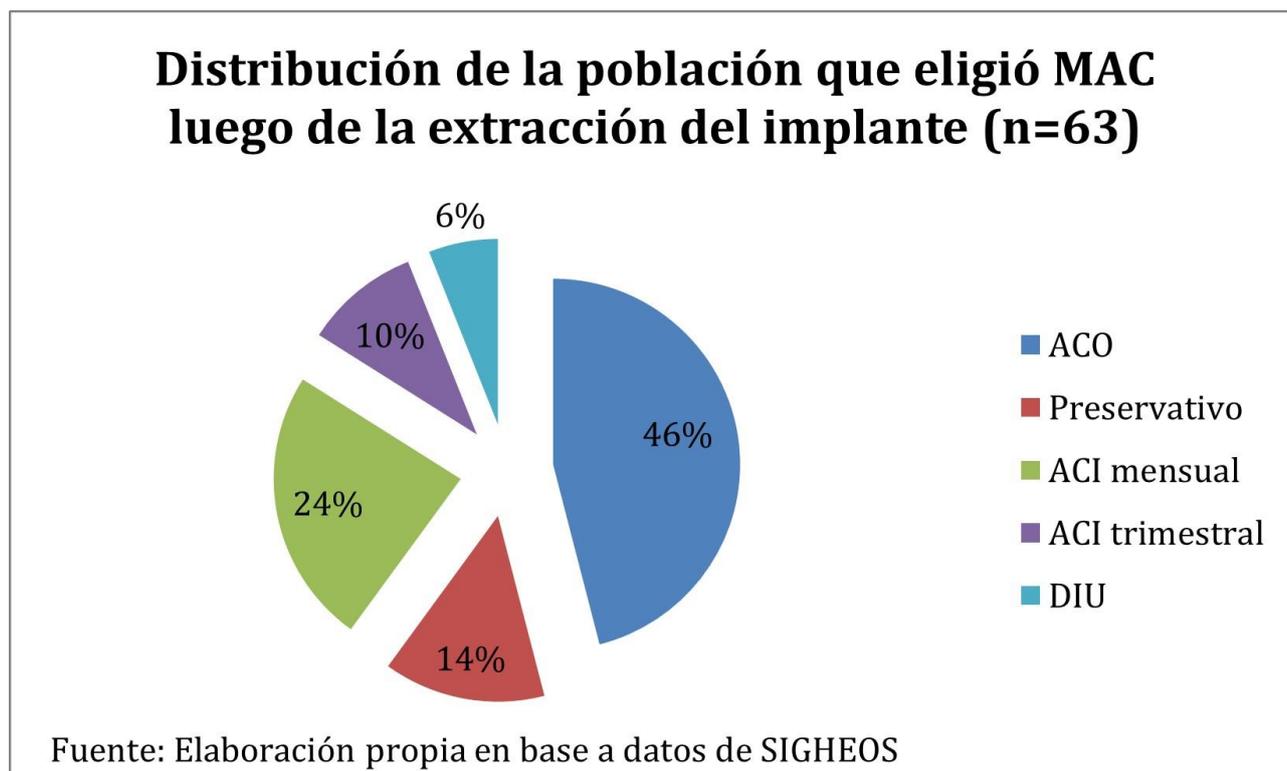
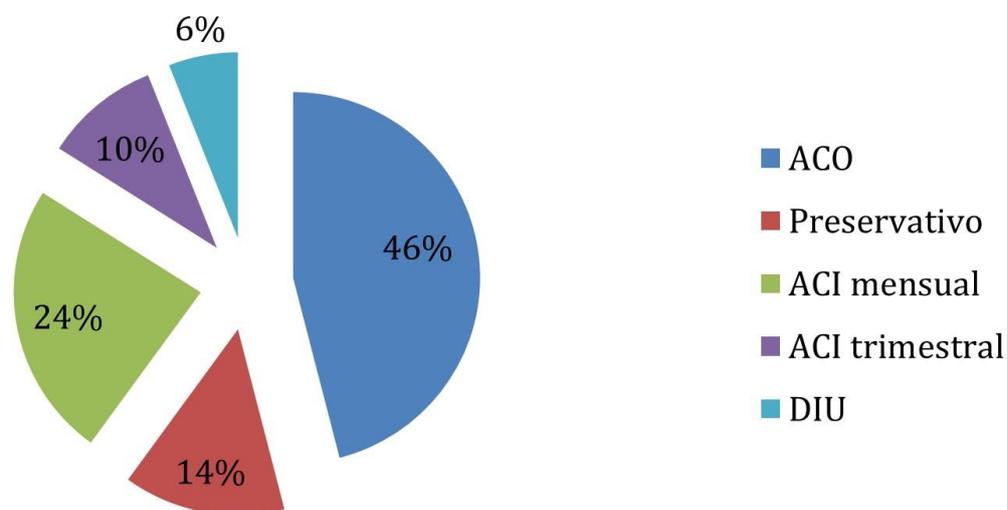


Gráfico N°4

Para la realización de las entrevistas en profundidad se trabajó con una muestra de 24 mujeres. La distribución por edad y por gestas de las entrevistadas fue muy similar a la observada en población total (Gráficos N° 5y 6).

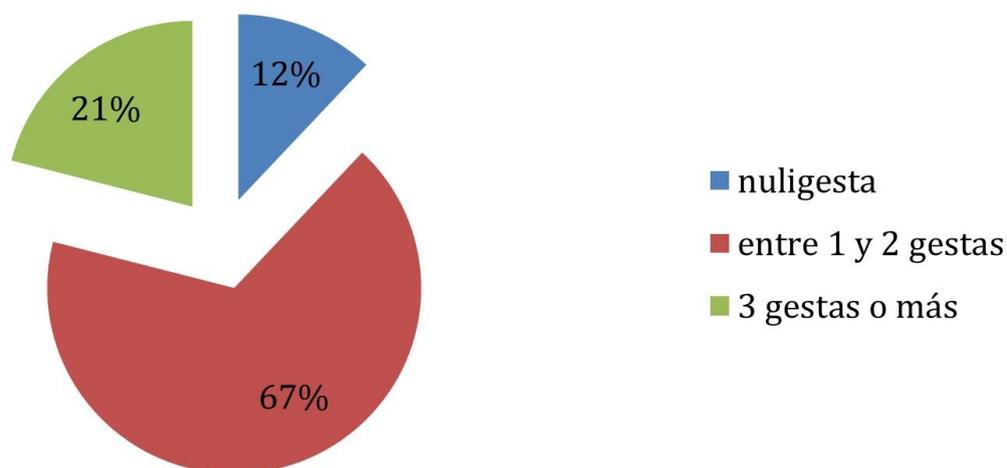
Distribución de la población que eligió MAC luego de la extracción del implante (n=63)



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Gráfico N° 5

Distribución según gestas de las usuarias de IS que accedieron a la entrevista (n=24)



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Gráfico N° 6

El tiempo de uso promedio del IS fue de 24,7 meses, un valor mínimo de 5 meses y uno máximo de 42 meses.

A partir del análisis cualitativo de las entrevistas, se construyeron 4 momentos en los que se organizaron los hallazgos. A continuación detallamos los resultados encontrados en cada

momento. Las categorías que aparecen en muchas situaciones no son excluyentes, es decir que, se ha mencionado más de una.

1º MOMENTO: Motivaciones, trayectorias previas y toma de decisión

Motivación inicial para el uso del IS	Nº de mujeres (n=24)
Seguridad en relación a la acción anticonceptiva del mismo	13
“Disminuye la carga mental” En los relatos aparece la no necesidad de estar pendiente del método, como “algo menos” frente a las múltiples “tareas de gestión, organización o responsabilidades que implica el trabajo de cuidados” ¹⁴	12
Larga duración	12
Dificultades asociadas a otros MAC (falta de acceso a la ligadura tubaria, falla de otros métodos, negativa de su pareja para el uso correcto de preservativo)	7

Acompañamiento en la toma de decisión	Nº de mujeres (n=24)
Redes de amistad y familiares tratándose exclusivamente de vínculos establecidos con otras mujeres, ya sea amigas, hermanas, primas, cuñadas, madres	19
Opinión de la pareja	9

Uso de MAC previos	Nº de mujeres (n=24)
Preservativo	22
Hormonal (ACI - ACO)	19
DIU	1
Implante subdérmico	0

Trayectorias gestacionales	Nº de mujeres (n=24)
Puerperio	10
Nuligesta	3
Embarazo previo no intencional	10

2º MOMENTO: Modalidad de acceso al implante subdérmico y consejerías

Acceso a colocación	Nº de mujeres (n=24)
Internación post parto	4
Turno programado	15
Lista de espera	3
Demanda espontánea	2

Asesoramiento sobre el IS	Nº de mujeres (n=24)
Consejería individual	19
Consulta médica	18
Consejería interdisciplinaria	5
Falta de información sobre anticoncepción durante el control prenatal	4

Información brindada en las consejerías		
Efectos clínicos	Cuestiones reproductivas	Temas NO abordados
Cambios en el peso Otros efectos secundarios (acné, dolor de cabeza)	Efectividad del método Duración de efecto	Efectos en la libido Afectación de las relaciones sexuales Esfera emocional

3º MOMENTO: Experiencia de uso

Efectos secundarios	Nº de mujeres (n=24)
Amenorrea	10
Metrorragias	8
Spotting	5
Problemas asociados a los cambios en el ciclo, como irritación, dolores, incomodidades y molestias	10
Irregularidades menstruales (alternancia de periodos de amenorrea con periodos de metrorragias, ciclos más cortos o sangrados más abundantes)	7
Aumento de peso	15
Dolor de cabeza	14
Cambios en la sexualidad (Disminución en el deseo sexual. Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en asociación con incomodidades para el encuentro sexual producidos por cambios en la menstruación (metrorragias) o cambios en el peso y sus consecuencias sobre la autoestima)	18
Cambios emocionales y en sus vínculos afectivos. Irritabilidad, desgano, ansiedad	19
Variados síntomas físicos combinados (Dolor de cabeza, sensación de embarazo, síntomas premenstruales, náuseas, mareos, vómitos, dolor abdominal, dolor persistente en el sitio de colocación, lesiones dermatológicas, debilidad, hinchazón)	24

Seguimiento	Nº de mujeres (n=24)
Consulta en algún efector de salud por malestares o por dudas	20
Demora en la consulta o no realización de la misma por aislamiento en pandemia	11
Normalización de los efectos adversos desde el equipo de salud	8
Prácticas vinculadas al autocuidado (realización de test de embarazo, consulta al entorno, automedicación)	

La totalidad de las mujeres entrevistadas manifestó malestares de algún tipo que implicaron la extracción anticipada o la no renovación del IS una vez transcurridos los 3 años. Aun así, al consultar sobre el grado de satisfacción de la experiencia, la mitad de ellas afirmó sentirse satisfecha o muy satisfecha con la experiencia de uso.

4º MOMENTO: Motivos de discontinuación y acceso a la extracción

Solamente nueve mujeres llegaron a cumplir los 36 meses de uso.

Motivaciones para la extracción	Nº de mujeres (n=24)
Vencimiento	3
Variaciones en el sangrado	14
Aumento de peso	7
Dolor de cabeza	5

Acceso a la extracción	Nº de mujeres (n=24)
Turno programado	21
Demanda espontánea	3

Obstáculos para acceder a la extracción
Exigencia del efector que se lo extraiga la misma institución que lo colocó
Pedido de estudios previos a la extracción
Altos costos del método
Negativa de extraerlo antes de que se cumpla el tiempo recomendado de uso
Aislamiento Social Preventivo Obligatorio
Temor al contagio de COVID

MAC elegido post extracción de IS	Nº de mujeres (n=24)
ACO	11
ACI (mensual 4 y trimestral 3)	7
Preservativo	2
DIU	2

Discusión

Se destacan dentro de los principales motivos de elección la seguridad que brinda el IS respecto del efecto anticonceptivo, la larga duración del método y la disminución de la carga mental para las mujeres que lo utilizan. En relación a este último motivo de elección, lo categorizamos de esa manera porque en los relatos aparece la cuestión de “no pensar” en el método, como una actividad menos frente a las múltiples “tareas de gestión, organización o responsabilidades que implica el trabajo de cuidados”¹⁴. El concepto de carga mental nos permite entonces comprender de manera más integral y compleja las tareas de cuidados, mostrando que existe una dimensión muchas veces “borrosa” referida a la actitud de estar disponibles, de estar atentas, de estar dispuestas que también es parte de ese trabajo doméstico y que ha sido especialmente invisibilizada como parte del mismo.

