

ISSN 2796-9509

# Revista AMAdA

**Asociación Médica Argentina  
de Anticoncepción**

**Volumen 18, N°2 (2022)**

# 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 18, N°1 (2022)

### Editorial

Página 4 Dra. Lía Arribas

### Trabajos Originales

Página 6 **Indicación del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en 1000 usuarias dentro un sistema de salud con acceso facilitado**  
Ciarmatori, S., Orti, M., Bozza, L., Velazco, A., Jacod, N., De Cos, J.

Página 18 **Consultorías integrales en salud sexual y reproductiva: dispositivo intersectorial para garantizar derechos en la población adolescente**  
Elissetche, María Pía; Giorgetti Graciela

### Revisión

Página 25 **Actualización en Métodos de barrera**  
Glassman Rocío

Página 30 **Los beneficios del Mindfulness en la Sexualidad**  
Elías Andrea

### Comentarios Bibliográficos

Página 39 **16° Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva | 25-28 de Mayo de 2022, Ghent, Bélgica** Autores: Suzanne Labovsky Marisa.

Página 52 **Inserción inmediata vs diferida, del implante anticonceptivo liberador de etonorgestrel post aborto. Estudio de equivalencia controlado y randomizado.**  
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



**"Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir."**

El 15 de noviembre del 2022 AMAdA participó del Encuentro Federal **"20 años de la ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva"** en el Palacio San Martín de la Ciudad de Buenos Aires junto a autoridades nacionales, autoridades provinciales de salud sexual y reproductiva, referentes de salud sexual de los programas provinciales y del Plan Enia (embarazo no intencional en la adolescencia) así como otras organizaciones integrantes del Consejo Asesor de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Durante el acto se recordó las instancias vividas en ambas cámaras legislativas con respecto a la sanción de la ley y se sumó el reconocimiento a las distintas asociaciones civiles y/o feministas que, con su militancia y trabajo con las bases, culminaron con la aprobación de la **ley 27.610 de interrupción voluntaria y legal del embarazo**. No puedo dejar de mencionar con orgullo que durante la ceremonia dos integrantes de nuestra Comisión Científica han sido premiadas por su trayectoria, Silvia Oizerovich y Gabriela Perrotta, ambas referentes en el campo de la Salud y Derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

A partir de la sanción de la ley nacional 25.573, y con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, se estableció la provisión gratuita de métodos anticonceptivos, tanto en el subsistema público como en las obras sociales y prepagas, garantizando derechos fundamentales de las personas como son los derechos sexuales y reproductivos para decidir si tener o no tener hijos, cuándo tenerlos y con qué intervalo entre uno y otro.

Contamos en Argentina también con una **ley de Educación Sexual Integral 26.150** que establece que "TODOS los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en TODOS los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal", y crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral cuyos objetivos son incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas, asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral, promover actitudes responsables ante la sexualidad, prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

A pesar de los avances realizados, sobre todo en la disminución de la tasa de fecundidad en la adolescencia, **todavía las tasas de embarazos no planificados continúan altas**, tanto en Argentina como en el mundo. Sin duda el tema de la reproducción humana no se trata sólo de un conjunto de leyes y programas sino que lleva consigo distintas aristas o problemáticas sociales, económicas, políticas, geográficas, personales, que exceden por largo el objetivo de esta editorial, pero sobre las cuales se deberá seguir trabajando.

Como asociación científica nos toca la labor de crear y sobre todo difundir contenidos para que todxs lxs profesionales que intervengan en salud sexual y reproductiva cuenten con información

basada en la mejor evidencia científica disponible. Lo hacemos a través de nuestras redes sociales: Instagram para comunidad @anticoncepcionymas, para profesionales @amada\_saludreproductiva, a través del Facebook, página web y principalmente a través de la Revista de AMAdA, cuyo equipo editorial encabezado por las Dras. Daniela Faranna y Mariana Marrone se ocupa de recibir y clasificar los trabajos científicos, así como revisar las últimas novedades internacionales con respecto a anticoncepción, salud sexual y reproductiva. En este número en sintonía con lo expresado sobre marco legal y las distintas problemáticas se publica un trabajo sobre las experiencias de articulación intersectorial entre los equipos de salud del primer nivel de atención y las escuelas medias a través de las consultorías integrales en salud sexual y reproductiva, con perspectiva de género, derechos y diversidad.

Las investigadoras del Hospital Italiano nos presentan cuáles fueron los motivos para la inserción del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel dentro un sistema de salud privado, pero con acceso facilitado con costo reducido.

Los métodos de anticoncepción de barrera, tales como el preservativo para penes y el preservativo para vaginas son la única forma de prevenir el embarazo no planificado y simultáneamente proteger contra las infecciones de transmisión sexual. Contamos en este número con una excelente actualización sobre este tema no siempre profundizado, con las últimas investigaciones, sobre todo en relación al preservativo para vulvas, y que incluye el estudio que se llevó a cabo en nuestro país para evaluar su aceptabilidad en mujeres de entre 16 y 29 años del área metropolitana de Buenos Aires.

Un resumen del 16° Congreso de la Sociedad Europa de Anticoncepción y Salud Reproductiva que tuvo lugar en Bélgica en mayo de este año nos reúne temas como estetrol, el estudio Kyss, drospirenona sola y riesgo de trombosis con formulaciones con estrógenos naturales, entre otros.

Una revisión bibliográfica sobre la práctica de mindfulness para mejorar la calidad de vida y hacer que el encuentro sexual sea satisfactorio y placentero y la inserción del implante anticonceptivo en el momento de la toma de la mifepristona para la interrupción de un embarazo, completan este último número del año que esperamos puedan ser de suma utilidad para su actualización y práctica diaria.

No quiero dejar de invitarlxs a seguir nuestras actividades a través de las redes sociales, del newsletter de envío mensual, de nuestra página web [www.amada.org.ar](http://www.amada.org.ar) y a participar de nuestros cursos online de inicio inmediato sobre Interrupción voluntaria del embarazo de primer trimestre y anticoncepción en circunstancias particulares disponibles en

<http://www.amada.org.ar/index.php/profesionales/cursos-online>

El comité editorial y sus colaboradoras les desean felices fiestas y un próximo encuentro en el 2023.

# Indicación del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en 1000 usuarias dentro un sistema de salud con acceso facilitado

Autores: Ciarmatori, S., Orti, M., Bozza, L.,  
Velazco, A., Jacod, N., De Cos, J..

\* Sección Planificación Familiar, Servicio de Ginecología  
del Hospital Italiano de Buenos Aires



## Resumen

**Introducción:** El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU LNG 52 mg) es un método anticonceptivo (MAC) de altísima eficacia, seguro y con numerosos efectos beneficiosos no contraceptivos. Si bien casi todas las mujeres pueden utilizarlo, el costo inicial limita su utilización. Tanto el SIU LNG 52 mg como los otros LARCs (DIU e implante) son los MAC más elegidos cuando son provistos gratuitamente. En Argentina la colocación de SIU LNG 52 mg siempre fue una práctica privada con un costo promedio de 250-300U\$, hasta que, en noviembre 2019, una normativa nacional estableció que las empresas de medicina prepaga debían cubrir el costo del SIU al 100% en indicaciones específicas: sangrado menstrual abundante (SMA), endometriosis (EDT) o contraindicación a otros MAC.

**Objetivo:** analizar las indicaciones de 1000 colocaciones de SIU LNG 52 mg antes de la promulgación de la resolución, en el sistema de medicina prepaga del Hospital Italiano de Bs.As. (HIBA) que, si bien no lo proveía en forma gratuita, sí ofrecía un acceso económico facilitado (costo U\$100) a sus afiliadas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se reclutaron todas las pacientes a quienes se les colocó un SIU LNG, previo asesoramiento, en la sección de Planificación Familiar del HIBA entre enero 2015 y noviembre 2019, a un costo reducido (U\$100). Se analizaron los datos epidemiológicos y el motivo de *indicación principal* y de *indicación secundaria*, si hubiera.

**Resultados:** En el periodo evaluado se colocaron 1000 SIU LNG 52 mg con acceso económico facilitado. La mediana de edad fue 39 años (14-89). El 86,2% (n: 862) tenía antecedente de uno o más hijos; solo un 14,8% era nulípara. Los motivos de *indicación principal* fueron: como MAC (62,4%; n: 624), SMA (32,5%; n: 325), EDT (3,8%; n: 38), patología endometrial (1,1%; n: 11) y oposición al estrógeno en la terapia de la menopausia (0,2%; n: 2). De las 624 mujeres que optaron por SIU LNG 52 mg como MAC, más de la mitad (n: 364) lo eligió simplemente porque preferían sangrar menos o por su alta eficacia anticonceptiva. De las *indicaciones secundarias* (n: 521) las más frecuentes fueron la anticoncepción (n: 262; 50,2 %) y SMA (n: 243; 46,6%). El 9,5% de pacientes presentaba una contraindicación absoluta o relativa para el uso de anticoncepción hormonal combinada. De las 1000 colocaciones, en 636 (63,6%) se colocó para conseguir un efecto beneficioso no contraceptivo (como indicación principal o secundaria).

**Conclusiones:** A pesar de contar con un acceso facilitado, la mayoría de las mujeres opta por un SIU LNG 52 mg hacia el final de su vida reproductiva y cuando tiene alguna condición o patología asociada. De estas condiciones, el SMA es el motivo más frecuente. Un tercio de las mujeres lo elige como tratamiento del SMA, independientemente de la necesidad de anticoncepción. Sin embargo, otro tercio de las mujeres eligen abonar este MAC solo para sangrar menos o por



mayor confianza en su eficacia anticonceptiva. Menos de un 15% son nulíparas. El uso de SIU LNG 52 mg por contraindicación a la anticoncepción hormonal combinada es menor al 10%.

## Introducción

El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU LNG 52 mg) es un método anticonceptivo (MAC) que fue diseñado en Finlandia a mediados de la década de 1970. Debido a su eficacia anticonceptiva y otros beneficios que proporciona actualmente es considerado por muchos un método “casi ideal”. Se trata de un método reversible de larga duración o LARC (del inglés, *long acting reversible contraception*), seguro y de altísima eficacia. Su uso ha sido aprobado en más de 120 países<sup>[1]</sup>, incluida la Argentina. Además de su efecto anticonceptivo, el SIU LNG resulta beneficioso en el tratamiento de enfermedades ginecológicas relacionadas con el sangrado menstrual abundante (SMA) y la dismenorrea, como por ejemplo, la endometriosis, los leiomiomas o la adenomiosis, así también como en la prevención/tratamiento de la hiperplasia endometrial y del cáncer de endometrio en etapa temprana<sup>[2]</sup>.

Cualquier mujer puede utilizar el SIU LNG; sin embargo, debido al alto costo del insumo, su indicación suele ser restrictiva: frecuentemente su uso se limita a mujeres que necesiten algún método anticonceptivo de alta eficacia y tengan contraindicación a otro método, o deban beneficiarse de alguna de las otras ventajas específicas que se mencionaron previamente.

Ha sido evaluado en diferentes estudios que desde el punto de vista anticonceptivo, los LARCs - categoría de métodos que también incluye al clásico dispositivo intrauterino (DIU de Cobre) y al implante anticonceptivo subdérmico- ofrecen la mejor relación costo beneficio<sup>[3],[4]</sup>. Sin embargo, algunas guías internacionales señalan que cuando el SIU LNG 52 mg se ofrece solo como anticonceptivo a todas las mujeres de manera gratuita - y no por otra indicación médica- la ecuación costo beneficio es más desfavorable que la administración de un DIU de cobre, dado que el valor de este último es mucho menor<sup>[5]</sup>. Por ello, en la mayoría de los países, el pago de la provisión del insumo SIU LNG 52 mg y el costo de la práctica de la colocación corren por cuenta de la usuaria. En nuestro país, la provisión y colocación del SIU LNG 52 mg estuvo bajo esta modalidad hasta hace muy poco tiempo atrás, con un valor de mercado de 250 a 300 U\$, un valor similar al que se comercializa en el resto del mundo. En noviembre 2019, la resolución 2922/2019 del Ministerio de Salud<sup>[6]</sup> incluyó el SIU LNG 52 mg dentro del plan médico obligatorio, pero con carácter restrictivo. Esta modalidad significa que solo recibirán el 100% de cobertura en la provisión y la práctica de la colocación del SIU LNG 52 mg en tres situaciones específicas: para las mujeres que presenten SMA, cuando el SIU LNG 52 mg deba ser indicado por alguno de sus beneficios no contraceptivos (ej., endometriosis), o en situaciones en las que el único MAC que pueda ser utilizado sea el SIU LNG 52 mg por contraindicación a otros MAC. En el sistema de salud público, esta normativa ya estaba vigente desde el año 2015.

También desde ese año, la prepaga del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Plan de Salud del Hospital Italiano, ha ofrecido una cobertura parcial de la provisión y de la práctica de la colocación del SIU LNG 52 mg a toda afiliada que deseara colocarlo en la sección de Planificación Familiar del HIBA. Efectivamente, desde 2015, las mujeres afiliadas al Plan de Salud tuvieron un descuento de entre el 60 y 70% respecto al valor del mercado (solo abonaban de U\$ 80 a 100 aproximadamente). Este acceso económico facilitado permitió que muchas usuarias pudieran colocarse este beneficioso MAC, aun cuando no presentaban SMA, o por alguna otra indicación no contraceptiva. A partir de noviembre del 2019, la sección de Planificación Familiar del HIBA adhirió a las normativas de la Resolución 2922/2019. Esto es: cobertura del 100% para las indicaciones previstas en la resolución y una cobertura del 60/ 70% respecto del valor del mercado, en aquellos casos que estuvieran por fuera de dichas indicaciones.

El objetivo del presente estudio fue analizar las indicaciones de 1000 SIU LNG 52 mg colocados antes de la promulgación de la resolución, en un sistema de salud que, si bien no lo proveía en forma gratuita, sí ofrecía un acceso económico facilitado (costo U\$100 aproximadamente)

## Material y métodos

Estudio descriptivo de cohorte retrospectivo. Fueron incluidas todas las pacientes a quienes se les colocó un SIU LNG 52 mg, en la sección de Planificación Familiar del Hospital Italiano de Bs. As. entre enero 2015 y setiembre 2019 y que lo hubieran hecho bajo la modalidad de acceso facilitado (costo aproximado U\$100). Fueron excluidas del análisis aquellas pacientes que lo hubieran abonado con la modalidad de paciente particular (valor aproximado 250 a 300 U\$). Todas las mujeres fueron asesoradas detalladamente previamente a la colocación, especialmente acerca de los potenciales efectos adversos, los posibles cambios en el patrón menstrual, beneficios esperables y potenciales complicaciones (expulsión, perforación uterina e infección). Todas las mujeres firmaron el consentimiento informado. Se analizaron los datos epidemiológicos (edad y paridad previa), uso previo de dispositivo intrauterino, presencia de comorbilidades, contraindicación para otros MAC e indicación de la colocación. Se registraron las siguientes categorías de indicación: anticoncepción, sangrado menstrual abundante, patología endometrial, endometriosis y oposición al estrógeno durante la terapia hormonal de la menopausia

En aquellas mujeres que presentaban más de una de estas indicaciones, se registraron las dos indicaciones más importantes y se definió como *indicación principal* al motivo más importante de colocación, y al siguiente, *indicación secundaria*.

Se definió la presencia de SMA cuando la mujer se viera afectada al menos en dos de tres áreas: 1) que la cantidad de sangrado tuviera un impacto en la calidad de vida, o 2) que tuviera un impacto físico y/o 3) que, en la estimación subjetiva, la cantidad de sangrado fuera realmente abundante. Las preguntas utilizadas para evaluar estas áreas se detallan en tabla 1.

## Resultados

En el periodo evaluado se colocaron 1000 SIU LNG 52 mg a mujeres bajo la modalidad de acceso económico facilitado (costo de 100U\$ aproximadamente). La mediana de edad fue 39 años (14-89 años). El 86% (n: 862) tenía antecedente de uno o más hijos.

El motivo de indicación principal se muestra en la Figura 1. De las *indicaciones principales*, la anticoncepción fue la indicación más frecuente: en casi dos tercios de las usuarias (62,4% de las indicaciones, n: 624) fue la primera indicación. El SMA, como *indicación principal*, fue la segunda indicación más frecuente: en un tercio de las mujeres (32,5% de las colocaciones, n: 325) se colocó el SIU LNG como tratamiento del SMA. La patología endometrial, la endometriosis y la oposición al estrógeno durante la terapia hormonal con estrógenos en la menopausia, como *indicación principal*, fueron categorías mucho menos frecuentes: entre las 3 sumaron poco más del 5% (n: 51).

De las 1000 colocaciones, en 521 pacientes (52,1%) se registró más de una indicación. De estas 521 *indicaciones secundarias*, la anticoncepción y el SMA también fueron las indicaciones más frecuentes: en el 50,2 % (n: 262) fue anticoncepción y en el 46,6% (n: 243) fue SMA. En la tabla 2 se detalla el total de *indicaciones principales y secundarias*.



El análisis de los casos con más de una indicación mostró que las combinaciones más frecuentes fueron anticoncepción (como *indicación principal*) asociada a SMA (*indicación secundaria*) (n: 239), o a la inversa (SMA como *indicación principal* asociada a anticoncepción como *indicación secundaria*) (n: 249). Estas combinaciones se observaron en casi la mitad de las 1000 pacientes estudiadas (48,8%)

De las 624 mujeres que optaron por el SIU LNG 52 mg como MAC (*indicación principal*), más de la mitad (n: 364) eligieron simplemente el SIU LNG 52 mg porque preferían sangrar menos o por su alta eficacia anticonceptiva (no tenían otra indicación secundaria). Dentro de este grupo también están incluidas algunas mujeres que debieron optar por el SIU debido a que necesitaban anticoncepción de alta eficacia y presentaban alguna contraindicación para el uso de anticonceptivos orales combinados (ACO) o tratamiento con estrógenos. El porcentaje de mujeres con comorbilidades que contraindicaban el uso de alguna forma de anticoncepción combinada o estrógenos fue 9,5% y los motivos se detallan en la tabla 3.

Finalmente, se analizó cuál fue la totalidad de mujeres en las que el SIU LNG fue colocado por alguna indicación no contraceptiva (sea como indicación principal o como indicación secundaria). De las 1000 usuarias, casi dos tercios presentaban una condición y/o comorbilidad asociada que hacían del SIU LNG 52 mg la terapéutica de elección (tabla 2).

## Discusión

El SIU LNG 52 mg es un LARC que presenta numerosos beneficios no contraceptivos. Es un dispositivo en forma de T con un reservorio de levonorgestrel (LNG) de 52 mg y que libera 20 µg /día de LNG en la cavidad uterina durante un período de 5 años<sup>[7]</sup>. El LNG es un derivado de la 19-nortestosterona que produce un profundo efecto progestacional sobre el endometrio. El SIU LNG 52 mg proporciona niveles séricos de LNG relativamente bajos; en contraste, la concentración local de LNG en endometrio y tejidos adyacentes es alta. Esto conduce a la decidualización del estroma, adelgazamiento de la mucosa endometrial y, finalmente, por supresión del crecimiento endometrial, un endometrio inactivo<sup>[8]</sup>. Este efecto es el que ha permitido que se utilice en otras situaciones, más allá de la anticoncepción. Las tres indicaciones aprobadas por la Food & Drug Administration (FDA) para el uso del SIU LNG 52 mg son la anticoncepción, el tratamiento del SMA y la protección del endometrio durante la terapia hormonal con estrógenos en la menopausia (THM)<sup>[9]</sup>.

Sin embargo, en la práctica, el SIU LNG 52 mg, además de utilizarse para anticoncepción, se indica en el tratamiento de enfermedades ginecológicas relacionadas con el sangrado menstrual abundante y la dismenorrea, como por ejemplo la endometriosis, los leiomiomas o la adenomiosis<sup>2</sup>, y la prevención/tratamiento de la hiperplasia endometrial y del cáncer de endometrio en etapa temprana<sup>[10]</sup>. Efectivamente, se ha demostrado su utilidad en el tratamiento de condiciones resultantes de la exposición del endometrio a los estrógenos sin oposición, tanto exógenos o endógenos.

El SMA es una condición relativamente frecuente, que suele tener un impacto físico, psicológico y social negativo sobre la mujer que lo sufre, afecta su calidad de vida, puede disminuir su productividad laboral y produce altos costos en la utilización de los recursos de salud<sup>[11]</sup>. Afecta aproximadamente al 10 a 15% de las mujeres<sup>[12],[13]</sup>. Existe una asociación demostrada entre SMA y anemia ferropénica<sup>[14]</sup>. Clásicamente ha sido definido como una pérdida de sangre por ciclo menstrual mayor de 80 ml. La evaluación cuantitativa del volumen de la pérdida de sangre de manera objetiva debe emplear un método engorroso (método de hematina alcalina) y no se utiliza en la práctica clínica. Por ello, habitualmente se toma como referencia la percepción

subjetiva del sangrado menstrual excesivo percibido por la propia mujer. Sin embargo, esta medida no siempre se ajusta a la realidad, debido a que muchas mujeres no refieren con exactitud la cantidad de sangre menstrual que pierden. Así, Chimbira y col. publicaron que casi la mitad de las mujeres que tenían pérdidas de menos de 80 ml pensaban que tenían hemorragias intensas, mientras que el 34% de aquellas con sangrados mayores de 80 ml pensaban que sus menstruaciones eran normales.<sup>[15]</sup> La valoración del número de toallitas higiénicas o de tampones tampoco se relaciona fielmente con la pérdida exacta. Por tal motivo, preguntarle a la mujer durante la anamnesis si sangra mucho o poco durante la menstruación no permite una valoración adecuada. Teniendo en cuenta estos conceptos, adoptamos un cuestionario protocolizado<sup>[16]</sup>, que si bien se trata de una estimación subjetiva, tiene en cuenta las distintas áreas en la que una mujer con SMA suele verse afectada. La presencia de palpitaciones, excesivo cansancio o agitación, como síntomas de la deficiencia de hierro, se observa en el 80% de las mujeres que presentan SMA<sup>[17],[18]</sup>. Del mismo modo, la presencia de coágulos se observa más frecuentemente en aquellas mujeres que tienen sangrados mayores de 80 ml. Si además la mujer debe elegir especialmente qué indumentaria utilizar en esos días por temor a mancharse la ropa o debe disminuir sus actividades diarias, especialmente la actividad física, o disminuye su rendimiento laboral (impacto en la calidad de vida), es altamente probable que el sangrado supere los 80 ml<sup>[19]</sup>. En estos casos, las mujeres suelen referir que cambian el apósito o el tampón antes de las 2hs, o durante la noche, o utilizan simultáneamente apósito y tampón<sup>18,19</sup>. Comúnmente, las mujeres con SMA suelen responder afirmativamente a todas estas preguntas.

El tratamiento clásico del SMA ha sido la histerectomía; sin embargo, es un tratamiento muy invasivo y no es una opción para mujeres que no han completado su paridad<sup>13</sup>. Afortunadamente existen alternativas, como el ácido tranexámico, los antiinflamatorios no esteroideos, el danazol, los anticonceptivos orales combinados, los progestágenos y el SIU LNG 52 mg. De todas estas alternativas, el SIU LNG 52 mg es la opción que ha demostrado reducir significativamente la pérdida del sangrado menstrual a 6 meses y un año de tratamiento, con igual o mayor satisfacción que los otros tratamientos y con una notable mejoría en la calidad de vida<sup>[20]</sup>.

Siguiendo el cuestionario mencionado, en la población estudiada, un tercio de las mujeres necesitó el SIU LNG 52 mg como tratamiento del SMA, es decir, fue la indicación principal. Si bien muchas de estas mujeres podían necesitar también anticoncepción, el tratamiento del SMA era la prioridad. En general estas mujeres habían probado otras alternativas terapéuticas (ACO, gestágenos, AINEs) y no habían obtenido buenos resultados. En otras situaciones, como por ejemplo, mujeres que necesitaban anticoncepción y tenían mucho sangrado, pero podían optar por otro MAC, -como los ACO-, se registró como indicación principal anticoncepción, y SMA como indicación secundaria. Del mismo modo, las mujeres que tenían sangrado excesivo debido a que estaban usando un DIU de cobre, pero previamente al DIU no tenían SMA, se consideraron la anticoncepción como indicación principal, y SMA como indicación secundaria. Esta información que habíamos comenzado a registrar desde el 2015 fue un dato muy valioso para el sistema de prepaga del Hospital Italiano (se trata de un hospital privado) porque a raíz de la normativa gubernamental publicada en noviembre del 2019 (5 años más tarde) esta evaluación permitió hacer una estimación del número de casos anuales de colocaciones de SIU LNG 52 mg en los que prepaga debía hacerse cargo de la cobertura al 100% y en cuántos casos podía brindar una cobertura parcial.

Como se comentó previamente, el SIU también ha demostrado efectividad en la prevención y o tratamiento de patologías endometriales. Ejemplo de ello es el tratamiento de la hiperplasia endometrial (HE)<sup>[21],[22]</sup>. En ausencia de tratamiento, la HE puede progresar a cáncer endometrial, particularmente en presencia de atipia nuclear histológica. Los progestágenos orales se han utilizado como tratamiento de la HE sin atipia, y en algunos casos de HE con atipia en mujeres que desean conservar la fertilidad, o que no desean someterse a la cirugía. Dado que el SIU LNG

52 mg administra alta concentración de progestágeno en cavidad uterina, se ha probado su eficacia para revertir la EH: en numerosos ensayos clínicos randomizados y aleatorizados, este dispositivo demostró alcanzar la remisión de la HE a corto plazo (hasta seis meses)<sup>[23],[24],[25],[26],[27]</sup> y a largo plazo (hasta dos años)<sup>[28]</sup>. Incluso se ha probado que su uso en estos casos puede reducir el número de histerectomías, con menos efectos adversos, menor tasa de abandono y mayor satisfacción en comparación con el tratamiento de gestágenos orales<sup>[29]</sup>.

El cáncer de endometrio es la neoplasia maligna ginecológica más común en los países desarrollados y el tratamiento de elección es la anexohisterectomía total. Habitualmente se desarrolla a partir de la sexta década de la vida; sin embargo, 5% de todos los cánceres de endometrio se desarrolla en mujeres menores de 40 años y la mayoría suelen ser nulíparas al momento del diagnóstico. Para estas mujeres, la anexohisterectomía total puede no ser el tratamiento ideal si están interesadas en la fertilidad futura. Dentro de las opciones de tratamientos conservadores, el SIU LNG 52 mg ha demostrado lograr una tasa remisión completa adecuada (cerca al 80%)<sup>[30],[31],[32]</sup>, baja tasa de recurrencia (11,0%) y una tasa de embarazo posterior del 56,0%<sup>[33]</sup>. Por lo tanto, se considera una excelente alternativa para mujeres que desean preservar fertilidad. En el otro extremo, algunas pacientes con carcinoma de endometrio mayores postmenopáusicas presentan alto riesgo quirúrgicos por las frecuentes comorbilidades que padecen (hipertensión, obesidad, diabetes). En estas mujeres, la colocación de un SIU LNG 52mg puede frenar la proliferación de la enfermedad y reducir los sangrados/spotting aleatorios que se asocian al carcinoma de endometrio, sin exponer a las pacientes a los riesgos propios de la cirugía.