Para Alcocer, V.¹⁵ la carga mental no es reconocida socialmente y esto la vuelve más pesada aún, “la sociedad no la reconoce porque no valora ni remunera los cuidados domésticos, a pesar de ser un pilar fundamental de la economía. Históricamente, además, la gestión del hogar ha sido entendida como algo esencialmente femenino, que ellas hacen casi por instinto”. En este contexto subjetivo marcado por la división sexual del trabajo que el patriarcado organiza, el IS representa una “cosa menos” para estar atentas.

En relación con la información brindada en las consejerías, si bien en varias de las entrevistas se manifestaron cambios en el estado de ánimo, disminución del deseo sexual y de la frecuencia en las relaciones sexuales como efectos secundarios del IS, todas coinciden en no haber recibido información previa acerca de posibles efectos emocionales o en la sexualidad. Esta ausencia en la instancia de asesoramiento evidencia una forma de abordaje de la sexualidad femenina enfocada en la reproducción y en posibles manifestaciones clínicas, donde aspectos referidos a la salud mental o a la dimensión del placer no son considerados prioritarios. Cabe recordar aquí que la consejería en SSyR supone un abordaje integral del ejercicio de la sexualidad y el cuidado del cuerpo¹.

Con respecto a los efectos secundarios más referidos por las usuarias de IS, y que motivaron su discontinuación, aparecen en primer lugar las alteraciones en el patrón de sangrado, seguidas del aumento de peso; estos resultados coinciden con los antecedentes de investigaciones anteriormente citadas^{4,5,6,7,8,9,10}. Específicamente el estudio realizado en Argentina en la materia había identificado estos dos mismos efectos entre las causas más frecuentes para la solicitud del retiro del implante².

El carácter cualitativo de esta investigación permitió observar como la amenorrea, que en las consejerías se aborda muchas veces como un efecto positivo en relación a la comodidad de no sangrar y a la disminución del gasto económico, no es vivenciado de esta forma por muchas de las usuarias, ya que, según surge de las entrevistas, la menstruación se considera como un hecho natural y propio del ser mujer y como la constatación de la ausencia de embarazo.

Respecto al aumento de peso encontramos que en su enunciación aparece cargado de gran angustia, asociado tanto con el malestar anímico que produce la nueva imagen corporal, como la disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales producto de la incomodidad con el propio cuerpo. Si bien observamos aquí una concatenación de efectos secundarios anudados en las experiencias de las mujeres, es importante aclarar que los cambios emocionales y en la sexualidad aparecen no sólo asociados a otros, sino también percibidos por las mujeres como directamente vinculados al uso del implante subdérmico.

En particular, con respecto a los efectos sobre el deseo sexual, por un lado, su disminución está señalada en el prospecto del medicamento en cuestión como un efecto secundario esperable y algunas mujeres lo manifestaron de ese modo, como “falta de ganas” o “menos ganas que antes”. Por otra parte, también se encontraron relatos en donde la disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales no se asociaba a la ausencia de deseo (o no de manera exclusiva), sino a los cambios corporales y a las incomodidades producidas por el sangrado frecuente.

Acerca de la elección del método luego de la extracción es llamativo que tras haber elegido el IS por su duración prolongada en el tiempo y la comodidad de no tener que recordar la toma o la colocación periódica, la nueva elección se orienta mayormente a los anticonceptivos de corta duración. Podría pensarse si esta decisión no se ve influenciada por las dificultades enfrentadas durante el uso para alojar sus inquietudes y/o padecimientos y la imposibilidad de intervenir o discontinuar su uso por sus propios medios.

Por último, la alta satisfacción con el IS, aún frente a la ocurrencia de diversos efectos secundarios, es algo que ya se había observado en el estudio realizado en 2018 en varias provincias de la Argentina², donde los niveles de satisfacción, que en esa ocasión incluían tanto la comodidad como la confianza con el método, fueron evaluados, en una escala del 1 al 10, con un promedio nacional de 9.4 puntos. En nuestra investigación las entrevistadas expresaron una priorización del efecto anticonceptivo que incidió fuertemente en la ponderación de los efectos adversos que padecieron, lo que podría estar hablando de las dificultades para garantizar a través de otras estrategias esta misma posibilidad de decidir sobre la salud (no) reproductiva.

Referencias bibliográficas

1. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. 3.a edición. Documento de trabajo. [Internet]. Buenos Aires; 2018. [citado el 8 oct 2021]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/0000000588cnt-conserjeria-salud_sexual_rep.pdf
2. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de investigación. [Internet]. Buenos Aires; 2018. [citado el 12 oct 2021]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento214.pdf>
3. Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud CABA (2019). Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_en_ssy_r.ca_ba_2019_para_publicar.pdf
4. Aparicio Angarita, C. Composición, mecanismo de acción y efectos adversos de los implantes subdérmicos usados como método anticonceptivo: una revisión de la literatura. [Internet]. 2017 [citado: 2022, enero]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/643>
5. Dickerson LM, Diaz VA, Jordon J, Davis E, Chirina S, Goddard JA y cols. Satisfaction, early removal, and side effects associated with long-acting reversible contraception. Fam Med. 2013; 45 (10):701-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24347187/>
6. Pato Mosquera M, Varillas del Río C, Almazán Ortega R, Vilouta Romero M, Blanco Pérez S. Aceptación de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo. Fertilidad. 2008; 25 (6): 427-432. Disponible en: <http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Fertil-nov-dic08-TRABAJO%206.pdf>
7. Agrawal, A. y Robinon, C. An assessment of the first 3 years' use of Implanon® in Luton. J Fam Plann Reprod Health Care. 2005; 31(4): 310-312.
8. Pérez Parra, Z., Ortega Blanco, M., Ovies Carballo, G. y Pérez Vives, JL. Caracterización del uso del implante subdérmico Norplant. Rev Cubana Med Gen Integr. [internet] 2001. [consultado: 2022, enero]. 17(4): 344-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400006
9. Calixto Morales, D.P., Ospina Diaz, J.M. y Manrique Abril, F.G. Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja - Boyacá, Colombia. Rev Univ. salud. [internet] 2015. [consultado: 2022, enero] 17(2): 224-232. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000200008
10. Urbancsek, J. An integrated analysis of nonmenstrual adverse events with Implanon. Contraception. [internet]. 1998. [consultado: 2022, enero] 58(6 Suppl): 109-115. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10095981/>

11. Rall, P., Dejean, L., Lafranconi, M., Parera, C., y Crudo, D. Aceptabilidad del implante subdérmico y el perfil sociodemográfico de sus usuarias, durante el primer año de uso. Buenos Aires. Revista AMAdA. [internet]. 2018. [consultado: 2022, enero] 14(1). Disponible en: <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numero-actual/30-revista/revista-n2-2017/202-aceptabilidad-del-implante-subdermico-y-el-perfil-sociodemografico-de-sus-usuarias-durante-el-primer-ano-de-uso>
12. Messina, A & Teodori, C. 1º evaluación anual de la incorporación del implante anticonceptivo en usuarias de un efector del subsector público. XXIX Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia (FASGO), Tucumán. 2014. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Revista_vioelta_03.pdf
13. Mazur V, García V, Salceek L. Implantes hormonales, tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. Trabajo presentado en: XXVIII Congreso nacional de Medicina General; 2013 Nov 6-9; Potrero de los Funes, Argentina.
14. Carrasco C., Borderías C., Torns T. (eds). El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid: Los libros de la Catarata; 2011.
15. Alcocer, V. En Abundancia, R. (01 Mar.2019). Carga mental: la tarea invisible de las mujeres de la que nadie habla. Diario El País. Recuperado de: <https://smoda.elpais.com/feminismo/carga-mental-tarea-invisible-recae-sobre-las-mujeres/>

Anticoncepción y Veganismo

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



De acuerdo a la organización del Reino Unido “The Vegan Society,” el veganismo es *una filosofía y estilo de vida* que busca excluir, en la medida de lo posible y practicable, todas las formas de explotación y crueldad hacia los animales para alimento, vestimenta o cualquier otro propósito. Hay muchas maneras de adquirir el estilo de vida vegana ^{1,2}.

A su vez, esta organización promueve el desarrollo y el uso de alternativas libres de animales, en beneficio de los humanos, de los seres vivos y del medio ambiente ^{3,4,5}.

¿Cómo comenzó el veganismo?

El Veganismo fue definido como filosofía a principios de 1944 por The Vegan Society. Leslie J. Cross, vicepresidente de la Sociedad en ese momento, sugirió una primera definición de veganismo como “el principio de la emancipación de los animales de la explotación por el hombre”⁶. Las maneras de definir el veganismo fueron modificándose con el crecimiento de la Sociedad, por ejemplo, al intentar poner fin a la explotación de vida animal por parte del hombre para alimento, mercancías, trabajo, caza, vivisección y otro tipo de usos. El veganismo es definido como un *estilo de vida* como un *posicionamiento ético* y como una *ideología*. A quienes practican el veganismo se les llama veganos.

Sin embargo, existe evidencia histórica de personas que elegían el estilo de vida vegana desde hace 2000 años. En ese sentido, el matemático griego Pitágoras difundía el respeto hacia las distintas especies y seguía una dieta vegetariana ^{7,8,9,10,11,12}.

¿Cuántas dietas a base de plantas existen?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en su publicación *Las dietas basadas en plantas y su impacto en la salud, la sostenibilidad y el medio ambiente* (2021) una dieta donde predominen los alimentos de origen vegetal, bajos en sal, grasas saturadas y azúcares añadidos.

La OMS caracteriza seis estilos distintos de dieta a base de alimentos derivados de vegetales junto con un menor consumo o exclusión total de productos derivados de animal. Entre ellas, se encuentran:

- **Vegana:** Omite todos los productos animales, incluyendo carne, lácteos, pescado, huevos y miel.
- **Lacto-vegetariana:** Excluye carne, pescado, aves y huevos; incluye productos lácteos como leche, queso, yogur y manteca.
- **Lacto-ovo vegetariana:** Incluye huevos y lácteos, pero no carnes ni pescados.
- **Ovo-vegetariana:** Excluye carnes magras y blancas, mariscos y lácteos; permite huevos.
- **Pesca-vegetariana:** Incluye pescado, lácteos y huevos, pero no carne.

- **Semi-vegetariana:** Son principalmente vegetarianos, pero incluyen carnes magras y blancas, lácteos, huevos, y pescado en ocasiones o en pequeñas cantidades.

Con el auge de este tipo de alimentación, muchas veces no supervisado por especialistas en nutrición, aparecen déficit de vitaminas y minerales por disminución de la calidad nutricional de los alimentos, lo que implica una necesidad de suplementación ^{13,14,15,16,17,18}.

La [historia del veganismo](#) se mezcla con la del [vegetarianismo](#). Desde la [Antigüedad](#) ha habido personas que han renunciado al consumo de productos de origen animal pero el término «veganismo» es moderno: fue acuñado en 1944 por [Donald Watson](#) con el objetivo de diferenciarlo del [vegetarianismo](#), el cual rechaza el consumo de carne pero acepta el consumo de otros productos de origen animal, como leche, derivados lácteos y huevos. En la actualidad, el veganismo es un estilo de vida minoritario pero de rápido crecimiento ^{19,20}.