Como se explicó anteriormente, por su efecto a nivel endometrial, la FDA también ha aprobado el uso del SIU LNG para la protección del endometrio durante la terapia hormonal con estrógenos en mujeres posmenopáusicas<sup>[34]</sup>. En nuestra muestra, el porcentaje de mujeres a quienes se colocó el SIU LNG por esta indicación fue muy bajo. Sin embargo, a muchas de las mujeres a quienes se les había colocado el SIU LNG 52mg por otra indicación (SMA, anticoncepción) y entraron en la menopausia en el periodo de efectividad del endoceptivo, se les ofreció dejar el SIU LNG para proteger el endometrio en caso de que necesitaran THM con estrógeno (via oral o transdérmica)<sup>[35]</sup>.

Una indicación no autorizada por la FDA es el tratamiento de la EDT. Si bien es una indicación *off label*, existe una vasta evidencia del beneficio que produce el endoceptivo en cuanto a disminuir la recurrencia de la EDT después de la cirugía, reducir la proliferación de la enfermedad - especialmente en los casos de EDT profunda-, y disminuir la dismenorrea<sup>[36],[37],[38],[39],[40],[41]</sup>. El número de colocaciones por EDT en nuestra muestra fue solo de 38, pero consideramos que puede haber habido un subregistro, dado que es posible que a algunas de estas mujeres se les haya colocado el SIU LNG 52mg en el mismo procedimiento quirúrgico y no pasaron por el servicio de Planificación Familiar.

Un grupo importante de usuarias de endoceptivo lo constituyen las mujeres que presentan como antecedente una morbilidad o factor de riesgo que contraindica el uso de anticoncepción hormonal combinada, y tampoco pueden optar por un DIU de cobre por el sangrado abundante que produce. En nuestro estudio, el motivo más frecuente en este grupo de mujeres fueron las mujeres con patologías cardiovasculares (hipertensión, antecedente de trombosis, enfermedad coronaria o ACV), o factores de riesgo cardiovascular (obesidad, tabaquismo, dislipemias), o diabetes de más de 20 años de evolución.

Es interesante destacar que más de un tercio de las mujeres optaron por un SIU LNG 52mg porque preferían utilizar un método que no dependiera de la toma diaria, de altísima eficacia y porque, a pesar de no tener SMA, preferían sangrar menos. En otras palabras, optaron por el endoceptivo porque lo consideraron más cómodo. El motivo de esta elección no debe

subestimarse cuando se trata de la elección de un MAC: está ampliamente demostrado que la adherencia al MAC está estrechamente relacionada a la comodidad y la facilidad de uso para la usuaria. Cuanto mayor es la *compliance* al MAC, menor es la probabilidad de falla del método y menor es la tasa de discontinuación. Un método que se usa sostenidamente en el tiempo, y se usa correctamente, es un método que puede prevenir de manera efectiva el embarazo no intencionado.

Una de las principales fortalezas de nuestro estudio es haber incluido un gran número de colocaciones de SIU LNG y haber registrado los dos motivos principales de indicación. Hasta donde hemos podido investigar, ningún otro estudio ha abordado estos tópicos. La información obtenida fue muy importante para los directivos de la prepaga del Hospital Italiano, porque le permitió hacer una estimación del número de casos en que debía otorgar una cobertura del 100% (a raíz de la normativa del 2019) y en qué casos podía ofrecer una cobertura parcial. Otra de las fortalezas es que quienes asesoraron y colocaron los 1000 SIU LNG 52mg fueron las mismas seis profesionales durante todo el periodo de estudio. Esto permitió trabajar con una uniformidad de criterios, especialmente en los casos de diagnósticos que tienen cierto nivel de subjetividad, como el del SMA.

Una debilidad de nuestro estudio es que podemos haber tenido un subregistro de algunos casos de indicaciones no contraceptivas, como los casos de pacientes con cáncer de endometrio, HE o EDT, por ejemplo, dado que estas mujeres son habitualmente tratadas por otras secciones del servicio de ginecología, como oncología ginecológica o patología ginecológica benigna. Así y todo, consideramos que, si eventualmente hubiera pacientes no registradas, debe tratarse de un número muy reducido de pacientes, dado que periódicamente les pedimos a los profesionales de esas secciones que envíen los datos a la sección de Planificación Familiar.

## Conclusión

El SIU LNG 52mg es un método anticonceptivo considerado por muchos un método “casi ideal”. Además de la altísima eficacia que provee, su efecto a nivel endometrial permite que sea utilizado en otras patologías o condiciones como la EDT o el SMA. Si bien cualquier mujer puede utilizar el SIU LNG 52mg, el alto costo del insumo suele limitar el número de colocaciones. Hasta dónde llega nuestro conocimiento este es el primer estudio que ha evaluado los dos principales motivos de colocación de SIU LNG 52mg en una vasta muestra de mujeres, en un sistema con acceso económico facilitado. Los resultados de nuestros muestran que a pesar de abonar un importe reducido, la mayoría de las mujeres opta por un SIU LNG 52mg hacia el final de su vida reproductiva, la mayoría ya han tenido hijos (menos de un 15% son nulíparas) y cuando tienen alguna condición o patología asociada. De estas condiciones, el SMA es el motivo más frecuente. Menos de un 10% optó por el SIU por contraindicación a la anticoncepción hormonal con estrógenos. Sin embargo, existe un número importante de mujeres que decide optar por el SIU LNG 52mg, solo por la ventaja adicional de sangrar menos, incluso a expensas de tener que pagar un valor de alrededor de 100U\$, cuando bien podrían optar por otros MAC con una cobertura del 100%, como el DIU o los ACO.

De esto se desprenden dos conclusiones principales. En primer lugar, lo frecuente que el método anticonceptivo, en este caso el SIU LNG 52mg, nos permite tratar una patología o una condición asociada, más allá de la anticoncepción. En segundo lugar, cuán importante resulta para las mujeres poder utilizar un MAC cómodo, de muy alta eficacia anticonceptiva y que produzca un muy buen perfil de sangrado, especialmente la reducción del mismo. Estas características justifican para muchas de ellas abonar un costo económico, a pesar de que podrían optar por otro MAC de alta eficacia de manera gratuita.

## Tablas y figuras:

**Tabla 1:** Criterios para objetivar el sangrado menstrual abundante (SMA):

- 1) Impacto en la calidad de vida
- 2) impacto físico
- 3) estimación de la cantidad de sangrado

1) Su menstruación ¿Le afecta la vida diaria?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Tiene que organizar sus actividades sociales alrededor de su sangrado menstrual?</i></li> <li>• <i>¿Le preocupa tener accidentes relacionados con el sangrado?</i></li> </ul>
2) ¿Le afecta físicamente su menstruación?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Elimina grandes coágulos de sangre durante su periodo?</i></li> <li>• <i>¿Se ha sentido débil, con palpitaciones, excesivo cansancio o sin aliento (síntomas de la deficiencia de hierro o anemia) durante su período menstrual?</i></li> </ul>
3) ¿Cuánto sangra durante el periodo?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>¿Debe cambiar el apósito o el tampón durante la noche? ¿Se ha despertado durante la noche descubriendo que el sangrado ha excedido el apósito y/o el tampón?</i></li> <li>• <i>Durante sus días de sangrado más abundante ¿tiene que cambiarse tampón o apósito apósito en menos de 2 horas?</i></li> </ul>

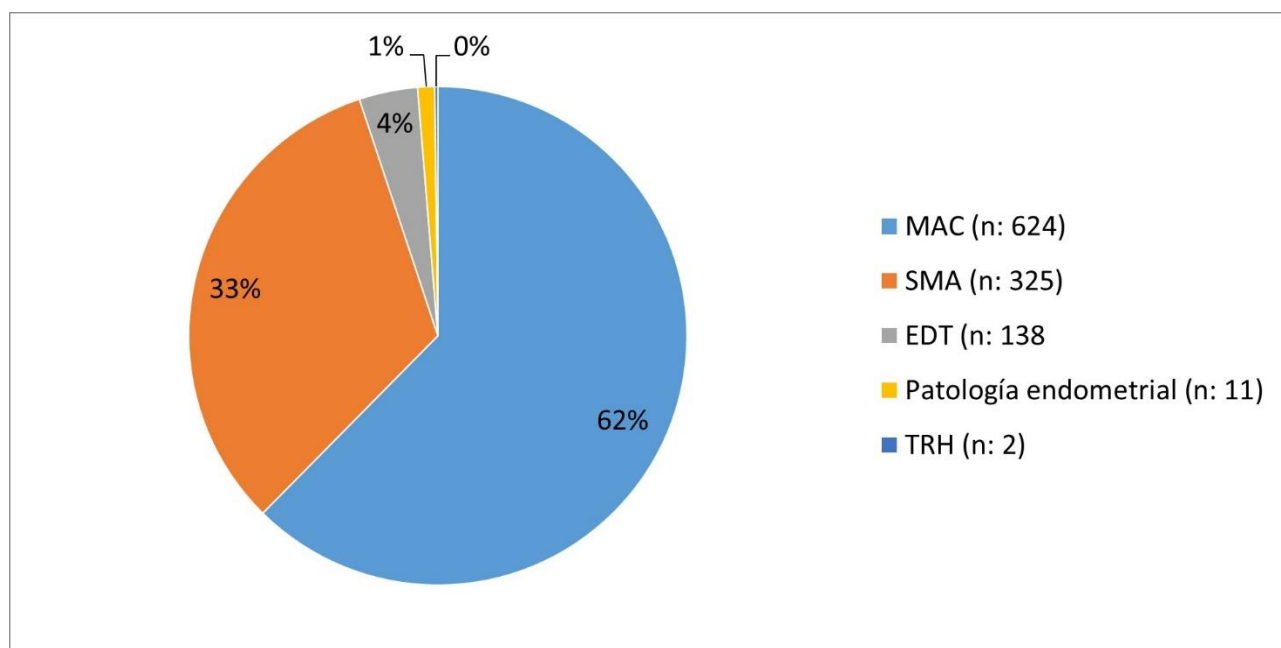
**Tabla 2**

Total de indicaciones de SIU LNG 52 mg (principales y secundarias*)	Indicación principal (n: 1000)	Indicación secundaria (n: 521)
Anticoncepción	624	262
SMA	325	243
EDT	38	14
Patología endometrial (hiperplasia, carcinoma de endometrio)	13	2
Oposición a los estrógenos en la TRH	2	

\*521 usuarias presentaban más de una indicación

Tabla 3:

<b>Pacientes con patologías/condiciones con contraindicación absoluta o relativa para el uso de ACO</b>	n: 95
Patología cardiovascular, factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemias, obesidad mórbida, DBT, tabaquismo)	47
Riesgo trombótico	8
Cirugía bariátrica (pre/post cirugía)	13
Migraña con aura	10
Otras patologías neurológicas (glioma, epilepsia)	5
Patología psiquiátrica	3
Patología autoinmune	3
Antecedente de patología oncológica	4
Trasplante hepático o renal con riesgo trombótico	6





# Bibliografía

- [1] Salem RM. New attention to the IUD: expanding women's contraceptive options to meet their needs. *Popul Rep B* 2006;1-26.
- [2] Kim, Mi-La, Seok Ju Seong. Clinical applications of levonorgestrel-releasing intrauterine system to gynecologic diseases. *Obstetrics & Gynecology Science* 2013; 56: 67-75.
- [3] Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015; 24(5):349-353. doi:10.1089/jwh.2015.5191
- [4] Lynch M, De Abreu Lourenco R, Flattery M, Haas M. Reviewing the cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in an Australian context. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019 Feb; 59(1):21-35. doi: 10.1111/ajo.12906. Epub 2018 Oct 12. PMID: 30311634.
- [5] Mavranouzouli I; LARC Guideline Development Group. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline. *Hum Reprod*. 2008 Jun;23(6):1338-45.
- [6] Ministerio de Salud y Desarrollo Social Resolución 2922/2019. Fecha de sanción 06-11-2019 Publicada en el Boletín Nacional del 07-Nov-2019
- [7] Bayer Health Care Pharmaceuticals Inc. Wayne, NJ 07470. Mirena. Highlights of prescribing information. Disponible en [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2009/021225s027lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021225s027lbl.pdf)
- [8] Perino A, Quartararo P, Catinella E, Genova G, Cittadini E. Treatment of endometrial hyperplasia with levonorgestrel releasing intrauterine devices. *Acta Eur Fertil* 1987; 18:137-40.
- [9] Center for Drug Evaluation and Research Approval Package for: NDA 021225 S-031. Mirena.(2015) Disponible en [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/nda/2015/021225orig1s031.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/021225orig1s031.pdf)
- [10] Dominick S, Hickey M, Chin J, et al. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. *Cochrane Database Syst Rev* 2015: CD007245. 10.1002/14651858.CD007245
- [11] Liu Z, Doan QV, Blumenthal P, Dubois RW. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. *Value Health*. 2007; 10:173-82
- [12] Fraser IS, Langham S,Uhl-Hochgraeber K. Health-related quality of life and economic burden of abnormal uterine bleeding. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2009; 4:179-89.
- [13] Milsom I. The levonorgestrel-releasing intrauterine system as an alternative to hysterectomy in peri-menopausal women. *Contraception*. 2007;75:S152-S154
- [14] National Institute for Health and Clinical Excellence. Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Heavy menstrual bleeding. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG44/Guidance/pdf/English>.