¿Qué pasa en Argentina?

La UVA (Unión Vegana Argentina) realizó la medición de la cantidad de población vegana y vegetariana dentro del territorio argentino. La misma se realizó en el mes de Julio 2020 por encargo de la UVA y fue realizada por la empresa KANTAR – INSIGHTS DIVISION.

El resultado que arrojó la medición de julio de 2020 fue sorprendente: el 12% de la población de Argentina es vegana o vegetariana. Esto marcó un aumento del 3% con respecto al año previo²¹.

Por lo tanto un 12% es vegano o vegetariano y otro 12% es flexitariano. Esto demuestra el aumento concreto de una población que decide cambiar de hábitos alimenticios y ha dejado de comer carne, mientras que otros han bajado mayormente su consumo.

Mediante la resolución conjunta 5/2022 publicada en el Boletín oficial, el Ministerio de Salud y la secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación elaboraron una nueva actualización del Código Alimentario Argentino (CAA) que busca consignar en los rótulos de los alimentos las leyendas “Producto o alimento vegano” y “Producto o alimento vegetariano”.

La normativa tiene por objeto promover la competitividad, la generación de valor agregado, la diferenciación y la calidad de los alimentos, así como brindar acceso a la información clara y veraz para toda la población.

Con esta actualización, los elaboradores e importadores que comercialicen este tipo de productos deberán acreditar previamente dicha condición ante la autoridad sanitaria competente, y aquellos alimentos que no cumplan con las condiciones necesarias quedarán impedidos de llevar el rotulado²².

Medicamentos y suplementos dietéticos

Los veganos éticos tratan de no utilizar ningún producto de origen animal y tratan de evitar aquellos probados en animales. También evitan ciertas vacunas como por ejemplo la vacuna contra la gripe, en cuyo proceso de fabricación se utilizan huevos de gallina^{23,24}.

La Sociedad Vegana reconoce que «no siempre es posible hacer una elección que evite el uso de animales». Un importante problema es el caso de los medicamentos, que son rutinariamente probados en animales para asegurar que son eficaces y seguros, y también pueden contener ingredientes animales, como la lactosa, la gelatina o los estearatos²⁵.

En USA para que los medicamentos sean aprobados, la [Administración de Alimentos y Medicamentos](#) de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) exige que el fabricante o patrocinador realice una serie de pasos que incluyen primero estudios en laboratorio y con animales, previos a los ensayos clínicos con humanos²⁶.

Puede no haber alternativas a la medicación prescrita por profesionales a pacientes veganos o que las alternativas veganas no tengan la misma eficacia y puedan provocar efectos adversos²⁷.

La experimentación con animales también se emplea desde hace muchas décadas para comprender las funciones básicas de los micronutrientes y la elaboración de suplementos dietéticos como los necesarios para evitar ciertas deficiencias en las personas que siguen dietas vegetarianas y calcular sus dosificaciones^{28,29,30}. Asimismo, la experimentación con animales de laboratorio se utiliza para evaluar la inocuidad de las vacunas, aditivos alimentarios, cosméticos, productos para el hogar, sustancias químicas en el lugar de trabajo y muchas otras sustancias³¹.

Excipientes no aptos para veganos

Los excipientes son sustancias que se encuentran en los medicamentos distintas de los principios activos. Algunos de estos derivan de fuentes animales, por ejemplo, los agentes de aglomeración, colorantes, conservantes u otros productos diseñados para facilitar la absorción o actuar como un propulsor para la inhalación.

La Vegan Society recomienda que se eviten los excipientes "en la medida de lo posible". Es más probable que los veganos tomen sus medicamentos si han tenido una conversación activa al respecto con su proveedor de atención. Sin embargo, puede ser necesario ponerse en contacto directamente con un fabricante ya que a veces cambian los excipientes. Los excipientes comunes derivados de animales incluyen:

- **Gelatina:** producida a partir de hueso de vaca y cerdo
- **Cochinilla:** tinte de insectos triturados
- **Lactosa:** producida a partir de leches de vaca
- **Lanolina:** producida a partir de lana de oveja.
- **Estearato de magnesio:** producido a partir de grasa de res.

Hay dos ingredientes inactivos que se encuentran comúnmente en los anticonceptivos hormonales y podrían considerarse problemáticos para los veganos: la lactosa y el estearato de magnesio.

La lactosa puede actuar como un relleno, un polvo diluyente o como un ácido en los medicamentos y el estearato de magnesio actúa como un lubricante durante el procesamiento de las tabletas y mejora la solubilidad de los medicamentos. La fuente y si son aptos estos ingredientes para veganos no está del todo claro ni de dónde y cómo se obtienen para su uso. Tradicionalmente la lactosa deriva de la leche de vaca a través de la extracción de cuajo bovino pero también se puede producir sintéticamente. De manera similar, el estearato de magnesio generalmente se extrae de la grasa de vacas, cerdos y ovejas. Sin embargo, ahora se puede producir a partir de materia vegetal. Aunque estos ingredientes se pueden encontrar en la etiqueta del medicamento, no se indica su fuente.

Autores del artículo publicado en The British Medical Journal, "¿Por *qué no todas las drogas pueden ser vegetarianas?*" mencionan que muchos pacientes evitan comer productos de origen animal por varias razones, pero ¿cuántos médicos consideran esto al recetar un medicamento?

Incluso si lo hacen, encuentran difícil determinar si los medicamentos cumplen con los requisitos dietéticos del paciente.

Los doctores Kate Tatham y Kinesh Patel, observaron que la diferenciación entre la lactosa vegetariana y la no vegetariana era pobre debido a que los materiales involucrados y el proceso de fabricación a menudo no estaban informados. Debido a esto, los autores señalan que sería importante la implementación de información clara y precisa en el etiquetado de los productos como una necesidad para comprender el contenido animal en los medicamentos ³².

Opciones anticonceptivas para veganos

Uno de los principales problemas para las mujeres veganas es que muchos tipos de anticonceptivos, incluidas todas las píldoras anticonceptivas disponibles en la actualidad, contienen lactosa. Esto puede ser aceptable para algunos veganos ya que los beneficios clínicos de tomar anticonceptivos orales pueden anular sus creencias personales. Sin embargo, algunos veganos no lo encontrarán aceptable y querrán una solución alternativa.

Al ayudar a una mujer vegana a elegir un método anticonceptivo, hay 3 cosas principales a considerar:

- ¿Qué anticonceptivos no contienen lactosa?
- ¿Qué excipientes hay en otras formas de anticoncepción?
- ¿Cuáles son las formas más naturales de anticoncepción?

Anticonceptivos sin lactosa:

- **Métodos de barrera:** condones masculinos y femeninos, capuchones y diafragmas
- **Dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre:** todos los dispositivos disponibles actualmente
- **Sistemas intrauterinos liberadores de progesterona** Anticonceptivos inyectables : Depo-Provera, Noristerat y Sayana Press ®
- **Parche anticonceptivo:** Evra ®
- **Implante subdérmico de progesterona:** Nexplanon
- **Anillo vaginal:** NuvaRing y SyreniRing ® ³³.

Excipientes en otras formas de anticoncepción

El látex contiene caseína que se deriva de los productos lácteos, por lo que serán preferibles los condones sin látex.

Se pueden conseguir diafragmas y capuchones sin látex. Cay y Milex ® son [diafragmas de silicona](#) recomendados. Una alternativa es el capuchón cervical (FemCap). Estos se pueden usar con un espermicida apto para veganos, como [Caya gel](#) ® , un espermicida vegano no tóxico.

Métodos anticonceptivos: ¿qué sabemos?

Métodos anticonceptivos hormonales

Los primeros intentos de los científicos de crear píldoras anticonceptivas se centraron en sintetizar progesterona a partir de compuestos vegetales. Sin embargo, este enfoque no logró

producir un medicamento oral efectivo. La progesterona deriva del colesterol, lo que la convierte en una molécula grasa que no ingresa fácilmente al torrente sanguíneo porque queda atrapada en los lípidos del intestino. Cuando los químicos sintetizan progestágenos, agregan grupos funcionales hidrófilos para permitir que las moléculas pasen a través de la pared intestinal y entren en el torrente sanguíneo.³⁴

Otras opciones hormonales incluyen el anillo vaginal o el [parche](#) transdérmico, que son métodos anticonceptivos combinados, lo que significa que incluyen estrógeno y progesterona sintéticos. Mientras tanto, la ampolla de medroxiprogesterona solo tiene progestina como ingrediente activo. Es difícil determinar cómo se producen las hormonas artificiales, pero el Centro Nacional de Información Biotecnológica informa que la progestina se [deriva del colesterol](#), una prohibición vegana si la fuente es un animal ³⁵.

Incluso si el control de la natalidad estuviera libre de productos de origen animal, es importante que los veganos sepan que todos los medicamentos recetados en los Estados Unidos se prueban en animales según lo exige la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Para muchos veganos, eso es suficiente para descartar todas las formas de control de la natalidad. Por el contrario, otros ven ser vegano como adoptar una mentalidad que hace el menor daño posible. En el caso del control de la natalidad, algunas mujeres confían en él por razones de salud, además de la anticoncepción, como garantizar que los períodos sean regulares y mantener el [flujo menstrual manejable](#)³⁶.

Métodos Anticonceptivos Intrauterinos

Hay diferentes dispositivos intrauterinos (DIU) disponibles. Son muy exitosos en la prevención del embarazo: más del 99 por ciento de efectividad. Dispositivos Intrauterinos liberadores de iones de cobre y sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel (SIU-LNG).

Los SIU-LNG contienen progestina sintética que podría derivarse de productos animales, mientras que los DIU de cobre no contienen productos animales lo que los convierte en los más aptos para veganos, aunque fueron utilizados en animales inicialmente antes de ser aprobado el uso en humanos ^{37,38,39,40}.

El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel utiliza la progestina asociada al dispositivo en forma de T, elaborado con polidimetisiloxano. Éste es un derivado de la silicona, la cual a su vez son derivados del silicio y que se obtiene de forma sintética. Se lo conoce también como PDMS, dimeticona, E900, E900a, INS900a, Polidimeticona y sería apto vegano ⁴¹.

Métodos Anticonceptivos de Barrera

Preservativos

La producción de condones involucra una proteína animal conocida como caseína, que se extrae de la leche de vaca o de cabra. La caseína se usa para ablandar el látex y hacer que los condones sean más cómodos de usar. La mayoría de los condones disponibles en el mercado normalmente están recubiertos con lubricantes para evitar la sequedad durante las relaciones sexuales. Estos lubricantes suelen estar hechos de cera de abeja o de una enzima llamada lactoperoxidasa, que se extrae de la leche animal, por lo que no son veganos.

Al entrar en la categoría de dispositivos médicos, los condones se prueban en animales en la mayoría de los países para obtener la certificación de seguridad.

Los preservativos veganos aprobados por la FDA y sometidos a tres pruebas electrónicas de seguridad son definitivamente de primera categoría. Los condones Buttercup están hechos con

látex vegano 100 % natural y no contienen parabenos, gluten, PEG, OMG, benzocaína ni nitrosaminas detectables. También están libres de colorantes, fragancias, productos químicos y espermicidas y están empacados en papel 100 por ciento reciclable. Los condones de látex natural Come Connected, envueltos en un empaque con botón de oro fácil de abrir, brindan lubricación adicional, una sensación apenas visible y un producto libre de gluten, parabenos, caseína o espermicida. También están aprobados por la FDA, probados electrónicamente para seguridad, son biodegradables y optimizados para la salud vaginal.

Los condones 100 % veganos usan látex natural y no contienen parabenos, nitrosaminas, caseína, glicerina ni sabores sintéticos. También están probados electrónicamente, autorizados por la FDA y aprobados por ginecólogos por lo que son seguros para su uso en el tracto ginecológico.