- [15] Chimbira T H, Anderson A B , Turnbull AC. Relation between measured menstrual blood loss and patients subjective assessment of loss, duration of bleeding, number of sanitary towels used, uterine weight and endometrial surface area . *Brit J Obst Gynecol* 1980; 87:603-609
- [16] Acuña JM, Ciarmatori SC, Silva-Filho AL, Calaf Alsina J. HELP - Heavy menstrual bleeding (HMB): Evidence-based Learning for Best Practice. Challenges in the diagnosis and management of HMB. Presentación en el 4<sup>th</sup> Women´s Health Summit. San Pablo, Brazil. Septiembre 2016
- [17] World Health Organization. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. Geneva, 2001
- [18] Hallberg L, et al. Menstrual blood loss: a population study. Variation at different ages and attempts to define normality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1966; 45:320-51.
- [19] Bitzer J, Serrani M, Lahav A. Women´s attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *Open Access J Contraception* 2013;4: 21–28.
- [20] Bofill Rodriguez M, Lethaby A, Jordan V. Progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;6(6):CD002126. Published 2020 Jun 12. doi:10.1002/14651858.CD002126.pub4
- [21] Ørbo A, Arnes M, Hancke C, Vereide AB, Pettersen I, Larsen K. Treatment results of endometrial hyperplasia after prospective D-score classification: a follow-up study comparing effect of LNG-IUD and oral progestins versus observation only. *Gynecologic Oncology* 2008;111(1):68-73
- [22] Bahamondes L, Ribeiro-Huguet P, Andrade KC, Leon-Martins O, Petta CA. Levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) as a therapy for endometrial hyperplasia and carcinoma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2003;82:580-2
- [23] Abdelaziz AM, Abosrie M. Levonorgestrel-releasing intrauterine system is an efficient therapeutic modality for simple endometrial hyperplasia. *Journal of American Science* 2013; 9:417-24.
- [24] Ørbo A, Vereide A, Arnes M, Pettersen I, Straume B. Levonorgestrel-impregnated intrauterine device as treatment for endometrial hyperplasia: a national multicentre randomized trial. *BJOG* 2014; 121(4):477-86.
- [25] Rezk M, Kandil M, Saleh S, Shaheen A. Comparison of levonorgestrel-releasing intrauterine system, medroxyprogesterone and norethisterone for treatment of endometrial hyperplasia without atypia: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology International* 2016;5:00163
- [26] Rizvi S, Ghaffar S, Haider R, Jafri A. Levonorgestrel Intrauterine System (LNG-IUS) versus medroxyprogesterone acetate for the treatment of endometrial hyperplasia: a randomized control trial. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences* 2018; 12:675-8.
- [27] Dolapcioglu K, Boz A, Baloglu A. The efficacy of intrauterine versus oral progestin for the treatment of endometrial hyperplasia. A prospective randomized comparative study. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 2013; 40: 122-6.
- [28] El Behery MM, Saleh HS, Ibrahiem MA, Kamal EM, Kassem GA, Mohamed Mel S. Levonorgestrel-releasing intrauterine device versus dydrogesterone for management of endometrial hyperplasia without atypia. *Reproductive Sciences* 2015;22:329-34

- [29] Mittermeier, T., Farrant, C., et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 9. Art N° CD012658. DOI: 10.1002/14651858. CD012658.pub2.
- [30] Alonso S, Castellanos T, Lapuente F, Chiva L. Hysteroscopic surgery for conservative management in endometrial cancer: a review of the literature. *E cancermedicalscience*. 2015 Feb 3;9:505;9:505.
- [31] Dhar KK, NeedhiRajan T, Koslowski M, et al. Is levonorgestrel intrauterine system effective for treatment of early endometrial cancer? Report of four cases and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2005;97:924–74
- [32] Chiva de Agustín L, Lapuente Sastre F, Corraliza Galán V, Granados Galainena L, González Martín A, González Cortijo L, Carballo González N. Conservative management of patients with early endometrial carcinoma: a systematic review. *Clin Transl Oncol*. 2008 Mar; 10:155-62.
- [33] Fan Z, Li H, Hu R, Liu Y, Liu X, Gu L. Fertility-Preserving Treatment in Young Women With Grade 1 Presumed Stage IA Endometrial Adenocarcinoma: A Meta-Analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2018; 28:385-393.
- [34] Center for Drug Evaluation and Research Approval Package for: NDA 021225 S-031. Mirena.(2015) Disponible en
- [35] Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit Contraception for Women Aged Over 40 Years. Published August 2017 Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrhguidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/> September 2019)|[https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/nda/2015/021225orig1s031.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/021225orig1s031.pdf)
- [37] Tanmahasamut P, Rattanachaiyanont M, Angsuwathana S, Techatraisak K, Indhavivadhana S, Leerasing P. Postoperative levonorgestrel-releasing intrauterine system for pelvic endometriosis-related pain: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:519-26
- [38] Somigliana E, Busnelli A, Benaglia L, et al.. Postoperative hormonal therapy after surgical excision of deep endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;209:77–80
- [39] Koga K, Takamura M, Fujii T, Osuga Y. Prevention of the recurrence of symptom and lesions after conservative surgery for endometriosis. *Fertil Steril* 2015;104:793–801
- [40] Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29:400–12
- [41] Kim HY, Song SY, Jung SH, Song HJ, Lee M, Lee KH, Jung YW, Yoo HJ. Long-term efficacy and safety of levonorgestrel-releasing intrauterine system as a maintenance treatment for endometriosis. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Mar 11; 101(10):e29023.

# Consultorías integrales en salud sexual y reproductiva: dispositivo intersectorial para garantizar derechos en la población adolescente

Autores: María Pía Elissetche<sup>1</sup>, Graciela Giorgetti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médica Generalista. Especializada en Educación Sexual Integral. Becaria Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del GCABA.

<sup>2</sup>Psicopedagoga. Diplomada en Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, Gestión Integral de Políticas, Programas y Servicios.

Integrante de la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS, en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva y VIH, Ministerio de Salud del GCABA. Psicopedagoga de planta en CeSAC N°12, Área Programática del Hospital Pirovano



## Resumen

### *Objetivo*

Conocer las experiencias de articulación intersectorial entre los equipos de salud del primer nivel de atención y las escuelas medias a través de las consultorías integrales en salud sexual y reproductiva (SSyR), con perspectiva de género, derechos y diversidad.

### *Métodos*

Para el trabajo de campo se confeccionó una guía de preguntas dirigida a referentes de SSyR de los efectores de salud. Fueron relevados 29 centros del primer nivel, que corresponden a 10 Áreas Programáticas de Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en el período comprendido entre enero de 2019 y noviembre de 2020.

### *Resultados*

Al momento del relevamiento existían 17 centros de salud del primer nivel, que desarrollaban consultorías en instituciones educativas de nivel medio con eje en SSyR dentro de la CABA. Con respecto a su distribución, 13 de los efectores se ubican en la zona sur de la ciudad y 4 en la zona norte/centro.

### *Conclusiones*

El dispositivo de consultorías integrales en SSyR representa una valiosa estrategia local para la articulación intersectorial, entre el sector salud y educación. Permite mejorar la accesibilidad de la población adolescente al sistema de salud y, a su vez, diseñar estrategias entre los dos sectores para acompañar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a su atención temprana y oportuna<sup>3</sup>.

**Palabras claves:** adolescentes, consultorías, derechos, anticoncepción, educación, intersectorialidad.

## Abstract

The purpose of this qualitative research was to analyze the intersectoral articulation between primary health care centers and high schools, through sexual and reproductive health counseling.

Healthcare professionals were interviewed in 29 primary health care centers corresponding to 10 Programmatic Areas of the Autonomous City of Buenos Aires, in the period between January 2019 and November 2020. There are 17 primary health care centers that offer counseling services; 13 in the south and 4 in the north/center of the city.

Sexual and reproductive health counseling represent an important strategy for intersectoral articulation between health and education sectors. It allows to improve the accessibility of adolescents to the health system, as well as guaranteeing their rights.

## Introducción

Este trabajo se enmarca dentro de la beca de capacitación "Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva: articulación e integración intersectorial para garantizar derechos", otorgada por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del GCABA.

Forma parte de un proyecto que propone fortalecer la articulación entre los equipos de salud y las escuelas medias, a través de las consultorías integrales, considerando que el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es un factor esencial para el desarrollo de las personas, promoviendo su autonomía, el autocuidado, la soberanía sobre su cuerpo y el libre ejercicio de su sexualidad<sup>1</sup>.

El trabajo de campo se desarrolló durante 2019 y 2020, e incluyó 29 centros de salud del primer nivel que se distribuyen en la zona sur, norte y centro de la ciudad y forman parte de las Áreas Programáticas de 10 hospitales porteños (gráfico n°1).

El análisis se centró en la consultoría integral en salud sexual y reproductiva, ya que constituye un modelo de atención en salud con perspectiva de género, derechos y diversidad. Este dispositivo propone un espacio de encuentro entre los/as integrantes de los equipos de salud y los/as estudiantes, que facilita el intercambio de saberes, en un ámbito de respeto y confidencialidad, adaptado al contexto sociocultural y que resulte significativo<sup>2</sup>.

La consultoría se desarrolla en las escuelas y por lo tanto requiere la organización e instalación de espacios adecuados para que los/as estudiantes consulten y encuentren asesoramiento e información. Tanto el equipo de salud como la comunidad educativa, contribuyen difundiendo el espacio, informando acerca de los horarios y días en los que se desarrolla y acompañando a los/as estudiantes que estén interesados/as en el mismo, pero su participación es de carácter voluntario.

A lo largo del documento se utiliza el término "consultoría", ya que -si bien este dispositivo tiene otras denominaciones-, se considera que es el más representativo para el enfoque propuesto.

Lejos de tener un carácter normativo, se trata de un espacio de diálogo, donde se valida el saber del otro/a y se propone el ejercicio reflexivo y la lectura crítica.



Gráfico n°1. Áreas Programáticas incluidas en el relevamiento.

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

## Material y métodos

Metodología cualitativa, basada en entrevistas semi estructuradas con los/as referentes de SSyR de los efectores de salud y trabajos grupales.

Con respecto a los materiales, se confeccionó una guía de preguntas para la realización de las entrevistas. La misma contempló 3 ejes fundamentales para el análisis: el tipo de dispositivo implementado; la participación inter y multidisciplinaria y la derivación al efector de salud en caso de que sea necesario (Tabla n°1).



Guía de preguntas para referente local de SSyR
1. ¿En los últimos 3 años realizaron actividades con escuelas?
2. ¿Con qué escuelas se realizan? En cada una de ellas que actividades/dispositivos se implementan?
3. ¿Con qué objetivo se realizan estas actividades?
4. ¿Quiénes las llevan a cabo?
5. ¿Qué materiales utilizan? En caso de que tengan materiales de elaboración propia, les gustaría compartirlos?
6. ¿Cuentan con un consultorio para adolescentes, tienen turnos protegidos? SI/NO. ¿Qué características presenta?

**Tabla n°1.** Guía de preguntas para referentes de SSyR.

## Resultados

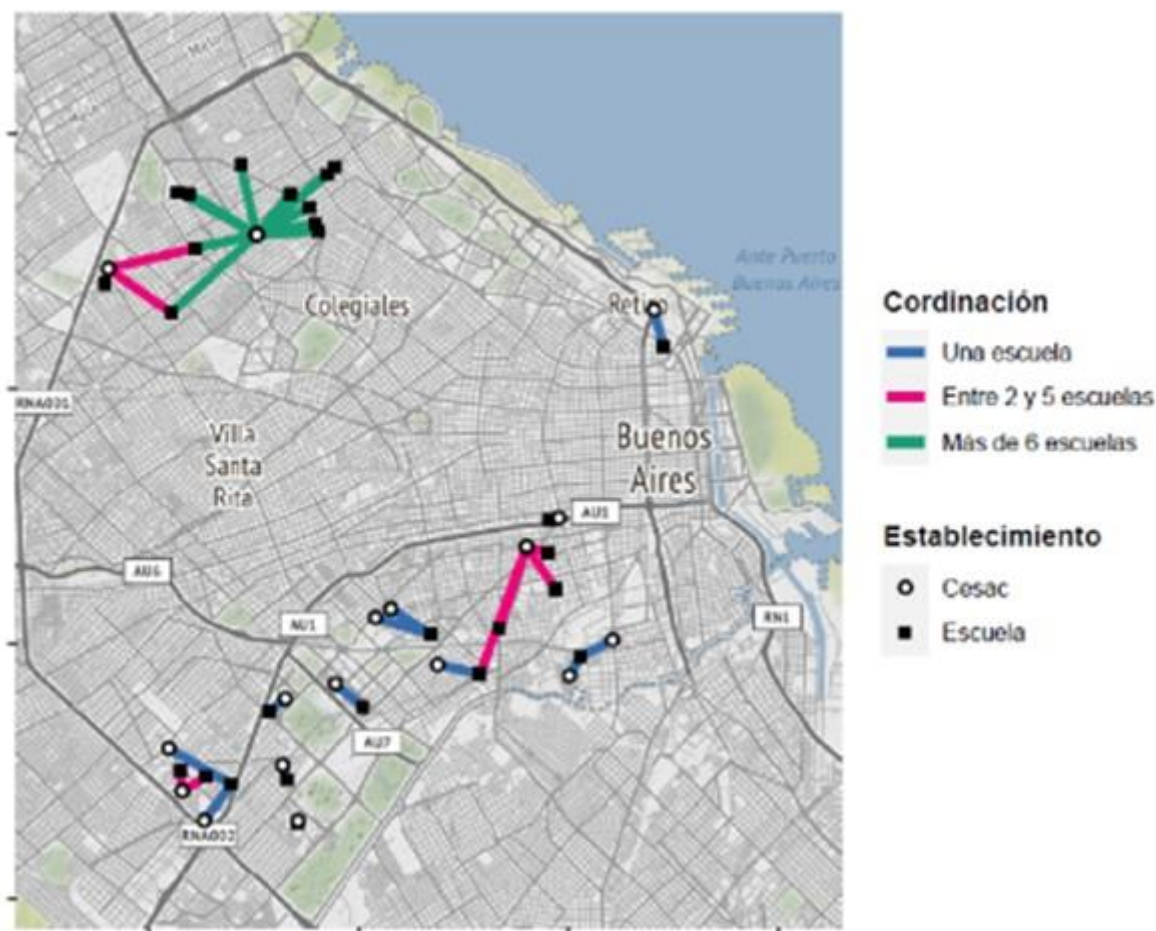
La mencionada distribución de los 17 centros de salud del primer nivel que ofrecen consultorías en CABA (13 de ellos ubicados en la zona sur de la ciudad y 4 en la zona norte/centro) fue el primer dato interesante del análisis, ya que permitió reflexionar acerca de las variables que determinan la implementación de este tipo de dispositivos.