No son de fácil accesibilidad en USA como la mayoría de marcas veganas, pero los condones naturales van ganando mercado. Fabricados con caucho obtenido de forma sostenible de una plantación certificada por el Forest Stewardship Council y libres de nitrosamina y gluten, siendo mejores tanto para las personas como para el medio ambiente; además su seguridad se prueba electrónicamente y cuentan con la aprobación de la FDA, por lo que no es necesario para preocuparse por la rotura. Incluso puede obtenerlos en cuatro opciones de tamaño.

¿Hay alguna alternativa?

Sí, varias compañías han comenzado a vender condones veganos que están hechos de látex biodegradable que deriva naturalmente del árbol del caucho. Sin rastros de subproductos animales también son libres de crueldad y libres de químicos dañinos. Los lubricantes utilizados en los condones veganos son a base de agua y no contienen parabenos, lo que los hace aún más seguros de usar.

En India, una empresa con sede en Hyderabad, “Bleu”, afirma ser la primera marca de condones no tóxicos y veganos del país. Anuncia un placer saludable a la vez que es totalmente transparente sobre sus ingredientes. Estos condones para pene apto veganos afirman ser hipoalergénicos con la ausencia de productos químicos agresivos ⁴².

Diafragma

Con forma de cúpula el [diafragma](#) se coloca en la vagina antes de la relación sexual y se deja allí durante un mínimo de seis horas. En cuanto a los materiales es similar a los condones: la mayoría son de látex pero hay opciones aptas para veganos hechas de silicona. Un espermicida vegano hace que el diafragma sea más efectivo ^{42,43}.

Capuchón cervical.

Vendido bajo la marca FemCap el capuchón cervical es un objeto pequeño y reutilizable a base de silicona que cubre el cuello uterino y evita que los espermatozoides entren en el útero. Para obtener la máxima eficacia es necesario que se utilice un espermicida vegano.

Espermicidas

El ingrediente activo en la mayoría de los espermicidas es nonoxinol-9 y muchos espermicidas también contienen hormonas animales. El nonoxinol-9 se considera un ingrediente nocivo que puede causar irritación en los tejidos genitales sensibles.

Dieciocho de cada 100 personas que usan espermicida quedan embarazadas cada año, aun cuando siempre los usen correctamente. Además, es difícil no cometer ningún error al usar el

espermicida. De modo que en realidad, 21 de cada 100 personas que usan espermicida quedan embarazadas cada año. Esto quiere decir que tiene una efectividad del 79% para prevenir embarazos.

Una alternativa a estos espermicidas cargados de químicos es el *gel anticonceptivo* que no solo es vegano sino también mucho más seguro. Sin la presencia de Nonoxinol-9 es una alternativa vegana y totalmente no tóxica al espermicida. Está formulado de tal manera que no altera el nivel de pH vaginal. Cuando se combina con diafragmas es tan efectivo como otros espermicidas agresivos y se considera uno de los geles anticonceptivos más seguros. No están disponibles en Argentina.

El Gel anticonceptivo (Contragel) es un gel natural, compuesto por agua, ácido láctico, lactato sódico, celulosa, ácido sórbico, vanilina, de textura cremosa y certificado por la Comunidad Europea ⁴⁴.

Anticoncepción natural

Los métodos anticonceptivos naturales también se conocen como métodos de conocimiento de la fertilidad. Estos métodos son completamente vegano pero no son altamente eficaces. Al realizar un seguimiento regular del ciclo menstrual y evitar las relaciones sexuales durante el período de ovulación, se puede ayudar a prevenir el embarazo.

Otra forma natural es controlar la temperatura corporal basal usando un termómetro basal. Durante el período de ovulación, la temperatura basal del cuerpo tiende a aumentar y se deben evitar las relaciones sexuales durante ese tiempo.

Monitorear el moco cervical sobre la base de su color, espesor y calor es otra forma natural de realizar un seguimiento del ciclo de ovulación.

Estos métodos anticonceptivos naturales no solo son buenos para el medio ambiente, sino que también ayudan a las mujeres a comprender mejor su cuerpo.

La anticoncepción natural no es un método de alta eficacia anticonceptiva. Si una mujer tiene ciclos irregulares, estimar con precisión los días de ovulación puede ser complicado y, por lo tanto, se considera que solo tiene una efectividad del 75-80%. Además, estos métodos naturales solo previenen el embarazo, no las enfermedades de transmisión sexual ⁴⁵. Sin embargo, en 2018, la FDA autorizó el uso de la primera aplicación, *Natural Cycles*, como método anticonceptivo. La aplicación funciona con un algoritmo que elimina el trabajo manual asociado con la planificación familiar natural, lo que aumenta su eficacia. Natural Cycles tiene una efectividad del 93 % con el uso típico y del 98 % con un uso perfecto ⁴⁶.

La principal desventaja del método de conocimiento de la fertilidad es que requiere un seguimiento estricto, alta participación y dependencia de los usuarios.

Esterilización Permanente

Para las mujeres veganas que han decidido una anticoncepción permanente, la ligadura de trompas es una opción. Generalmente realizada por vía laparoscópica, la cirugía implica la sección y/o electrocoagulación bipolar de las trompas de Falopio. Una alternativa es que la pareja masculina se someta a una vasectomía, un procedimiento ambulatorio simple en el que se seccionan los conductos deferentes.

Como alternativa a la vasectomía, un copolímero de estireno y anhídrido maleico ofrece anticoncepción a largo plazo con seguridad, eficacia y se puede administrar mediante inyección

sin bisturí. La técnica no invasiva fue demostrada con éxito en monos langur y la reversión funcional lograda con dimetilsulfóxido (DMSO) y bicarbonato de sodio (NaHCO₃) en ratas y conejos. Si bien es una mejor alternativa a la vasectomía, tampoco es apto para veganos.

RISUG (*Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance*) por sus siglas en inglés, que significa inhibición reversible del esperma bajo guía ecográfica: su uso no es tan fácil ya que la inyección tiene que ser aplicada por un equipo profesional y con anestesia local. La aplicación es cerca de los genitales y el procedimiento dura aproximadamente 15 minutos. Su aplicación garantiza una efectividad de 13 años. Este método anticonceptivo sería una alternativa no permanente que suple a la vasectomía. No hay que olvidar que, como cualquier otro método, éste no previene enfermedades de transmisión sexual, por lo que debe usarse como complemento del preservativo ⁴⁷.

Hacer la elección adecuada

La decisión de anticoncepción puede ser difícil para [los veganos](#). Los derivados animales y las pruebas con animales ciertamente merecen una consideración seria. La decisión es de los pacientes y solo debemos hacer la asesoría en métodos anticonceptivos, composición, eficacia y ayudar a que elija sabiamente según sus valores.

La esterilización, irreversible tanto para hombres como para mujeres, es altamente efectiva con [tasas de falla](#) a 1 año de 0.5% para mujeres y 0.15% para hombres. Si la pareja femenina está considerando la esterilización, considere si sería mejor esterilizar a la pareja masculina, ya que la tasa de fracaso después de la vasectomía es mucho menor.

Incertidumbres potenciales en los anticonceptivos

Consideraciones del paciente

Si un paciente siente que su definición personal de veganismo implica evitar ingredientes como la lactosa en sus anticonceptivos hormonales, existen opciones anticonceptivas alternativas como condones (busque marcas que no sean de látex como Glyde y Sir Richard's), DIU, el parche Ortho Evra, anillos vaginales, el implante o la inyección de Depo-Provera. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las propias hormonas a menudo también derivan de animales. Además, todos los productos, incluso los elaborados sin ingredientes de origen animal, se prueban en animales antes de que puedan progresar a pruebas en humanos y llegar al mercado.

Entonces, ¿puede un paciente usar anticonceptivos y aun así ser considerado vegano? La Vegan Society recomienda evitar los medicamentos que contienen productos de origen animal pero también vuelve a enfatizar la parte "en la medida de lo posible y práctico" de su definición de lo que significa ser vegano. Dado que todos los anticonceptivos orales actualmente disponibles contienen lactosa, la mayoría estaría de acuerdo en que tomarlos cae dentro de esa categoría ya que no existe una forma práctica de que puedan ser completamente veganos. "A veces es posible que no tenga otra alternativa que tomar los medicamentos recetados. Cuidar de ti mismo y de otras personas te permite ser un defensor eficaz del veganismo", dice The Vegan Society ⁴⁸⁻⁴⁹.

Conclusión

La buena asistencia médica exige respetar la autonomía del paciente. Al tomar conocimiento de sus principios veganos, podemos ayudar a los pacientes a seguir su filosofía elegida y ayudarlos brindándoles los consejos correctos para su salud reproductiva y anticonceptiva.

Iniciar un diálogo con los pacientes sobre sus preferencias dietéticas y de estilo de vida puede ayudar a comprender qué métodos anticonceptivos se sienten más cómodos y seguros al usar y se adaptan a su filosofía de vida. Ser proactivo y tener estas conversaciones podría evitar que los pacientes suspendan o cambien los métodos anticonceptivos que no se identifiquen con su estilo de vida.

Bibliografía

- 1- **RAE-ASALE**. La actitud consistente en rechazar alimentos o artículos de consumo de origen animal.
- 2-Cross, Leslie *Veganism Defined*. The Vegetarian World Forum 5 (1). [Uxbridge, Reino Unido: International Vegetarian Union \(IVU\)](#). pp. 6-7.
- 3-Taylor, Nik. (2014). *The Rise of Critical Animal Studies : From the Margins to the Centre.*. Taylor and Francis. [ISBN 978-1-135-10087-2](#). [OCLC 877772185](#).
- 4- Steiner, Gary, 1956- (2013). *Animals and the limits of postmodernism*. Columbia University Press. [ISBN 978-0-231-52729-3](#). [OCLC 846496708](#).
- 5-Kaplan, David M., ed. (2019). *The Philosophy of Food*. University of California Press. pp. 169-189. [ISBN 978-0-520-95197-6](#). [doi:10.1525/9780520951976-011](#).
- 6- <http://www.ivu.org/history/world-forum/1951vegan.html>. *The Vegan Society*.
- 7-<https://www.who.int/es/news/item/12-01-2021-who-urges-governments-to-promote-healthy-food-in-public-facilit>.
- 8-[«En qué consiste realmente el veganismo y qué tiene que ver con el respeto por quien es diferente?»](#). *El País*. [ISSN 1134-6582](#). 2023.
- 9-Almirón, Nuria (2017). [«Veganos, mucho más que un estilo de vida»](#).
- 10-Rey, David (2018). [«Marxismo y Veganismo, una aportación al debate»](#).
- 11-Ramírez, Brandon (2018). [«Política y veganismo»](#).
- 12-Gámez, Esteban Galisteo (2014). [«El veganismo desde un punto de vista ético»](#).
- 13- Craig, Winston *The American Journal of Clinical Nutrition* 89 (5): 1627S-1633S. [PMID 19279075](#). [doi:10.3945/ajcn.2009.26736N](#).. «However, eliminating all animal products from the diet increases the risk of certain nutritional deficiencies
- 14- Rizzo G, Laganà AS, Rapisarda AM, La Ferrera GM, Buscema M, Rossetti P, Nigro A, Muscia V, Valenti G, Sapia F, Sarpietro G, Zigarelli M, Vitale SG [«Vitamin B12 among Vegetarians: Status, Assessment and 15-Supplementation»](#). *Nutrients* 8 (12):E767. [PMC 5188422](#). [PMID 27916823](#). [doi:10.3390/nu8120767](#).
- 16-Craig, Winston; Mangels, Ann Reed. *Journal of the American Dietetic Association* 109 (7): 1266-82. [PMID 19562864](#).
- 17-Amit, M (2010). *Paediatrics & Child Health* 15 (5): 303-308. [ISSN 1205-7088](#). [PMC 2912628](#). [PMID 21532796](#).