La articulación entre los centros de salud y de las escuelas dentro de las áreas programáticas, muestra que el trabajo intersectorial no está limitado por la cercanía geográfica exclusivamente. Intervienen otras variables como la trayectoria de los equipos de salud en el trabajo territorial, que ha permitido establecer vínculos entre los actores locales, generando un terreno propicio para el trabajo conjunto. En la mayoría de los casos, se han realizado o se realizan también talleres, charlas o postas de salud.

A su vez, resulta interesante mencionar que en algunos casos, un mismo centro de salud articula con distintas escuelas; y en otros, varios centros realizan actividades en la misma escuela. Surge el interrogante acerca de los elementos que facilitan o dificultan la intersectorialidad y la implementación de estos dispositivos. Existen escuelas que valoran este dispositivo y por lo tanto son más accesibles; mientras que otras, aunque más cercanas a los efectores de salud, no presentan interés en esta herramienta o prefieren otros dispositivos.

El Gráfico n°2 muestra los efectores de salud del primer nivel y las escuelas medias donde se desarrollan las consultorías integrales en la CABA. Debe señalarse que el mismo fue confeccionado con los datos relevados a través de referentes locales de SSyR, en el período mencionado, y por lo tanto, está sujeto a las modificaciones que normalmente acompañan el trabajo territorial de los equipos. Cabe mencionar que para el análisis y la elaboración del mapa se consideró exclusivamente la existencia del dispositivo consultoría, pero en esas localizaciones también se desarrollan otras actividades, como talleres y charlas.

Para su mejor visualización se representan los centros de salud con distintos colores, de acuerdo con la articulación existente: los que desarrollan consultorías en más de 6 escuelas en verde; entre 2 y 5 escuelas en fucsia; y finalmente las que acceden a 1 en azul.



**Gráfico n°2.** Articulación intersectorial entre centros de salud del primer nivel y escuelas medias mediante el dispositivo de consultorías integrales en SSyR.

**Fuente:** Elaboración propia.

## Discusión

Las consultorías en SSyR representan una valiosa herramienta para garantizar el derecho de jóvenes y adolescentes a la información, y al cuidado de su salud integral<sup>4,5,6,7</sup>.

A su vez, la articulación intersectorial con anclaje en escuelas, permite que el equipo de salud se acerque, genere lazos y vínculos tanto con los y las estudiantes como con referentes locales que contribuyen a mejorar la accesibilidad al sistema de salud y con otros dispositivos de educación tales como el Programa de Retención Escolar de Alumnas/os madres/padres y embarazadas del Ministerio de Educación de la CABA.

La consultoría con enfoque de género, derechos y diversidad, contribuye al desarrollo y fortalecimiento de políticas públicas, tales como la Educación Sexual Integral (ESI)<sup>8</sup> y el derecho de la población adolescente al acceso a los recursos de salud en el cuidado de su salud sexual y reproductiva. A su vez, este dispositivo fortalece la vinculación con otras instituciones del Estado (organismos de protección de derechos, dependencias de desarrollo social y acceso a la justicia).

En el campo de la salud sexual y reproductiva, la falta de recursos económicos, simbólicos y la condición de género pueden incrementar la vulnerabilidad de algunos/as adolescentes para conocer y ejercer con autonomía sus derechos, por ejemplo, para acceder a métodos anticonceptivos. Al hablar de vulnerabilidad nos alejamos de un enfoque de riesgo que muchas veces se atribuye a ser adolescente, para destacar la articulación entre lo individual y la posición social que ocupa el/la adolescente y lo político e institucional, que crean distintas barreras para el acceso a los recursos de salud. Consideramos que este abordaje, así como los espacios de intercambio y formación, de los y las profesionales de salud y de los y las docentes, permite acceder a nuevas estrategias para garantizar derechos y acompañar la implementación de la ESI.

El trabajo realizado y los datos presentados, constituyeron la primera herramienta de sistematización que la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS de CABA ha tenido en relación a esta temática. Como producto de esta tarea, se confeccionó una *“Guía Operativa para equipos de salud en Consultoría Integral en Salud Sexual y Reproductiva”*, con el propósito de brindar lineamientos de acción y propuestas de intervención para aquellos equipos de salud que quisieran implementar o fortalecer las consultorías de sexualidad integral en escuelas medias.

Destacamos la necesidad de ofrecer a los y las adolescentes, como sujetos de derechos, herramientas y respuestas acordes a cada situación y realidad, con una perspectiva integral que desarrolle progresivamente su autonomía para poder elegir y decidir por sí mismos/as.

Concluimos que las consultorías en salud sexual y reproductiva representan una valiosa herramienta para la articulación intersectorial e interdisciplinaria, constituyendo una línea estratégica de acción para la población adolescente<sup>9</sup>.

## Agradecimientos

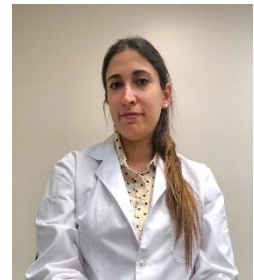
- A la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS del GCABA, por acompañar este trabajo.
- A las y los referentes de SSyR de los centros de salud del primer nivel de atención de CABA por su participación y compromiso.
- A Carolina Buceta, por su valioso aporte para garantizar la perspectiva de discapacidad en este trabajo.
- A Flavio Scargiali, por su colaboración en la confección de registros gráficos, sistematización y diseño de mapas.

## Referencias bibliográficas

1. “Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de Diseño Organización e Implementación - Documento de trabajo”. Ministerio de Salud de Nación, 2010.
2. “Consultoría Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Guía operativa para equipos de salud”, Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS. GCBA, 2021.
3. “Guía de Recomendaciones para la Atención Integral de Adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad” – UNICEF-SAP-MSN-Salud y Adolescencia, 2012.
4. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
5. Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Decreto 1.282/2003.
6. Ley 26.743 de Identidad de Género.
7. Ley 26.378 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
8. Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
9. “Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación”. Ministerio de Salud de la Nación - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 1° edición, Buenos Aires, julio 2018.

# Actualización en Métodos de barrera

**Autores:** Dra. Rocío Glassman  
Especialista en Ginecología Endocrinológica y de la Reproducción,  
Univ Favaloro.  
Sexóloga Clínica. Médica de planta Tocoginecología  
CESAC N°3, área programática Hospital Santojanni.  
Miembro del comité editor AMAdA



## Introducción

Los métodos de anticoncepción de barrera, tales como el preservativo para penes (PP) y el preservativo para vaginas (PV) son la única forma de prevenir el embarazo no deseado y simultáneamente proteger contra las ITS (infecciones de transmisión sexual). A pesar de esto, la mitad de los adolescentes en EE UU no usó un método de barrera la última vez que tuvo relaciones sexuales (1). En nuestro país los datos epidemiológicos a escala nacional muestran una reducción o estabilización de la incidencia de VIH, mientras que otras ITS como la sífilis, la gonorrea y la infección por clamidia muestran un aumento progresivo (Dirección de Sida y ETS, 2018). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), durante el período 2017-2019 predominó la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales no protegidas. Entre las mujeres, el 98% lo adquirió por transmisión en relaciones heterosexuales y en la población masculina, el 21% por relaciones sexuales con mujeres y el 78% a través de relaciones entre hombres (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2021).

Si bien el PP es una opción eficaz para la prevención del VIH y otras ITS, los estereotipos y prejuicios, así como las relaciones desiguales de género, hacen que las mujeres y diversidades se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad frente al desacuerdo por el cuidado sexual. Por eso, el PV es una herramienta fundamental de protección para que las mujeres puedan tomar decisiones libres y ejercer su sexualidad de manera plena, segura y placentera, sin discriminación, ni violencias. El PV debe ser una opción más, dentro de la oferta de métodos anticonceptivos a la cual las personas tengan acceso efectivo(2).

Dentro de las principales quejas en el uso del PP están la pérdida del placer, molestias y la oposición de la pareja masculina a su uso; esto podría mitigarse con el uso del PV. (3) Actualmente hay un solo PV aprobado por la FDA (el FC2 Internal Condom), que consta de una superficie de nitrilo cerrada unida por dos anillos, que las mujeres deben insertar por la vagina hasta el cuello uterino. El PV tiene una tasa de efectividad del 95% en la prevención del embarazo cuando se usa correctamente y un 75-82% de efectividad con el uso normal (4). El PV se puede colocar hasta ocho horas antes de la penetración y no es necesario retirarlo inmediatamente después de la eyaculación. Está lubricado por dentro y por fuera y queda adherido a las paredes de la vagina por acción del calor y la humedad. Estos preservativos están elaborados con nitrilo por lo que pueden ser utilizados por personas alérgicas al látex (5).

A pesar de que los PV podrían ser una alternativa viable a los masculinos, la aceptación de los mismos sigue siendo baja. Una encuesta realizada en 2014 en 1128 puntos de venta de preservativos en Filadelfia, EE UU encontró que solo el 1% de los lugares tenía PV mientras que el 77% solo vendía PP (6). Se observó en otro estudio que en un taller de salud sexual donde participaban adolescentes heterosexuales que discutieron sobre el PV, la mitad de ellas aceptó probarlo durante un mes. De las que lo probaron, el 85% dijo que continuaría usándolo (7).

Desde que se creó el primer PV a fines del siglo XX por la “Female Health Company” en Chicago, EE. UU se dio comienzo a un nuevo movimiento femenino al permitir que las medidas de protección sean tomadas por las propias mujeres.(8) Los PV presentan tanto protección contra los embarazos no planificados como contra la gran mayoría de las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desde el año 2000 han salido diversos PV siempre intentando mejorar el costo y la aceptación entre las mujeres. En un trabajo realizado sobre los tres PV más utilizados: FC2®, Cupid2® y Velve®t se observó una tasa de falla clínica total (rotura, mala dirección o deslizamiento) menor del 5% para todos los PV: FC2® (4,50 %), Cupid2® (4,79 %) y Velvet® (3,93 %), a diferencia de los usados más clásicamente que es del 5,24%. (9) A pesar de eso, todavía es escasamente utilizado, su utilización corresponde al 0,19% de la adquisición global de condones (10). En diferentes investigaciones se observó que la aceptabilidad del PV estaba mayormente vinculado con su apariencia (11). El uso tradicionalmente es delgado, suave y holgado con un anillo flexible colocado en el área exterior de la vagina y otra unidad interna en otro extremo. En una investigación se observó que el 25% de las usuarias informaron tener dificultad en la primera colocación del PV como así también cierta incomodidad en el anillo de retención intravaginal (12).

La eficacia anticonceptiva del PV depende de su uso, siendo con el uso correcto una tasa de 5 embarazos por cada 100 mujeres por año y con el uso habitual de 21 embarazos por cada 100 mujeres por año (13).

Ante las limitaciones que surgían con el uso de los diferentes métodos de barrera se creó un nuevo PV con una película adhesiva, el cual fue inventado y patentado en 2013 en Malasia, denominado Wondaleaf® (WL), el cual solo se encuentra aprobado por las Autoridades Médicas de Malasia (MDA). Su creador afirma que también podría usarse en la población masculina, convirtiéndolo en el primer preservativo unisex del mundo.

El WL es de poliuretano impermeable con un extenso adhesivo que cubre los genitales externos para evitar el contacto directo con la piel. Presenta un grosor de 20µm, siendo más delgado que el condón de látex, lo que mejoraría la sensibilidad con el mismo (Figura 1).

Se realizó un estudio en 51 mujeres sexualmente activas de entre 18 a 50 años a las cuales se les explicó la colocación de WL con videos y usando una pelvis de modelo, se les pidió que lo usaran por lo menos 5 veces durante un periodo de 2 meses y que realizaran un registro luego de cada uso. Se analizó la facilidad de uso, teniendo en cuenta su colocación y su remoción; fallas en su uso como por ejemplo rotura, deslizamiento o invaginación. A su vez también se hizo un feedback con las participantes sobre la facilidad de su instrucción, su aceptabilidad, sensaciones en su uso y si les pareció una idea innovadora. Hubo solo un 1,30% de deslizamiento en su uso y un 0,65% no pudo utilizar el WL por dificultad en la penetración. La facilidad de aplicación fue mejorando a lo largo de los usos, luego de 3 usos ya había mejoría. Del total de 155 usos, solo se observaron 2,60% de fracasos clínicos, lo cual es alentador en comparación a otros preservativos. Las limitaciones del estudio son la baja cantidad de participantes y las características de la población, solo mujeres en relaciones estables, dado que la sociedad de Malasia es patriarcal y religiosa, un total de 15 participantes tuvieron que dejar el estudio porque no lo aceptaban sus parejas masculinas, y que tienen baja aceptación por métodos anticonceptivos visibles y de barrera (14).

En nuestro país se desarrolló una investigación para evaluar la aceptabilidad del preservativo femenino/vaginal (PF/V) en mujeres de entre 16 y 29 años del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), con el fin de considerar su inclusión en la canasta de insumos preventivos como una nueva opción. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cuali-cuantitativo de carácter participativo, desarrollado con organizaciones de la sociedad civil, que se realizó entre marzo de 2020 y agosto de 2021. Se estableció una muestra por conveniencia de 100 mujeres (con y sin VIH), de entre 16 y 29 años, residentes en el AMBA, sexualmente activas y que tuvieran



relaciones con penetración vaginal-peneana. Algunas de las observaciones de las mujeres fue que la experiencia de la colocación fue mejorando con la práctica y la importancia de la familiarización con el PF. El análisis de los resultados permitió identificar una alta aceptabilidad del PF/V: el 98% consideró que el PF/V debe ser incorporado en la política pública, el 97% manifestó que su pareja sexual aceptó su uso, el 96% lo recomendaría, el 80% lo volvería a usar. Si bien el 68% refirió dificultades en la primera práctica de colocación, cuando posteriormente lo usaron en relaciones sexuales, este porcentaje se redujo al 36%. Al momento de valorar la experiencia de uso, el 67% de las participantes la calificó como buena o muy buena y el 62% definió como cómodo o muy cómodo el uso del PF/V en las relaciones sexuales (2).

Por otro lado, se diseñó un nuevo PP que aumentaría el placer sexual aumentando el flujo sanguíneo del pene y, por lo tanto, maximizará la dureza de la erección. Este nuevo PP se denomina CSD500 y es un condón de látex que presenta una tetina al final que contiene un gel de ZaniFil™ (trinitato de glicerilo al 1%) (15). Lo novedoso de este preservativo es que está diseñado para hombres sanos que quieran mejorar su sexualidad. Cumplen con los requisitos de estándar internacional para PP de látex, y ya fueron aprobados para la venta libre en la Unión Europea en 2011 y posteriormente en Arabia Saudita y los Emiratos Árabes. El efecto extra de este tipo de preservativo podría favorecer la adherencia en las relaciones sexuales. Se realizó un trabajo aleatorizado en Thanh Hoa, Vietnam entre parejas heterosexuales que utilizaron el CSD500 (N= 248) y preservativos estándar (N = 252) con un seguimiento de 6 meses. Se realizaron varios cuestionarios evaluando la experiencia sexual, los cuales arrojaron informes más altos de placer sexual con el uso del CSD500 y a su vez mayor aceptabilidad en su uso.

El 22 de febrero de este año se autorizó por la FDA (the U.S. Food and Drug Administration) la comercialización de los primeros preservativos indicados especialmente para reducir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual durante el sexo anal. Se comercializan como One Male Condom y también están indicados como método anticonceptivo durante las relaciones sexuales vaginales. Antes de esta autorización, la FDA no había autorizado ni aprobado los condones específicamente indicados para el coito anal. Las relaciones sexuales anales sin protección conllevan el mayor riesgo de exposición sexual de transmisión del VIH. El uso constante y correcto del condón tiene el potencial de ayudar significativamente a disminuir el riesgo de ETS. Si bien la autorización de hoy subraya la importancia para la salud pública de los condones probados y etiquetados específicamente para el coito anal, todos los demás condones aprobados por la FDA pueden seguir utilizándose para la anticoncepción y la prevención de ETS (16).

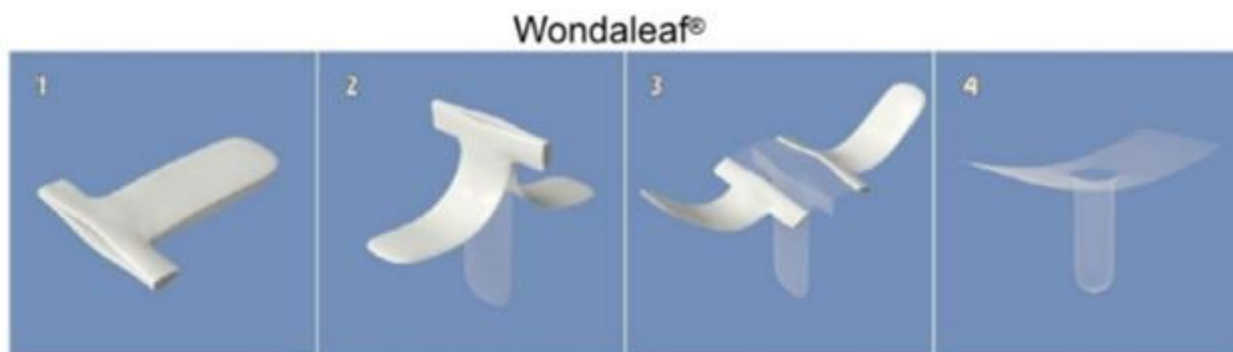
El One Male Condom es una funda de látex de caucho natural que cubre el pene. Tiene tres versiones diferentes: estándar, delgada y ajustada. Los condones ajustados, disponibles en 54 tamaños diferentes, incorporan una plantilla de papel para ayudar a encontrar el mejor tamaño de condón para cada usuario. Cuando se usa durante las relaciones sexuales anales, One Male Condom debe usarse con un lubricante compatible con condones. Para demostrar la seguridad y eficacia del One Male Condom se realizó un ensayo clínico en 252 hombres que tienen sexo con hombres y 252 hombres que tienen sexo con mujeres que tenían entre 18 y 54 años. En los resultados se observó una tasa de falla del preservativo en relaciones anales de 0,68% mientras que en relaciones vaginales fue del 1,89%. Se definió como tasa de falla el número de eventos de deslizamiento y/o rotura que ocurrieron sobre el número total de relaciones sexuales.

# Reflexión final

A pesar de que existe una gran variedad de métodos de barrera que buscan mayor aceptabilidad y eficiencia todavía en la comunidad médica no podemos contar con la gran mayoría de ellos.

Es importante remarcar la importancia del uso del PV dado que aporta a la mujer la posibilidad de decidir sobre el cuidado de su cuerpo y su sexualidad, sin depender de la voluntad de otra persona; en definitiva, todos aspectos vinculados a un mayor ejercicio de su autonomía. Por otro lado fomentar el conocimiento de este método como así también la importancia del tiempo de práctica y la exploración del propio cuerpo para una mejor adherencia al mismo.

Figura 1:



## Bibliografía

- 1- Latka MH, Kapadia F, Fortin P. The female condom: effectiveness and convenience, not female control valued by U.S. Urban adolescents. *AIDS. Educ. Prev.* 2008; 20:160–70.
- 2- Aceptabilidad del preservativo femenino/vaginal en mujeres adolescentes y jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires. Resumen ejecutivo e informe final. Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS Ministerio de Salud. Argentina. 2021.
- 3- Narrigan D. Womens barrier contraceptive methods: poised for change. *J. Midwifery Womens Health* 2006; 51:478–85.
- 4- R. Hsu, P. Tavrow, J. Uysal et al., Seeking the female (internal) condom in retail pharmacies: Experiences of adolescent mystery callers, *Contraception*, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.10.006>.
- 5- Guía de dispensación del condón femenino para proveedoras y proveedores de servicios de salud, disponible en <https://fc2femalecondom.com/unfpa-costa-rica-female-condom-provision-manualguia-de-dispensacion-del-condon-femenino/?lang=es>. UNFPA COSTA RICA (2017).
- 6- Cavanaugh C, Mial K, Tulloch D. Assessing and mapping the availability of the female condom in the Philadelphia metropolitan area. *AIDS Behav.* 2016; 20:2845–9.
- 7- Raphan G, Cohen S, Boyer AM. The female condom, a tool for empowering sexually active urban adolescent women. *J. Urban Health* 2001;78:605–13.
- 8- Meekers D, Richter K. Factors associated with use of the female condom in Zimbabwe. *Int Fam Plan Perspect.* 2005;31(1):30–37.

- 9- Beksinska M, Smit J, Mabude Z, Vijayakumar G, Joanis C. Performance of the reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized cross-over trial among South African women. *Contraception*. 2006;73(4):386–393
- 10- Beksinska M, Greener R, Kleinschmidt I, Pillay L, Maphumulo V, Smit J. A randomized non-inferiority crossover controlled trial of the functional performance and safety of new female condoms: an evaluation of the Velvet, Cupid2, and FC2. *Contraception*. 2015;92(3):261–267.
- 11- Cecil H, Pinkerton SD, Bogart LM. Perceived benefits and barriers associated with the female condom among African-American adults. *J Health Psychol*. 1999;4(2):122–129.
- 12- Artz L, Demand M, Pulley LV, Posner SF, Macaluso M. Predictors of difficulty inserting the female condom. *Contraception*. 2002; 65(2):151–157.
- 13- Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de Nación. Año 2021.
- 14- Rachel Sing-Kiat Ting, Ee-Lynn Wong, Jessie Koh-Sing Tnay. A pilot study on the functional performance and acceptability of an innovative female condom (Wondaleaf®) in Malaysia. *Open Access Journal of Contraception* 2018;9 11–20.
- 15- M. F. Gallo, N. C. Nguyen, A. Luff, T. N. Luong, V. T. Le, J. Casterline & R. Andridge (2022): Effects of a Novel Erectogenic Condom on Men and Women’s Sexual Pleasure: Randomized Controlled Trial, *The Journal of Sex Research*, DOI: 10.1080/00224499.2021.2024790.
- 16- <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-first-condom-specifically-indicated-anal-intercourse>.

# Los beneficios del Mindfulness en la Sexualidad

**Autores:** Dra Andrea Elias  
Especialista en Endocrinología Ginecológica (SAEGRE)  
Fellow en Ginecología Infanto Juvenil (FIJIG)  
Sexóloga Clínica (SASH)  
Coordinadora del Capítulo de Sexualidad y Género (ASOGIR)



## Objetivo

Con la siguiente revisión bibliográfica podemos observar cómo a través de la práctica y del enfoque del Mindfulness, podemos mejorar nuestra calidad de vida y hacer que el encuentro sexual sea satisfactorio y placentero.

### *El Mindfulness y sus orígenes.*

El Mindfulness es una técnica milenaria de más de 2500 años, proveniente de la tradición budista, cuya traducción es “Atención Plena” o “Conciencia Plena” de la realidad, en el momento presente, sin juzgar y con aceptación, que nos conduce a focalizarnos en aquello que nos sucede, ser conscientes de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales. La atención plena mejora la conciencia interoceptiva, es decir, la capacidad de registrar cambios o sensaciones corporales internas (1), (2), (3).

El Mindfulness llegó a la ciencia, en la década de los 70, gracias al biólogo molecular y doctor en Medicina Jon Kabat Zinn, quien comenzó a occidentalizar la práctica, tras dedicarse un largo tiempo a estudiar e investigar las prácticas del zen y el yoga con diversos maestros budistas. Zinn definió el mindfulness como la capacidad de enfocar la atención sin dejarse llevar por juicios, expectativas o ideas preconcebidas como “un estado de conciencia que emerge del prestar atención de manera particular, deliberadamente al momento presente con aceptación”. La define como “La consciencia plena implica prestar atención de un modo en particular: con un fin, en el momento presente y sin juzgar”, “el simple acto de reconocer sus pensamientos como pensamientos, puede liberarle de la distorsionada realidad que con frecuencia crean y permitirle una mayor clarividencia, así como un mayor sentido de control sobre su vida” (4).

Desde allí, en los últimos 50 años, ha ido integrándose fuertemente a la medicina, y a la psicología occidental. Evidencia de esto, es la cantidad de estudios científicos que avalan su eficacia (5), (6)

Kabat Zinn diseñó en 1979 el Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) siendo una de las intervenciones más estudiadas para reducir el estrés, la ansiedad, la depresión y diversas condiciones físicas, asociadas con estados de estrés crónico y desequilibrio.

Desde entonces la Atención Plena se ha convertido no solo en una potente técnica de transformación interior, sino también en toda una filosofía de vida (5), (6), (7).

## *Práctica Mindfulness*

La práctica de Mindfulness se lleva a cabo desde dos maneras:

- **práctica formal:** cuando practicamos la meditación como actividad principal, lo cual implica períodos intensivos de silencio. Por ejemplo, tomar conciencia de la respiración, adoptar una postura determinada y centrar la atención en las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones.
- **práctica informal:** traer estas cualidades a la vida diaria, a la práctica cotidiana. Durante el día y en distintas situaciones, practicamos atención plena de lo que está sucediendo, al caminar, conducir, comer, caminar, ducharse, limpiar, hacia cualquiera de las actividades que llevamos a cabo en nuestro día a día. (8)

## *Beneficios del Mindfulness sobre la salud mental y física.*

Al llevar a la mente a un estado de calma:

- Mejora la inteligencia emocional: mejora el autoconocimiento, las relaciones interpersonales, las cuales son de mayor calidad y más satisfactorias.
- Estimula la creatividad, mejora la memoria, aumenta la energía mental y física, los tiempos de reacción se agilizan
- Mejora la capacidad de concentración, alejando las distracciones.
- Combate el insomnio: lleva al organismo a un estado de relajación y ayuda a alejar las preocupaciones.
- Reduce el estrés crónico, (desciende los niveles de cortisol), y sus consecuencias (hipertensión, enfermedades cardiovasculares, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, etc.), efecto quizás más estudiado y conocido del mindfulness.
- Refuerza el sistema inmunológico mejorando el impacto de patologías como el dolor crónico, cáncer, etc.
- Mejora la depresión y prevención de recaídas, conlleva beneficios en los trastornos de somatización, prevención de suicidio, ansiedad, adicciones, (dependencia de droga y alcohol), trastornos de la personalidad, prevención de trastornos alimentarios.
- Eficacia y beneficios en relación a la sexualidad, como mejorar la salud y satisfacción sexual, traduciéndose en una mejora en la calidad de vida (2), (9), (10).