- 18-Messina, Virginia; Reed Mangels, Ann (2001). «Considerations in Planning Vegan Diets: Children». *Journal of the American Dietetic Association* 101 (6): 661-669. [ISSN 0002-8223](#). [doi:10.1016/S0002-8223\(01\)00167-5](#).
- 19-Burman, Andy; Gill, George *Memorandum of Understanding between the British Dietetic Association and TheVegan Society*.
- 20- The Vegan News.
- 21-<http://www.unionvegana.org/poblacion-vegana-y-vegetariana-2020>.
- 22-<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-actualizo-el-codigo-alimentario-para-incluir-el-rotulado-de-productos-veg>.
- 23-Di Genova T, Guyda H. «[Infants and children consuming atypical diets: Vegetarianism and macrobiotics](#)». *Paediatr Child Health* (Revisión) 12 (3): 185-8. [PMC 2528709](#). [PMID 19030357](#).
- 24- «[Flublok Seasonal Influenza \(Flu\) Vaccine](#)». *Centers for Disease Control and Prevention* 2013.
- 25- <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/BuyingUsingMedicineSafely/UnderstandingGenericDrugs/ucm167991.htm>.
- 26-<http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/QuestionsAnswers/ucm100100.htm>.
- 27- The Vegan Society. «[Medications](#)»
- 28-Ross AC. «[Use of laboratory studies for the design, explanation, and validation of human micronutrient intervention studies](#)».
- JNutr* 142 (1):157S-60S. [PMC 3237234](#). [PMID 22090470](#). [doi:10.3945/jn.111.140616](#).
- 29- Watanabe F, Yabuta Y, Bito T, Teng F. «[Vitamin B₁₂-containing plant food sources for vegetarians](#)». *Nutrients* (Revisión) 6 (5):1861-73. [PMC 4042564](#). [PMID 24803097](#). [doi:10.3390/nu6051861](#).
- 30-Wells ML, Potin P, Craigie JS, Raven JA, Merchant SS, Helliwell KE, Smith AG, Camire ME, Brawley SH (2017). «[Algae as nutritional and functional food sources: revisiting our understanding](#)». *J.ApplPhycol* 29 (2):949-982. [PMC 5387034](#). [PMID 28458464](#). [doi:10.1007/s10811-016-0974-5](#).
- 31- National Research Council (US) Committee to Update Science, Medicine, and Animals, ed. (2004). *Science, Medicine, and Animals. Safety Testing*.. Washington (DC): National Academies Press (US).
- 32-<https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/752705?path=/bmj/348/7944/Analysis.full.pdf>.
- 33-<https://www.fsrh.org/blogs/contraceptive-choices-for-vegans/>.
- 34-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827491/>.
- 35-https://www.sps.nhs.uk/wpcontent/uploads/2016/09/QA63_5_lactose_free_oral_contraceptive.doc.
- 36.<https://www.nurx.com/faq/is-birth-control-going-to-make-my-period-more-regular>.

37-Zipper J, Medel M, Prager R. Suppression of fertility by intrauterine copper and zinc in rabbits. A new approach to intrauterine contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 1969 Oct 15;105(4):529-534.

38-Chang CC, Tatum HJ, Kincl FA. The effect of intrauterine copper and other metals on implantation in rats and hamsters. *Fertil Steril*. 1970 Mar;21(3):274-278.

39-Elstein M, Ferrer K. The effect of a copper-releasing intrauterine device on sperm penetration in human cervical mucus in vitro. *J Reprod Fertil*. 1973 Jan;32(1):109-111

40-[The modes of action of medicated intrauterine devices.](#)

Hagenfeldt K.J *J Reprod Fertil Suppl*. 1976 Oct;(25):117-32.

41-<https://laguiaveg.com/ingredientes/dimetilpolisiloxano/>

42- <https://onlyvegan.es/blog/diferencias-entre-un-condon-normla-y-uno-vegano-n58>

43- <https://ethicalfamilyliving.co.uk/contragel.html?gclid=Cj0KCCQIAi8KfBhCuARIsADp-A54RtdsY6uB6dWYP2Blv4i6yj2eG>

44-<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/espermicida-y-gel-anticonceptivo/que-tan-efectivo-es-el-espermicida>.

45-<https://opa.hhs.gov/reproductive-health?pregnancy-prevention/birth-control-methods/natural-family-planning-and-fertility>

46-<https://www.naturalcycles.com/es/>

47- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7017607/>

48-<https://www.vegansociety.com/news/blog/my-medication-vegan>

<https://www.vegansociety.com/news/blog/my-medication-vegan>.

49-<https://www.npr.org/sections/health-shots/2013/03/13/174205188/is-your-medicine-vegan-probably-not>

¿Cómo es la actividad ovárica durante la toma de un anticonceptivo de gestágeno solo?



Autoras: Dra. Rocío Glassmann
Especialista en Ginecología Endocrinológica y de la Reproducción
Médica de planta Tocoginecología Cesac 3 (Hospital Santojanni)
Miembro del comité editorial de AMAdA
Dra. Silvia Ciarmatori
Especialista en Reproducción Humana
Jefa de la Sección Planificación Familiar Hospital Italiano de Bs.As
Jefa de la Sección Medicina Reproductiva Sede San Justo
Jefa de trabajos prácticos UBA e Instituto Universitario Hospital Italiano de Bs.As
Ex presidente de AMAdA (Asociación Médica Argentina de Anticoncepción)
Miembro del Comité Científico de ALEG (Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica)
Ex Editora en Jefe Revista Reproducción

Comentario del artículo: **“A randomised study comparing the effect on ovarian activity of a progestogen-only pill (POP) containing desogestrel and a new POP containing drospirenone in a 24/4 regimen.”**

“Un estudio aleatorizado que compara el efecto sobre la actividad ovárica de una píldora de progestágeno solo (POP) que contiene desogestrel y una nueva POP que contiene drospirenona en un régimen 24/4”.

Duijkers IJ, Heger-Mahn D, Drouin D, Skouby S. A randomized study comparing the effect on ovarian activity of a progestogen-only pill (POP) containing desogestrel and a new POP containing drospirenone in a 24/4 regimen. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2015;20(6):419-27. Link al artículo: <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2015.1044082>.

Introducción: repasando la anticoncepción oral libre de estrógenos

Habitualmente cuando aparece un nuevo anticonceptivo hormonal en el mercado, la mayoría de los estudios se dedican a evaluar la eficacia anticonceptiva, los efectos adversos, las potenciales complicaciones, el grado de satisfacción de las pacientes o los cambios en el patrón de sangrado menstrual. Tal es el caso de los múltiples estudios publicados sobre el recientemente aparecido anticonceptivo de drospirenona sola. Sin embargo, no se suele prestar la misma atención al impacto del anticonceptivo sobre la actividad del ovario. En el presente artículo se evaluó el efecto de la drospirenona (DRSP) en comparación con el Desogestrel (DSG) sobre la foliculogénesis y la actividad ovulatoria como anticonceptivos libres de estrógeno.

Antes de iniciar el comentario del artículo, resulta interesante revisar cómo fue la evolución de la anticoncepción oral libre de estrógeno. La primera pastilla anticonceptiva de gestágeno solo o POP (del inglés, *progestogen only pills*) fue la mini píldora, un comprimido de Levonorgestrel (LNG)

de 30 mcg. La indicación de esta pastilla era la anticoncepción durante la lactancia. La dosis tan baja de LNG solo lograba la inhibición de la ovulación en un porcentaje de entre el 60 y el 70%. El mecanismo de acción anticonceptivo se basaba principalmente sobre los efectos sobre el moco cervical, el endometrio y las trompas de Falopio; por lo tanto, la eficacia anticonceptiva era menor a la de los anticonceptivos orales combinados (ACO). Debido a la vida media del LNG, para alcanzar la máxima eficacia anticonceptiva es necesario que se respete estrictamente la toma de la pastilla cada 24 hs. Esto ofrece una ventana estrecha contras los olvidos (un retraso no mayor de 3 horas). Otra de las desventajas del LNG 0.030 mg es el pobre control del ciclo menstrual, con cambios en el patrón de sangrado generalmente impredecibles.^[1] La menor eficacia anticonceptiva respecto de los ACO, la necesidad de una toma con respeto riguroso del horario sumado a la impredecibilidad de los sangrados hicieron que la toma del LNG se limitara casi exclusivamente a la lactancia.

A finales de los ´90 se introdujo otro gestágeno solo como anticonceptivo, el Desogestrel (DSG). El DSG es un gestágeno de tercera generación que presenta alta eficacia anticonceptiva y seguridad y buena tolerancia. Su metabolito activo es el etonogestrel y tiene menor efecto androgénico que el LNG. Tanto el DSG como su metabolito tienen una alta afinidad por el receptor de progesterona, pero una baja afinidad por los receptores de estrógeno, glucocorticoide y mineralocorticoide. El DSG tiene una vida media de entre 21 a 38 hs, lo cual da una mayor ventana de protección ante olvidos y se observa un efecto anovulatorio en el 98% de los ciclos.^[2] Al igual que el LNG, la alteración del patrón de sangrado es uno de los principales efectos adversos. Por esta razón, la industria se dedicó a investigar sobre anticonceptivos libres de estrógenos que tuvieran mejor control del ciclo menstrual. Claramente, sería una alternativa atractiva para aquellas mujeres que prefieren usar un anticonceptivo sin estrógenos.

La DRSP es un potente progestágeno derivado de la espironolactona, con actividad antimineralocorticoidea y actividad antiandrogénica, que se utiliza desde hace años en dosis de 3 mg combinado con etinil estradiol (EE). Como anticonceptivo libre de estrógenos se utiliza en dosis de 4 mg en forma no micronizada, administrado en un régimen de 24 pastillas activas + 4 placebos (régimen 24/4). La necesidad de aumentar la dosis y cambiar la forma micronizada por la no micronizada fue a raíz de un estudio farmacocinético que mostró que la exposición a la píldora de DRSP micronizada 3 mg sola producía niveles 34% menores que con DRSP micronizada 3 mg combinada con EE 20 mg, debido a la ausencia de interacción entre el progestágeno y EE.^[3]

En dosis de 4 mg, no micronizada, la DRSP proporciona niveles séricos con un área bajo la curva (AUC) media en el rango del AUC de la DRSP micronizada 3 mg combinada con EE.

El estudio...

El principal objetivo del estudio que se va a comentar fue investigar la actividad anovulatoria de los anticonceptivos con DRSP 4 mg, a pesar del período de 4 días sin tratamiento, y compararlos con los anticonceptivos de DSG 75 mg, de régimen continuo. Para ello, 64 voluntarias sanas de entre 18 a 35 años, con índice de masa corporal (IMC) de entre 18 a 30 kg/m², con ciclos ovulatorios probados fueron aleatorizadas en dos grupos. Uno de los grupos fue tratado con DRSP y el otro con DSG durante dos ciclos consecutivos de 28 días.

Durante los 2 ciclos se evaluó en cada usuaria el diámetro folicular, el grosor endometrial, los niveles de estradiol sérico (E2). De forma secundaria se evaluaron características del moco cervical, el sangrado y el retorno a la ovulación.