## *Mecanismos neuronales involucrados en la atención plena. ¿Qué sucede en nuestro cerebro?*

Para comprender el mecanismo de acción debemos estudiar las estructuras cerebrales involucradas y su proceso neurocognitivo. ¿Mind Full or Mindful? ¿Mente llena o Mente consciente? (Fig. 1)

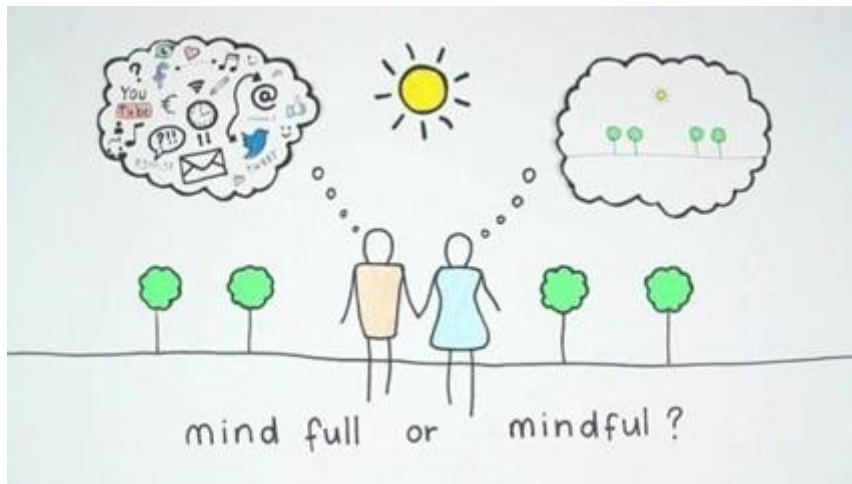


Fig. 1 : <https://expatcoaching.org/mind-full-o-mindful/>- <https://voynetch.com/1263>

## *Redes neuronales y áreas cerebrales involucradas en la atención plena.*

Avalada por hallazgos neurobiológicos, por medio del escaneo cerebral, con neuroimágenes por Resonancia Magnética Funcional, vemos cómo a través de esta práctica, se activan diversas regiones cerebrales mientras se practica esta técnica.

Existe a nivel cerebral una red llamada Red Neuronal por Defecto (Default Mode Network-DMN), o Red de Modo Predeterminado, (Fig. 2), que se activa en el “Modo Hacer”, asociada a la mente que salta y divaga de un pensamiento a otro, preocupada en revisar el pasado y el futuro, por lo que el presente tiene una importancia mínima. Este modo se dispara cuando registramos que las cosas son diferentes a cómo nos gustaría que fueran. Es decir entramos en “piloto automático”, rumiando cognitivamente, sin cesar, y no registramos lo que nos está pasando en nuestro interior, en el momento presente. La corteza prefrontal medial (MPFC), el giro cingulado posterior, el precúneo, son las áreas cerebrales que forman parte de la red neuronal por defecto. (11, 12, 13).

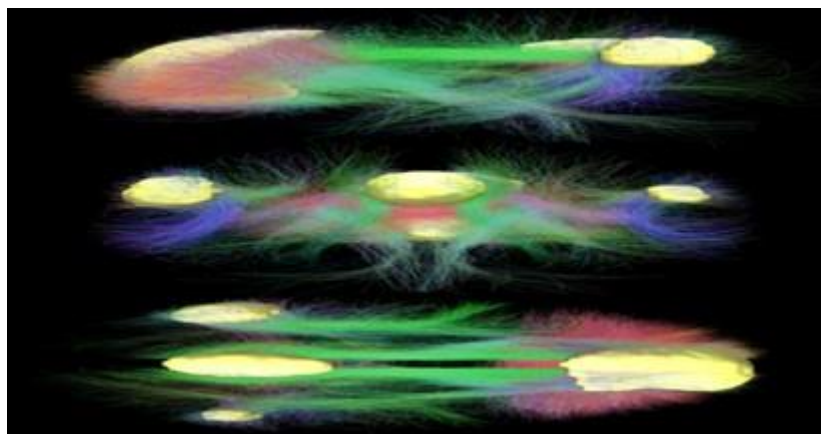
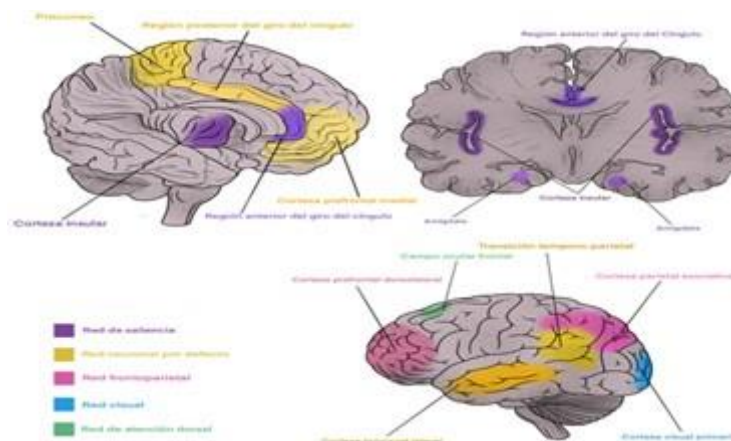


Fig.2: Andrea Horne, D Ostwald, Marco Reisert y col, El conectoma estructural-funcional y la red de modo predeterminado del cerebro humano, [NeuroImage, Vol 102, Parte 1](#), 15 de noviembre de 2014, Págs. 142-151)



Cuando se practica mindfulness, hay más oportunidades de desactivar la Red por Defecto y activar como contrapartida, la Task Positive Network (TPN) o Red de Tareas Positivas, (Fig. 3), que se asocia al Modo Ser. Este Modo es la alternativa que tiene nuestra mente de relacionarse de modo distinto con el mundo también llamado “Modo Mindful”, “consciente de”. Mantiene la atención focalizada en el momento presente, centrándose en valorar la calidad. Nos permite tomar conciencia, de lo que nos rodea, equilibrando nuestros objetivos, con nuestras necesidades y las de las demás personas (14). Esto implica el pasaje del “Modo Hacer”, al “Modo Ser”. Las áreas que se activa en la Red de Tareas Positivas, son la ínsula anterior y el giro cingulado anterior (15), (16).



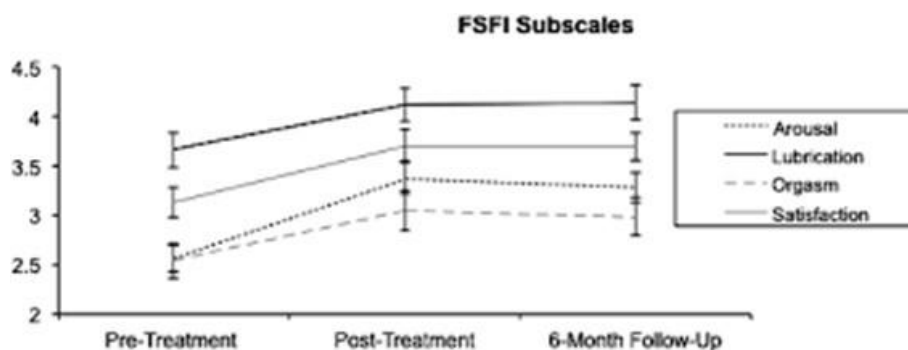
**Fig. 3:** Redes neuronales con cambios en su actividad secundarios a meditación de atención plena. En la imagen se resaltan con colores de forma exclusiva las regiones que han mostrado cambios funcionales en los estudios de resonancia magnética funcional y se especifica a qué red pertenece cada región. Los elementos de la red neuronal por defecto (en amarillo) presentan disminución funcional en meditadores en todos los estudios; mientras que el resto de los elementos, pertenecientes a las otras redes, evidencian incremento de su actividad en meditadores. Ello apoya la premisa de salida de estados de prospección y entrada a estados de tarea de forma secundaria a la meditación de atención plena. (M A Peláez López, et al, The Mindfulness Meditator's Brain: From Prospecting to Task, Univ. Med. vol.62 no.4 Bogotá July/Dec. 2021 Epub Sep 30,2021)

## *Mecanismos por los cuales la Atención Plena puede mejorar el sexo*

La atención plena, al aumentar la conciencia corporal, regula la atención y las emociones, aleja los recuerdos, emociones anticipadas y juicios negativos, enfocándonos en las sensaciones del momento presente. Conduce a cambios neuroplásticos en la estructura y función de las regiones cerebrales implicadas, como la ínsula que, al aumentar su volumen, puede sugerir una mayor conciencia del estado presente y más capacidad para manejar cognitivamente las emociones.

La atención a las sensaciones corporales, es de suma importancia para el campo de la sexualidad porque la identificación de reacciones fisiológicas, de la Respuesta Sexual, puede influir en la experiencia de una sexualidad más consciente y satisfactoria

En la experiencia clínica se observó, que los pacientes que inician y continúan una práctica regular de atención plena, antes de abordar sus problemas particulares de disfunción sexual, tienen un mejor resultado, que aquellos que no lo hacen (5), (10). Brotto y Basson encontraron que, en promedio, las mujeres que practicaban la meditación, obtuvieron puntajes más altos que las mujeres sin meditación, en los índices de medidas de función sexual (FSFI-Female Sexual Function Index), como podemos observar en la Fig. 4 (17).



**Fig. 4:** Effects of treatment on full sample (n = 115) from pre-treatment to post-treatment to 6-month follow-up on Female Sexual Function Index (FSFI) subscales of arousal, lubrication, orgasm, and satisfaction. Data represent means  $\pm$  standard errors. (L A Brotto, R Basson, Behavior Research and Therapy Junio de 2014; 57: 43-54)

## Aplicaciones de Mindfulness en mujeres

**1) Pérdida de Deseo / Excitación:** En los casos de las mujeres con trastornos del deseo y excitación, sienten una “desconexión”, entre sus sentimientos de excitación percibida y placer, y la respuesta fisiológica de su cuerpo. De hecho, las investigaciones confirman que, independientemente de si una mujer tiene una disfunción sexual o no, la concordancia entre la respuesta sexual subjetiva y genital es baja (Chivers, Seto, Lalumière, Laan y Grimbos, 2010) (18, 19)

La conciencia activa del cuerpo, de aceptación, sin prejuicios y compasiva, a través del mindfulness, ha demostrado ser la forma ideal para abordarlos normalmente, mejorando la concordancia entre ambas. Dada la influencia recíproca de la disfunción sexual en las emociones, es probable que la atención plena, pueda ser útil debido a la capacidad de los participantes para regular la angustia emocional. Esto los lleva a liberarse del apego y la aversión a las experiencias sexuales negativas, que estaban en el corazón de su angustia, ya que esta disciplina se enfoca en guiar a las personas para que estén más atentas a las sensaciones del momento presente. Es decir que las mujeres se volvieron más “sintonizadas con aumentos sutiles en la respuesta genital que, luego se tradujo en mejores descripciones de su excitación”. Evidencia de que la atención plena mejora la conciencia interoceptiva, apoya esta posibilidad (Silverstein, Brown, Roth y Britton 2011) (20).

La práctica del Body Scan, basada en el Mindfulness, consiste en el recorrido sistemático del cuerpo con la mente, llevando la atención con interés, afecto y apertura a todas sus partes. Esta práctica permitió a las mujeres, tomar nota de los cambios sutiles en las sensaciones corporales (5), (18).

**2) Dolor Genital:** El trastorno de penetración/dolor genitopélvico, presenta dolor severo en la abertura vaginal (vestíbulo vulvar), cuando se toca el área, más aún en las relaciones sexuales. Presenta altos niveles de angustia emocional, desregulación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal, aumento de la actividad en áreas del cerebro, relacionadas con el estrés, a lo que se suma desregulación del Sistema Nervioso Central, (originando sensibilización central), cambios neuroendócrinos en la piel de la vulva, aumentando la sensibilidad al dolor. Según las investigaciones, las mujeres con dolor vulvar crónico, tenían 10 veces más probabilidades de tener un trastorno de ansiedad, y tres veces más probabilidades de tener depresión mayor o distimia, antes de la aparición del dolor genital (Khandker et al., 2011).(5) De acuerdo al modelo de Basson (2012), la atención plena podría ser adecuada para abordar el sufrimiento de estas

pacientes, fomentando la práctica de prestar atención al momento presente, de una manera libre de juicios y aceptación. Según Kabat Zinn (1982) se produciría un “desacoplamiento” de las sensaciones físicas a lo emocional, y reacciones cognitivas al dolor, por lo que la atención plena entrena a la conciencia, con respecto a las respuestas que aumentan el dolor, (por ejemplo, anticipación temerosa) (5).

Un estudio publicado en julio del 2020 por Lori Brotto y col, demuestra que tanto la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT) y la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT-TCC) mejoran la dispareunia, reducen la “catastrofización” del dolor y mejoran la función sexual general, en mujeres con vestibulodinia provocada. Los investigadores demostraron que las mujeres que indicaron una mayor credibilidad en el tratamiento, mejoraron más con MBCT que con TCC después de la 1° sesión, con respecto a la intensidad del dolor. Como sabemos, la respuesta placebo, puede explicar algunos de los efectos positivos de los tratamientos, ya sea farmacológico o psicológico. Teniendo en cuenta que el impacto de las expectativas de los participantes sobre el tratamiento es importante, el hallazgo puede ser atribuido a la creciente popularidad de la Atención Plena. Y también se puede atribuir, a la mayor confianza en la “aceptación” del paciente para el éxito, en comparación con TCC, que pone énfasis en las habilidades conductuales (21).

## *¿Y los hombres?*

Aunque la literatura empírica, solo se ha centrado en la aplicación del mindfulness a las dificultades sexuales y al dolor genital de las mujeres, también se han encontrado beneficios en la aplicación del Mindfulness, para una amplia gama de dificultades sexuales de los hombres como la disfunción eréctil, eyaculación precoz y retardada, y el dolor relacionado con el sexo. La psicofisiología de la disfunción eréctil psicógena, se basa en gran medida en el rendimiento, ansiedad y cogniciones negativas. Aprender a enfocarse conscientemente en la excitación genital, sin involucrarse emocionalmente en pensamientos negativos, puede mejorar las erecciones en hombres con disfunción eréctil, es decir, usando la observación consciente durante la excitación, en lugar de concentrarse en el objetivo, en las expectativas (6).