Para determinar la actividad ovárica durante el uso del anticonceptivo se utilizó un puntaje de Hoogland modificado.^[4] Este score evalúa el crecimiento folicular a través de ecografía transvaginal junto a la determinación de los niveles de estradiol y de progesterona. La ecografía transvaginal se realiza cada tres días desde el día 9 del ciclo en adelante hasta la ruptura del folículo o el día 27. Se tomaron muestras de sangre para la determinación de los niveles de progesterona 3 días después de la ruptura del folículo y, en el caso de ser necesario, hasta 6 días después. También se realizan determinaciones seriadas de estradiol. La combinación de los resultados de estos parámetros establece un score con una puntuación de 1 a 6, en donde 1 refleja la falta de actividad ovárica y en el otro extremo, -6- establece que se ha producido ovulación. Se define ovulación cuando se observa por ecografía la ruptura del folículo, (ecográficamente el cuerpo lúteo da una imagen característica) junto con una concentración de progesterona posterior de ≥ 5 nmol/l. En el cuadro 1 se enumeran los criterios que definen cada puntaje. En los casos de ovulación, los autores realizaron mediciones adicionales de progesterona para determinar si la progesterona mantenía valores mayores de 16 nmol/l por al menos 5 días (criterios de Landgren).^[5]

Cuadro 1. Score de Hoogland: clasificación de la actividad ovárica por evaluación ecográfica y niveles séricos de E2

	Puntaje de Hoogland	Criterios
1	Sin actividad	estructura folicular <10 mm
2	Potencial actividad	estructura folicular 10–13 mm
3	Estructura folicular sin actividad	estructura folicular >13 mm E2<100 pmol/l
4	Estructura folicular activa	estructura folicular >13 mm E2>100 pmol/l Progesterona < 5nmol/l
5	Folículo no roto luteinizado	estructura folicular >13 mm persistente E2>100 pmol/l Progesterona > 5nmol/l
6	Ovulación	estructura folicular >13 mm, rota E2>100 pmol/l Progesterona > 5nmol/l

Nota del autor: Se considera que un folículo puede potencialmente ovular cuando el diámetro folicular es de ≥ 16 mm y el nivel de E2>100 pmol/l.

Otro de los parámetros evaluados fue el moco cervical, para ello utilizó el score de Insler que considera la apariencia del orificio cervical externo y las características del moco (filancia y cantidad),^[6] como expresión de la probabilidad de ovulación. La puntuación varía entre 0 y 12 puntos: los valores más altos reflejan buena calidad del moco y mayor permeabilidad a los espermatozoides. Las puntuaciones de moco cervical se determinaron cada vez que se observó un folículo > 13 mm.

En el estudio, durante el primer ciclo, el mayor puntaje de Hoogland fue de 4 (estructura folicular activa) tanto en el grupo de usuarias de DSG como en el DRSP (10/27 en el grupo DRSP vs 17/29 en el grupo DSG; 37% vs. 58%, respectivamente). En el segundo ciclo una participante de cada grupo tuvo un puntaje de 6. En la paciente del grupo DRSP con puntaje de 6, los niveles máximos de progesterona fueron bajos (10,9 y 10,7 nmol/l el día 6 y en el día 9 respectivamente). A lo largo del ciclo 2, el grosor del endometrio estuvo por debajo de 6 mm (el grosor mínimo que permite la implantación), con la excepción de un grosor de 6,3 mm el día 21. Las puntuaciones del moco cervical en las visitas previas a la desaparición del folículo fueron como máximo 1.

La participante con un Hoogland de 6 en el grupo DSG tuvo una estructura folicular grande en la primera semana del ciclo 2, que fue disminuyendo gradualmente de tamaño. No hubo signos claros de ruptura del folículo en la ecografía. Las concentraciones de progesterona en los días 7, 8 y 13 del ciclo 2 fueron 15.7, 16.8 y 6.7 nmol/l. El grosor endometrial fue de 6,3 y 6,9 mm en los días 7 y 8, respectivamente; el resto de los días el endometrio midió por debajo de 6 mm. La puntuación del moco cervical fue de 10 en la visita previa al aumento de progesterona

Comparando los dos grupos, en el de DRSP hubo una mayor proporción de participantes que tuvieron puntuación menor de 4 que en el grupo de DSG. En el score de Hoogland, menores puntuaciones reflejan mayor supresión ovárica. A pesar de esto, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En la participante del grupo de DRSP que presentó puntaje de 6 en el segundo ciclo, los valores máximos de progesterona no fueron suficientes para cumplir con los criterios de ovulación como así tampoco los criterios de Landgren (Progesterona mayor de 16 nmol/L por al menos 5 días).

Los niveles de E2 a lo largo de los dos ciclos fueron más bajos en el grupo que usó DRSP que en el de DSG, lo cual se interpreta como una mayor supresión ovárica en el primer grupo. En el grupo de DRSP, los niveles promedio de E2 en el ciclo 1 fueron de 49,67 pg/ml, y de 50,39 pg/ml en el segundo ciclo; mientras que en el grupo de DSG fue de 101,88 pg/ml en el ciclo 1 y de 69,65 pg/ml en el ciclo 2. En ambos grupos, los valores son comparables a los de una fase folicular temprana o media normal y muestran que los niveles de estradiol no están profundamente suprimidos.

El dato de los niveles séricos de E2 durante el uso de anticonceptivos ha sido considerado por algunos autores como marcador subrogante para evaluar el impacto de los anticonceptivos sobre el hueso. Desde hace mucho tiempo se plantea el posible efecto deletéreo que pueden generar los bajos niveles de estrógeno durante el uso de ACO sobre la ganancia de masa ósea, especialmente durante la adolescencia y la juventud. Por tal motivo resulta de suma importancia investigar los niveles de estradiol. Según Barbieri y colaboradores, para prevenir la pérdida de masa ósea se requieren como mínimo valores de E2 de entre 30 y 45 pg/ml. Los resultados de este estudio muestran que los valores de E2 durante el uso de DRSP sola estuvieron en un promedio de 50 pmol/ml; por lo tanto, la DRSP debería considerarse un anticonceptivo seguro con respecto al efecto sobre la masa ósea, dado que los valores de E2 están por encima de los valores mínimos^[7]. A esa conclusión llegan Haidj y Regidor en su revisión sobre el impacto de los anticonceptivos libres de estrógenos sobre la salud ósea.^[8] De todos modos, no parecería adecuado afirmar que la DRSP no tiene ningún efecto sobre la masa ósea porque los niveles de estradiol son adecuados: se trata solamente de un marcador subrogante. El verdadero marcador

que debería utilizarse es la incidencia de fracturas en usuarias de DRSP sola, resultado que debería evaluarse es la incidencia de fracturas

Si bien la eficacia de un anticonceptivo debe evaluarse en función del número de embarazos que ocurren cada 100 usuarias por unidad de tiempo (Índice de Pearl), la evaluación de la actividad ovárica mediante ecografías seriadas para detectar crecimiento folicular y registrar el grosor endometrial, sumado a la determinación de los niveles de estradiol sérico y progesterona y la evaluación de las características del moco cervical, permiten detectar ovulación de manera no invasiva. Es importante destacar que el crecimiento folicular durante el uso de anticonceptivos orales no indica necesariamente una probabilidad de ovulación y, por lo tanto, no es un indicador de falla anticonceptiva. Además, los cambios en el moco cervical (para impedir la penetración de los espermatozoides), de los niveles de progesterona plasmática y de estradiol, así como la receptividad endometrial disminuida (por menor grosor endometrial), actúan como mecanismos auxiliares para aumentar la eficacia anticonceptiva durante la toma de un gestágeno solo.

Este es el primer estudio clínico en el que se combinaron diferentes métodos de referencia para controlar la ovulación durante el uso de anticonceptivos hormonales. Según sus resultados, la DRSP 4 mg en esquema 24+4 demuestra ser una buena alternativa anticonceptiva hormonal en anticoncepción libre de estrógenos.

Bibliografía

[1] Porter C, Rees M. Bleeding problems and progestogen- only contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2002;28:178–181.

[2] Archer DF. Clinical and metabolic features of desogestrel: a new oral contraceptive preparation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(5 Pt 2):1550-5.

[3] Chemo. Drospirenone Velvian Clinical Overview. 2015.

[4] Hoogland HJ, Skouby SO. Ultrasound evaluation of ovarian activity under oral contraceptives. *Contraception* 1993;47:583–90

[5] Landgren B-M, Uden A-L, Diczfalusy E. Hormonal profile of the cycle in 68 normally menstruating women. *Acta Endocrinol* 1980;94:89–98

[6] Insler V, Melmed H, Eichenbrenner I, et al. The cervical score. A simple semiquantitative method for monitoring of the menstrual cycle. *Int J Obstet Gynaecol Obstet* 1972;10:223–8.

[7] Barbieri RL Hormone treatment of endometriosis: the estrogen threshold hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166(2):740–745.

[8] Hadji P, Colli E, Regidor PA. Bone health in estrogen-free contraception. *Osteoporos Int.* 2019;30(12):2391-2400.

Uso racional de antibióticos en el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, 16vo Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva, 2022

Suneeta Soni*

*Consultant in Sexual Health and HIV at NHS (National Health Service, Reino Unido), colaboró con la realización de las Guías Nacionales del Reino Unido sobre Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium y Chlamydia trachomatis.

Exposición oral en el 16th Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva 2022 (ESC, 2022).

Traducción y comentarios: Dra Daniela Faranna

Médica de planta de ginecología

Hospital F. Santojanni. Docente de UBA. Miembro directivo de AMAdA.

Miembro de la Sociedad Europea de Anticoncepción

Mail de contacto: faranna_maria25yahoo.com.ar



La temática a desarrollar en esta edición está en relación a la concientización del uso racional de antibiótico para las infecciones de transmisión sexual más frecuentes como lo son la Neisseria gonorrhoeae el Mycoplasma genitalium y la Chlamydia trachomatis

En el Reino Unido se publican anualmente datos sobre gonorrea. Se puede observar que en el año 2020 hubo una disminución de los casos diagnosticados, pero este dato debe ser interpretado con cautela ya que no fue una verdadera disminución de las infecciones de transmisión sexual (ITS) sino un descenso de las consultas por la conocida pandemia COVID 19. Era de público conocimiento que los casos de todas las infecciones de transmisión sexual bacterianas venían en aumento antes de la pandemia.

El estado de la atención Salud Sexual Británica era deficitario antes de la pandemia y esta última probablemente lo haya empeorado. Las instituciones reabrieron, con nuevamente altas tasas de ITS en el Reino Unido.

¿Qué es la administración racional de antibióticos?

Es la promoción y el monitoreo del uso juicioso y cuidadoso de los antimicrobianos para preservar su eficacia futura.

Existen muchas consecuencias con el uso indiscriminado de antibióticos y esto se ha vuelto una amenaza para tratar infecciones comunes. El costo real en términos de impacto, morbilidad y mortalidad es enorme, pero también lo es financieramente ya que las infecciones resistentes a los medicamentos cuestan millones en términos de dinero al servicio de salud.

También hay que saber que la cartera de nuevos antimicrobianos está vacía, por lo que no hay inversión en la fabricación y no existen nuevos antibióticos. Aquellos que se encuentran en investigación no estarán disponibles para el uso a corto plazo tampoco.

Desde una mirada epidemiológica existe una profundización de las desigualdades en la salud cuando se trata de resistencia antimicrobiana (RAM) y su efecto sobre personas vulnerables en lo social y en las minorías

En 2014 la Organización Mundial de la Salud OMS realizó un informe global donde la gonorrea estaba entre las nueve bacterias de preocupación internacional en cuanto a resistencia se refiere. El CDC por su parte (Center for Disease Control a Prevention) tiene una lista de vigilancia y la gonorrea se encuentra en la lista de amenazas urgentes, el *Mycoplasma genitalium* en la de vigilancia, siendo ambas ITS preocupantes sumado a que potencialmente pueden convertirse en más resistentes en los próximos años.

Gonorrea

Durante toda la última década se usaron diferentes antibióticos para el tratamiento de la gonorrea y casi unos 10 años después de su introducción, comienza a verse su resistencia, porque en la elección del antibiótico efectivo su terapéutica ha ido variando. Muchos son los antibióticos que se han utilizado y el gonococo ha desarrollado todos los mecanismos para desarrollar resistencia.

La ceftriaxona ha sido el fármaco que usualmente ha funcionado y que se está utilizando en las guías actuales. En 2011 cuando la resistencia a la ceftriaxona se hizo evidente se agregó la azitromicina al tratamiento, siendo la primera vez que tuvimos terapia dual para la gonorrea. Poco después de que la azitromicina se comenzó a usar en 2011 originó resistencia y tan pronto como los niveles de resistencia alcanzaron el 5% la Organización Mundial de la Salud declaró que ya no se debía usar este antibiótico para tratamiento de este organismo. Se observaron niveles de alrededor del 10% de resistencia y esto también era porque el uso de azitromicina abarcaba otras ITS además de la gonorrea.

Se reportaron casos de falta de respuesta al antibiótico ceftriaxona, que ocurrieron inicialmente en personas heterosexuales en el norte de Inglaterra, noticia difundida en todos los medios de comunicación y en los siguientes años se observó en hombres que tienen sexo con hombres. Respecto a la notificación de pareja, el 35% de los heterosexuales tenían una notificación de la pareja, pero en los hombres que tienen sexo con hombres no se pudo rastrear esa información. Cuando se diagnosticó la gonorrea en este último grupo, las parejas que tenían eran anónimas y ese es el problema, no hubo posibilidad de notificar a la pareja, que es una pieza clave para prevenir la propagación de la infección.

En cuanto a la ceftriaxona, la concentración inhibitoria mínima (CIM) es la cantidad mínima de fármaco que necesita para inhibir el organismo. En 2011 la CIM era baja y esto ha cambiado en los últimos diez años, ya que está subiendo lentamente, esto significa que el organismo se está volviendo menos sensible a la ceftriaxona.

Debido a la resistencia a la azitromicina y a la ceftriaxona, en 2018 las guías sugieren aumentar las dosis de ceftriaxona a 1 gramo para cubrir cualquier tipo de cambio en la CIM y debido al uso en incremento de azitromicina para tratar la gonorrea, *Mycoplasma genitalium*, la Shigella y la Sífilis, se retiró a la azitromicina de las guías de tratamiento del gonococo.

Para el tratamiento del gonococo, el CDC siguió su ejemplo y también eliminó la azitromicina y se utiliza ceftriaxona de 500 miligramos intramuscular a menos que haya sobrepeso; en ese caso se indica un 1 gramo completo.

Se debe realizar un cultivo si se diagnostica gonorrea, preferiblemente en una placa, también realizar tratamiento de primera línea siempre que sea posible. Al diagnosticarse cada vez más casos podemos evaluar la resistencia del germen haciendo posible un uso acertado del antibiótico.

Mycoplasma genitalium

Se han realizado millones de estudios sobre el rol que desempeña en la uretritis no gonocócica. En una revisión sistemática de 2015, existen asociaciones de *Mycoplasma genitalium* con cervicitis y Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) con infertilidad pero los resultados no han sido significativo, y esto es porque no se disponen de estudios lo suficientemente bien diseñados. Además la investigación de *Mycoplasma genitalium* es mucho más reciente comparada con la de *Chlamydia*.

En el Reino Unido las indicaciones para la realización de pruebas de detección de Gonococo y *Chlamydia* son: en los hombres aquellos que se presentan con uretritis y en las mujeres quienes cursan una enfermedad inflamatoria pélvica. Sin embargo, vale la pena recordar que la mayoría de las personas con *Mycoplasma* son asintomáticas y, en muchas personas, la infección puede desaparecer espontáneamente, por lo que eliminan las infecciones espontáneamente. Aquí no hubo evidencia del beneficio del cribado en individuos asintomáticos.

Hay dos antibióticos que usamos para tratarlo por lo que, a diferencia de la gonorrea, realmente no hay muchas opciones cuando se trata de este microorganismo. No tiene una pared celular, por lo que no se pueden usar antibióticos betalactámicos.

Los países que tienen altos niveles de resistencia antimicrobiana son aquellos países que han estado usando azitromicina durante mucho tiempo para tratar otras infecciones. Por otro lado, sabemos que la opción terapéutica se centra en macrólidos y quinolonas. Sin embargo, en partes del sudeste asiático donde hay mucho uso de quinolonas de venta libre, las tasas de resistencia son mucho más altas. En China, Japón y Taiwán se pueden ver tasas de resistencia alrededor del 90%.

Hace un tiempo atrás no se contaba con pruebas de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para *Mycoplasma* y la única forma de diagnosticar era a través del cultivo y eso lleva semanas. A *posteriori* el test molecular se incorporó. Más aún, en Reino Unido realizan un manejo sindrómico: si se sospecha la uretritis, se indica 1 g de ceftriaxona con la esperanza de que eso lo solucione. Para la autora, 1 g es demasiado bajo para *Mycoplasma* y no es suficiente para muchas infecciones, a su vez, esta droga tiene una vida media muy larga, así que estaríamos dando una dosis baja, no suficiente para limpiar el organismo, que puede desarrollar resistencia.

El tratamiento guiado por resistencia para *Mycoplasma* proviene de Australia, si se indica doxiciclina, la cual no lo elimina, pero reduce la carga del organismo y es menos probable que desarrolle resistencia. Con esta opción terapéutica se logra descender la carga del organismo y luego se trata con un antibiótico que lo elimine como por ejemplo la azitromicina. Si se tiene conocimiento de que es sensible haciendo la prueba de resistencia entonces se puede usar doxiciclina seguida de azitromicina. Es un proceso de dos pasos que está avalado por las guías australianas y que también se usa en Estados Unidos: doxiciclina durante una semana seguida de azitromicina, un gramo de inicio y 500 miligramos al día durante dos días. Si eso no funciona, la moxifloxacina podría ser una opción que todavía funciona como antibiótico para *Mycoplasma*.

Otro fármaco utilizado es la pristinamicina especialmente en casos de falla a la moxifloxacina y cuando no se desee extender el tratamiento, por el riesgo de que la eficacia disminuye con el tiempo. El fármaco mencionado no se obtiene fácilmente en el Reino Unido, aunque sí en Francia, funciona adecuadamente en aproximadamente el 70% de los casos, por otro lado la pristinamicina también se puede usar en el embarazo, aunque hay pocos datos publicados.

Chlamydia trachomatis

En el caso de la Chlamydia no hay resistencia a la doxiciclina, por lo que se la ha tomado de preferencia como terapia de primera línea a pesar de que son siete días de tratamiento, dos veces al día, tiene efectos secundarios gastrointestinales y no se puede usar en el embarazo. Cabe aclarar que su mejor función es en los casos de Chlamydia rectal.

Existen dos ensayos controlados aleatorios que muestran que la Chlamydia responde mucho mejor a la doxiciclina, con una tasa de fracaso con azitromicina que alcanzó un 76% en estudios anteriores.

Resumiendo: la gonorrea definitivamente se está volviendo más resistente y estamos en nuestro último antibiótico.

- Cultivar siempre que sea posible y se sospecha infección por gonorrea.
- El tratamiento con azitromicina 1 gramo dosis única ya no debe usarse para el tratamiento de ninguna ITS porque el sobretratamiento es una amenaza de resistencia antimicrobiana.
- Las pruebas para Mycoplasma solo están indicadas en determinadas patologías ya que más detección significa más tratamiento innecesario.
- Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum son parte de esos gérmenes que no deberían solicitarse de rutina.

La difusión de esta información por parte de la autora de las guías BASHH (British Association of Sexual health and HIV) es muy importante por tratarse de un fenómeno de preocupación mundial y también lo es en nuestro país. Esto se manifestó en la promulgación, el día 24 de agosto de 2022, de la Ley 27.680 de prevención y control de la resistencia a los antimicrobianos que obliga a la dispensa de estos “bajo receta archivada” y con el diagnóstico escrito.

Para concluir, **debemos ser conscientes del uso racional de antibióticos: todos los profesionales de la salud y la población en general tiene un rol en la prevención de la resistencia antimicrobiana.**

De la anticoncepción a la antigestación

Resumen de la conferencia de la Dra Kristina Gemzell Danielsson en el 16vo Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva, 2022

Traducción: Dra. Daniela Faranna
Médica de planta de ginecología, Hospital F. Santojanni. Docente de UBA.
Miembro directivo de AMAdA y Miembro de la Sociedad Europea de Anticoncepción

Mail de contacto: faranna_maria25yahoo.com.ar



Este apartado intenta reflejar la investigación que realiza hace tiempo, y en la actualidad, el grupo de profesionales del Instituto Karolinska, con la Prof.

Kristina Gemzell Danielsson como investigadora principal, sobre el estudio de los distintos usos de la mifepristona. Este modulador selectivo de la progesterona tiene posibles y distintas indicaciones dependiendo del tiempo de uso, de la dosis y del momento de su indicación.

Las muertes relacionadas con el aborto se pueden prevenir, estos hechos suceden, como así también el estigma que esta problemática genera, todo ello debe revertirse en pos de empoderar a las mujeres. Entonces, es importante brindar asesoramiento anticonceptivo junto con la provisión de los mismos, sobre todo a las adolescentes, a la población más vulnerable, a aquellas que tienen bajos ingresos con dificultades para acceder a los sistemas de salud, a las mujeres jóvenes y, si los estudios de investigación avanzan, pronto será a los hombres.

En una serie del Lancet (1) sobre la salud de la mujer se visualiza la problemática de las intervenciones necesarias para reducir la mortalidad materna, las cuales incluyen entre otras acciones: la atención y la reducción de las complicaciones que surjan del aborto en condiciones inseguras, el acceso a la planificación familiar, los servicios de aborto seguro y su posterior atención.

Sabemos la necesidad de más opciones en métodos anticonceptivos seguros, a largo plazo y al alcance de la población, sobre todo poder contar con métodos accesibles en cuanto a lo económico. De tal manera que todavía hay una necesidad insatisfecha en cuanto a la planificación familiar a nivel mundial, aunque es más alta esa deuda en algunas áreas o en algunos países más que otros. Más del 40 % de los embarazos no se planifican y aproximadamente la mitad de ellos resultan en abortos inducidos.

Modulador selectivo del receptor de progesterona

A las antiguas píldoras combinadas de dosis altas utilizadas en el método de Yuspe, se le sumó el uso de levonorgestrel (LNG) como anticoncepción de emergencia. Existe medicación con similitudes para la anticoncepción de emergencia, pero con diferente acción y efectos adversos como: el **acetato ulipristal (AU)** y la **mifepristona (MFP)**, ambas drogas muy bien estudiadas. Se demostró que una dosis baja de MFP, un modulador del receptor de progesterona es altamente efectivo y más tarde surgió el AU como anticoncepción de emergencia.

El AU se encuentra disponible en el mercado para la anticoncepción de emergencia y también para el tratamiento de fibromas uterinos, indicación que ha sido cuestionada debido a su toxicidad hepática.

La MFP es un compuesto modelo con el que, dependiendo de la dosis, y del tiempo de tratamiento ya sea durante el ciclo menstrual o en el embarazo, podemos lograr efectos muy diferentes (2).

La MFP posee efectos sobre el desarrollo folicular después de la selección del folículo dominante, dependiendo de la dosis, con el efecto de posponer o inhibir el desarrollo folicular o la ovulación. También posee efectos sobre el endometrio y en la trompa de Falopio. Si bien los estudios clínicos hasta ahora, muestran a la MFP como un efectivo método anticonceptivo en la fase lútea temprana mediante la inhibición de la ovulación indicado en forma mensual, también se sabe de la efectividad de la MFP como anticonceptivo de emergencia con la misma efectividad que aquellos anticonceptivos que hoy en día se utilizan con ese fin, con la posibilidad de la combinación con varias progestinas para mejorar los patrones de sangrado. Resulta importante destacar que tanto el uso de 10 mg y 5 mg de mifepristona como anticoncepción de emergencia cuando se usa hasta 6 días después del coito sin protección es un método efectivo. Por otra parte, el endometrio es más sensible a la MFP que el hipotálamo y la hipófisis. Esto significa que un posible objetivo es desarrollar un nuevo método anticonceptivo que no influya en la función ovárica, con una toma diaria o semanal (3).

Varios países participan en los ensayos sobre el uso de MFP con el objetivo de lograr su uso a nivel mundial, con las dificultades que conlleva utilizar MPF en países donde el aborto es ilegal y en consecuencia no sería factible esta investigación.

Debemos tener un conocimiento de la biología al analizar el mecanismo de acción de MFP para entender la ventana de la fertilidad y la fisiología reproductiva con los puntos de interacción o acción del fármaco en estudio (4).

Hoy en día la mayoría de los métodos anticonceptivos funcionan inhibiendo la ovulación, otros inhiben la fertilización, también hay métodos que inhiben la receptividad endometrial, lo que resulta en nula implantación. Por otra parte, existen métodos que combinan más de un mecanismo de acción.

Dada las nuevas leyes que prohíben el aborto en algunos países y las prohibiciones ya existentes en otros, es que las formulaciones farmacológicas ideales a estudiar para la anticoncepción, son aquellas que actúan antes de la fertilización. Esto último fue posible en ensayos creados con modelos *in vivo* donde se estudian los efectos de la anticoncepción de emergencia en el desarrollo folicular y la ovulación.

En mujeres fértiles se indicó MFP durante la pre y post ovulación, en diferentes momentos del ciclo, se compararon ciclos de control y de tratamiento. El seguimiento se realizó con el laboratorio hormonal, exámenes ecográficos diarios y, también, con biopsias de endometrio en el momento de la receptividad del endometrio (5).

En el estudio post ovulatorio se utilizó LNG administrado el día LH + 2, esto significa a los dos días posteriores al pico ovulatorio, se hizo lo mismo con mifepristona usando dosis altas de este fármaco (la misma dosis que se utiliza con el uso en aborto inducido) de 200 mg en día LH + 2 y con este tratamiento hubo un ciclo ovulatorio regular, con sangrado menstrual regular donde los niveles plasmáticos de estradiol y progesterona no se vieron afectados. Al observar la receptividad del endometrio, se encuentra completamente inhibida. La ventaja con esta dosis es que no vemos ningún efecto sobre la histología del endometrio (6).

La implantación endometrial está finamente regulada y fuera del endometrio puede ocurrir en cualquier parte de la pelvis. En la etapa de la implantación temprana se establece un diálogo entre el embrión y el endometrio materno con intercambio de señales. Es posible cambiar la receptividad endometrial, un proceso complejo que de ser inhibido por fármacos, no se obtendrá implantación alguna.

Las mujeres, en este ensayo del Instituto Karolinska según la determinación de la LH en la prueba de orina, ingirieron mifepristona 200 mg al día LH + 2 una vez al mes durante un máximo de un año y se reportó un solo embarazo. Este estudio evaluó una cohorte de casos control para comparar resultados y demostró que la mifepristona una vez al mes es extremadamente efectiva como anticonceptivo. Un dato no menor es que para poder estudiar la implantación más en detalle, no se cuenta con apropiados modelos animales, así que en el laboratorio se creó un modelo de implantación de embriones humanos en 3D (7).

También se indicaron diferentes dosis de Mifepristona y aquí se demostró la respuesta según dosis: con dosis bajas no se afecta la receptividad del endometrio y con dosis crecientes tenemos más efectos sobre el endometrio hasta que la implantación está completamente bloqueada (8).

Resumiendo los efectos sobre la Mifepristona

La MFP interrumpe o inhibe el desarrollo del folículo dominante dependiendo de la dosis y la etapa del ciclo menstrual en donde se la administre. Después del tratamiento en la fase folicular si se produce la ovulación, no hay ningún efecto adverso sobre el endometrio postovulatorio y puede ocurrir la implantación y el embarazo continúa normalmente. Cuando se administran los antiprogéstágenos antes de la ovulación, éstos rompen la secuencia normal de la maduración del folículo. Dependiendo de la dosis y momento de administración, pueden ocasionar la regresión del folículo dominante e iniciar un nuevo ciclo de desarrollo folicular. Sin embargo, una dosis pequeña puede solamente detener la maduración del folículo por un tiempo corto y tan pronto como cesa la influencia del antiprogéstágeno, aquel puede reiniciar su maduración o permanecer sin romperse hasta el final del ciclo. Sin embargo, una dosis suficiente de mifepristona administrada inmediatamente después de la ovulación inhibe de manera significativa el desarrollo endometrial y afecta también la expresión de los marcadores receptivos del endometrio.

Además, al no poder la progesterona desarrollar su normal actividad biológica, aumenta la contractilidad del músculo uterino y se facilita el reblandecimiento y dilatación del cérvix, todo lo cual conduce a la expulsión del embrión.

Se considera que el embarazo comienza cuando ocurre la implantación (\approx 7 días después de la fertilización), y la administración de la mifepristona hasta 120 horas después del coito de riesgo afectaría el desarrollo del embrión en su estadio flotante en la trompa o en la cavidad uterina. Por lo que se puede considerar como preventivo del embarazo y no como abortivo. Su eficacia parece estar más relacionada con el tiempo de administración que con el tamaño de la dosis suministrada.

El tratamiento post ovulatorio da como resultado un efecto dosis-dependiente sobre el desarrollo del endometrio y los marcadores de receptividad. El objetivo es la inhibición de la receptividad endometrial con la ovulación aunque es muy difícil lograr inhibir la receptividad del endometrio sin afectar la ovulación.

Por otra parte un recurso especial a tener en cuenta para la anticoncepción de emergencia es el uso del DIU dispositivo intrauterino, que podría usarse también para afectar la receptividad del

endometrio y esto es lo que actualmente investiga el Population Council en un estudio en monos usando un dispositivo intrauterino pequeño con AU (9).

También hay un estudio en humanos realizado en China con el uso de MFP a dosis de 25 y 50 mg una vez a la semana, dosis altamente efectiva para inhibir la ovulación y causar amenorrea (10)

Antigestación regular vs administración ocasional de Mifepristona

La administración de MFP antes del momento esperado de la menstruación, es llamada regulación menstrual: de tal manera que si la mujer está embarazada, causará un aborto temprano. Si no está embarazada, inducirá la menstruación. El problema para el grupo del Instituto Karolinska fue establecer el momento del tratamiento, ya que este produjo cambios en el sangrado. Se utilizaron 200 mg MFP + 0,4 mg de Misoprostol 48 hs más tarde, antes o el día de la menstruación una vez al mes .

Con 100 mg MFP y 48 hs después 0,4 misoprostol por día, en la fase lútea del ciclo, la detección del embarazo con una hCG negativa podría proporcionar una opción en las mujeres que llegan tarde a la anticoncepción de emergencia o en aquellos casos en los cuales la terapéutica aparentemente no fue lo suficientemente eficaz. La misma dosis también se utilizó para la anticoncepción de emergencia tardía y luego se concluyó que esta era una opción, con una diferencia: en esta situación las mujeres son conscientes de que deben realizar una prueba de embarazo. Esta es la diferencia entre estos dos enfoques, lo que nos lleva a un aborto con medicamentos *muy* temprano , very early medical abortion (VEMA). Hay diferentes protocolos en esta área pero carecemos de evidencia realmente para dar recomendaciones en este momento.

Podría haber importantes efectos no anticonceptivos de los moduladores del receptor de progesterona cuando se usan para la anticoncepción. Por ejemplo, sabemos que se pueden usar para el tratamiento de miomas uterinos y síntomas relacionados, como sangrado menstrual y también se ha demostrado que funcionan en mujeres con síntomas de endometriosis para aliviar el dolor. Desde hace tiempo es controvertido el uso de progesterona por su efecto sobre la mama, en el desarrollo del cáncer de mama. Es un interrogante si este modulador del receptor de progesterona MFP podría tener un efecto antiprogestacional en la mama. Recordemos que existe un ensayo clínico en la actualidad y una publicación de un modelo animal de ratón sobre la mutación en el BRCA, que se asocia con un mayor riesgo de cáncer de mama y de ovario, y el resultado es que la MFP, previno el desarrollo de los dichos tumores (11).

En los ensayos en humanos del mismo grupo sueco del Instituto Karolinska comprobaron un efecto antiproliferativo en las células epiteliales mamarias después del tratamiento con MFP, hecho más que prometedor. Por ende se está investigando más el mecanismo de acción de tal manera que cuando bloqueamos la progesterona también se bloquean las señales de crecimiento o señales para estimular los factores de crecimiento y a las células epiteliales luminales predominantes que al dividirse dan lugar a cáncer de mama. El trabajo que acaba de publicarse en la revista *Nature Medicine* de comunicación genómica estudia este efecto anti proliferativo que podría reducir el desarrollo del cáncer de mama y la comunicación genómica.

La necesidad insatisfecha en anticoncepción sigue siendo alta y muchas mujeres son reacias a usar los viejos métodos anticonceptivos existentes debido a sus efectos secundarios.

Es necesario que se exploren nuevas opciones para permitir que las mujeres y los hombres tengan todas las opciones posibles para controlar y preservar su salud reproductiva y su vida. Para lograr esto es importante que tengamos investigación traslacional, no es solo la

implementación, sino que también necesitamos desarrollar nuevos métodos y vincular la investigación con la política y basar la política en la evidencia.

Los compuestos mencionados en el texto son los más eficaces para la anticoncepción de emergencia, tienen potencial para ser desarrollados como anticonceptivos con beneficios para la salud especialmente el efecto sobre las mamas, los miomas y la endometriosis.

Bibliografía

(1) Annie Haakenstad, Olivia Angelino, Caleb M S Irvine, Prof Zulfiqar A Bhutta, et al. Lancet. The Lancet Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.

<https://www.academia.edu/Documents/in/Human?swp=tc-ri-24022770>

(2) Gemzell-Danielsson K, Mandl I, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone when used for emergency contraception. *Contraception*. 2003 Dec; 68 (6):471-6. doi: 10.1016/s0010-7824(03)00070-2. PMID: 14698077.

(3) Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Hum Reprod Update*. 2004 Jul-Aug; 10 (4):341-8. doi: 10.1093/humupd/dmh027. Epub 2004 Jun 10. PMID: 15192056.

(4) Helena von Hertzen ^a, Marc Bygdeman . Summary of evidence and research needs on the use of mifepristone in fertility regulation: consensus from the conference. *Contraception*. 2003 Dec;68(6):401-7. doi: 10.1016/s0010-7824(03)00103-3. PMID: 14698069.

(5) Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *N Engl J Med*. 2018 Jun 7; 378(23):2161-2170. doi: 10.1056/NEJMoa1715726. PMID: 29874535; PMCID: PMC6437668.

(6) [K Gemzell-Danielsson](#), [L Marions](#). Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Hum Reprod Update*, 2004 Jul-Aug; 10 (4):341-8. doi: 10.1093/humupd/dmh027. Epub 2004 Jun 10.

(7) Gemzell-Danielsson, C Berger, PGL Lalitkumar - [Emergency contraception—mechanisms of action](#). *Contraception* 2013, [Volume 87, Issue 3](#), Pages 300-308

(8) Gemzell-Danielsson, C Berger, [P. G. Lalitkumar](#). [Mechanisms of action of oral emergency contraception](#). *Gynecological Endocrinology*, 2014, vol 30, issue 10. <https://doi.org/10.3109/09513590.2014.950648>

(9) I Sääv, O Stephansson, K Gemzell-Danielsson. [Early versus delayed nsertion of intrauterine contraception after medical abortion—a randomized controlled trial](#). *PLoS One* 2012; 7 (11):e48948 doi: 10.1371/journal.pone.0048948. Epub 2012 Nov 14

(10) Xiao BL, Zhao H, Piaggio G, Von Hertzen H. Expanded clinical trial of emergency contraception with 10 mg mifepristone. *Contraception*. 2006; 68:431-7

(11) L Dubeau, K Gemzell-Danielsson [Antiprogestins reduce epigenetic field cancerization in breast tissue of young healthy women](#). *Genome Med* 14, 64 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13073-022-01063-5>