Se ha publicado en 2021 otra investigación dónde se realizó una intervención grupal de 4 sesiones, basada en Mindfulness, para sobrevivientes de Cáncer de Próstata (CP), con una edad promedio 65,6 años. Las entrevistas realizadas a los participantes, demuestran la utilidad de la atención plena como una intervención factible, y quizás incluso prometedor, para mejorar la intimidad sexual en las vidas de los sobrevivientes de CP y sus parejas. Casi la mayoría manifestó, que disfrutaron de la intervención, y notaron una notable mejoría. Tal vez la “aceptación”, frente a cambios permanentes en la función sexual postratamiento, es una hipótesis para permitir el duelo, y la posibilidad de permitirse una vida sexual diferente, creando un espacio para disfrutar “una nueva normalidad sexual”, satisfactoria. Sugiere la investigación, incluir la práctica de mindfulness, sobre el papel de la aceptación, como una herramienta para reducir la angustia de la vida sexual que fue, y también como técnica en la reducción del estrés, ya que puede conducir a un mejor funcionamiento y disfrute sexual. Los participantes percibieron la atención plena, como una fuente de gran parte de sus mejoras (22).

## *Ejemplo de ejercicio de Mindfulness aplicado a un Encuentro íntimo:*

Disfrutar de un beso en forma consciente, hacer del encuentro de los labios, una práctica sensual, íntima, sentir todo lo que se activa al contacto de los mismos, percibir la temperatura, el grosor y humedad de los labios, el aroma. En un momento, separarse del otro para mirarse a los ojos, y

luego continuar, ser consciente de todo lo que se activa al contacto de tus labios. Poner atención a los cambios que se generan durante las diferentes fases de la respuesta sexual: percibir cambio de la frecuencia respiratoria, el pulso que se acelera, el cambio en la piel que se ruboriza, la elevación de la temperatura, sentir el cambio del cuerpo, respirando en todo momento, siendo consciente de ello, sin llegar a la práctica del coito, ni conseguir el orgasmo. Sentir la respuesta corporal disfrutando de los cambios que genera la excitación, sin juicio y con aceptación (15).

## Conclusiones

El Mindfulness o Atención Plena, nos conduce a focalizarnos en aquello que nos sucede. La vida moderna y el desarrollo de la tecnología, si bien es sinónimo de confort, no nos han traído tranquilidad a nuestras vidas. Estamos permanentemente invadidos por estímulos externos que exigen una respuesta rápida, obligándonos a vivir, en un permanente “estado de tensión”, al tener que prestar atención a varias cosas al mismo tiempo, llamado Multitasking o Multitareas, entrando en un “piloto automático”, el “modo hacer” de la mente, que nos lleva a rumiar en pensamientos, nostalgia de un pasado y añoranza de un futuro, sin conectarnos con la realidad presente. En la práctica del Mindfulness pasamos del “modo hacer” al “modo ser”, es decir con lo que sucede, con la experiencia que estoy viviendo, sin controlarla, ni juzgar o cambiarla, una conciencia centrada en el presente, viviendo cada pensamiento, sentimiento, sensación. Ocurre lo mismo en Sexualidad. Al crear expectativas, ansiosos por el resultado o anticipándonos por malas experiencias, juzgando nuestro desempeño, como en un rol de espectador, nos desconectamos del momento presente. Esta ansiedad, nos lleva a no disfrutar del encuentro sexual, generando situaciones, que pueden llegar a ser no placenteras, frustrantes, para las personas, a tal punto de llegar a causar disfunciones y gran malestar.

Cuando somos consciente del “aquí y ahora”, vivimos la Sexualidad en el momento presente, cada momento, caricia, beso, mirada, etc., alejando los pensamientos y expectativas, y si aparece una dificultad, aceptarla, no empeñarnos en que desaparezca, atendiendo el mensaje de esa dificultad, para resolverla, y poder vivir un encuentro sexual placentero, en su totalidad.

Distintas investigaciones, avalan, cómo la práctica del Mindfulness, mejora la salud y la satisfacción sexual, reflejándose en la calidad de vida, demostrando que los participantes de Mindfulness, tienen una mayor tendencia a prestar atención a las sensaciones corporales, y al estímulo sexual, lo que implica, ser más libres de juicio y autocrítica, en relación con la realización del desempeño sexual. Todo lo demostrado, invita a los investigadores a desarrollar nuevas estrategias que colaboren a mejorar la calidad del encuentro sexual.

***“La paz eterna es vivir con amor el presente-Siddhārtha Gautama (Buda)***



# Bibliografía

1. Sánchez Iglesias, Ana Isabel; Castro, Florencio Vicente “Mindfulness”: Revisión sobre su estado de arte, International Journal of Developmental and Educational Psychology, (IJSR) INFAD, 2016 vol. 2, N°1, pag. 41-50
2. ISES, El Mindfulness y sus ventajas para la salud, ISES-Instituto Superior Estudios Sociales y Sociosanitarios, Valencia-España-<https://www.isesinstituto.com/noticia/el-mindfulness-y-sus-ventajas-para-la-salud><https://www.isesinstituto.com>
3. Christopher K. Germer Ronald D. Siegel Paul R. Fulton, PARTE I: El significado de mindfulness-1. Mindfulness. ¿Qué es y qué importancia tiene? Mindfulness y Psicoterapia, Bilbao, Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer, enero 2015, Pag 32-72
4. Zindel V. Segal J. Mark G. Williams John D. Teasdale, Parte I: Desafío de la Depresión- Cognición, estado de ánimo y naturaleza de la recaída- Consciencia plena, Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Consciencia Plena-Un Nuevo Abordaje para la Prevención de las Recaídas, New York-Usa , The Guilford Press, 2002 Pag 65)
5. Sexo consciente Lori A. Brotto1 Mindful sex [The Canadian Journal of Human Sexuality](#), Canada, Volumen 22 Número 2, octubre de 2013, págs. 63-68, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, BC),
6. Lori A. Brotto, PhD, and David Goldmeier, MD, Mindfulness Interventions for Treating Sexual Dysfunctions: the Gentle Science of Finding Focus in a Multi Task Work, J Sex Med 2015;12:1687–1689
7. Pilar Pérez Gismero, Instructora de Mindfulness y Terapeuta Transpersonal, Arganda del Rey, Comunidad de Madrid- <https://www.saludterapia.com/terapeutas/t/f/6077-pilar-perez-gismero.html>).
8. Susan M. Pollak Thomas Pedulla, Ronald d. Siegel, No existe una solución única para todo el mundo, ¿Práctica informal, formal o de retiro?, Sentarse juntos- Habilidades esenciales para una psicoterapia basada en Mindfulness, Bilbao EDITORIAL Desclée De Brouwer, S.A., 2016, pag:26-28.
9. Mark Williams-Danny Penman, Cap 1. Deja de darle vueltas, Mindfulness: Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético- con Prólogo de Jon Kabat-Zin Barcelona, Edición Kindle, Editorial Paidós, 9 abril 2013, pg 13-14.
10. Sánchez Sánchez, L.C.; Valderrama Rodríguez, M.F.; García Montes, J.M.; Petisco Rodríguez, C.; Fernández García, R. Mindfulness in Sexual Activity, Sexual Satisfaction and Erotic Fantasies in a Non-Clinical Sample. Int. J. Environ. Res. Public Health, febrero 2021, 18,(3), 1161.
11. Zindel V. Segal J. Mark G. Williams John D. Teasdale, Parte I: El Desafío de la Depresión, (4)-Modelos de Mente, Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Consciencia Plena Un Nuevo Abordaje para la Prevención de las Recaídas, New York, Usa, The Guilford Press, 2002, pag 98-101
12. Mark Williams-Danny Penman, Cap 3. Despertar a tu vida, Mindfulness: Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético- con Prólogo de Jon Kabat-Zin Barcelona, Edición Kindle, Editorial Paidós, 9 abril 2013, pg 33-36.



13. Zindel V. Segal J. Mark G. Williams John D. Teasdale, Parte II: La Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena, (6)-Piloto automático, Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Consciencia Plena Un Nuevo Abordaje para la Prevención de las Recaídas, New York, Usa, The Guilford Press, 2002, pag 131-133
14. Zindel V. Segal J. Mark G. Williams John D. Teasdale, Parte I: El Desafío de la Depresión, (4)-Modelos de Mente, Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Consciencia Plena Un Nuevo Abordaje para la Prevención de las Recaídas, New York, Usa, The Guilford Press, 2002, pag 101-103
15. Santiago Cedrés. Porqué el Mindfulness en la Terapia Sexual? Especialista sexología Clínica, Ex Presidente Sociedad Uruguaya de Sexología (SUS) Vicepresidente de Federación Latinoamericana Sexología (FLASSESES)-Presidente Academia Internacional Sexología Medica (AISM), Sociedad Uruguaya de Sexología 24 Junio 2019 <http://www.susuruguay.org/index.php/articulos/298-por-que-el-mindfulness-en-la-terapia-sexual>
16. [Roger E Beaty](#)<sup>1</sup>, [Mathias Benedek](#)<sup>2</sup>, [Paul J Silvia](#) <sup>3</sup>, [Daniel L Schacter](#) <sup>4</sup>Review, Creative Cognition and Brain Network Dynamics, Trends Cogn Sci,2016 Feb; 20(2):87-95. doi: 10.1016/j.tics.2015.10.004.
17. (L Brotto, R Basson, Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women, Behavior Research and Therapy, Junio de 2014; 57: 43-54)
18. Lori A. Brotto, Meredith L. Chivers, Roanne D. Millman, Arianne Albert, Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties, Arch Sex Behav (2016) 45:1907–1921
19. [Meredith L Chivers](#), [Michael C Seto](#), [Martin L Lalumière](#), [Ellen Laan](#), [Teresa Grimbos](#), Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis, Arch Sex Behav, 2010 Feb;39(1):5-56.
20. [R Gina Silverstein](#), [Anne-Catharine H. Brown](#), [Harold D. Roth](#), [Willoughby B Britton](#), Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction, Psychosom Med., Nov-Dec 2011;73(9):817-25
21. Lori A. Brotto, PhD,<sup>1</sup> Bozena Zdaniuk, PhD,<sup>1</sup> Lauren Riechel, BSc,<sup>2</sup> Rosemary Basson, MD,<sup>3</sup> and Sophie Bergeron, PhD<sup>4</sup>, Moderators of Improvement From Mindfulness-Based vs Traditional Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of
22. Jennifer A. Bossio, PhD,<sup>1</sup> Celestia S. Higano, MD, FACP,<sup>2</sup> and Lori A. Brotto, PhD<sup>3</sup>, Preliminary Development of a Mindfulness-Based Group Therapy to Expand Couples' Sexual Intimacy after Prostate Cancer: A Mixed Methods Approach, Sex Med 2021; 9:100310)



# 16º Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva | 25-28 de Mayo de 2022, Ghent, Bélgica

## 16<sup>th</sup> Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health | 25-28 May 2022, Ghent, Belgium

**Autores:** Dra. Marisa Labovsky  
Médica tocoginecóloga,  
Miembro de la Comisión directiva de AMADA,  
Miembro de la comisión directiva de la FIGIJ.  
Ex presidenta de SAGIJ



El tema del Congreso es “Tiempos desafiantes, ¿estamos listos?. Nuevos enfoques para la salud sexual y reproductiva”. Durante este congreso, tuvimos la gran oportunidad de centrarnos en una serie de temas, que están en el centro de esta evolución.

1. Las muchas caras del control de la natalidad, con nuevos puntos de vista sobre la anticoncepción y el aborto
2. “Sexo en la ciudad”, con ITS (infecciones de transmisión sexual) y soluciones innovadoras
3. Las redes sociales y LGBT+, ¿crean oportunidades para una mayor liberación sexual?
4. Los daños colaterales de este mundo que cambia rápidamente, como la violencia sexual y su disfunción
5. El “mundo chato” tiene un impacto en nuestro pensamiento sobre los valores, la ética y la formulación de políticas.

The theme of the congress is “Challenging times, are we ready? Novel approaches to sexual and reproductive health”. During this congress we had the great opportunity to focus on a number of themes which are at the heart of this evolution

1. The many faces of birth control with new views on contraception and abortion
2. “Sex in the city” with STI’s and innovative solutions
3. The social media and LGBT+ creating opportunities for the further sexual liberation?
4. The collateral damage of this rapidly changing world such as sexual violence and dysfunction
5. The “Flat World” has an impact on our thinking about values, ethics and policy making

## Conferencias patrocinadas:

- **Bayer:** Are LNG-IUD suitable for a broader spectrum of women?. Nueva evidencia y práctica clínica. Estudio KYSS
- **Gedeon Richter:** Supporting female life balance: estetrol + drospirenona 3 mg
- **Exeltis:** Why two hormones if 1 is enough? The estrogen free drospirenone only pill
- **Organon:** Overcoming challenges in the current environment: Anticoncepción en pandemia, importancia de consejería, sangrado con POP
- **Theramex:** A large multinational real word study confirms efficacy and tolerability of Zoely (NOMAC/17 B estradiol)
- **Hra Pharma:** 9 months of OTC POP in the UK is feasible elsewhere? Desogestrel en venta libre.

Las grandes novedades de este 16to Congreso de la Sociedad Europea de Contracepción, han sido el aborto seguro, el aborto en pandemia y la asistencia, para la realización de abortos en forma segura, sumada a la anticoncepción post aborto inmediato.

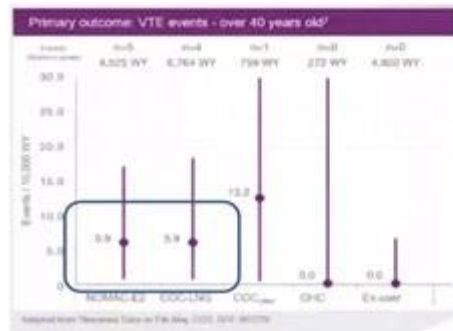
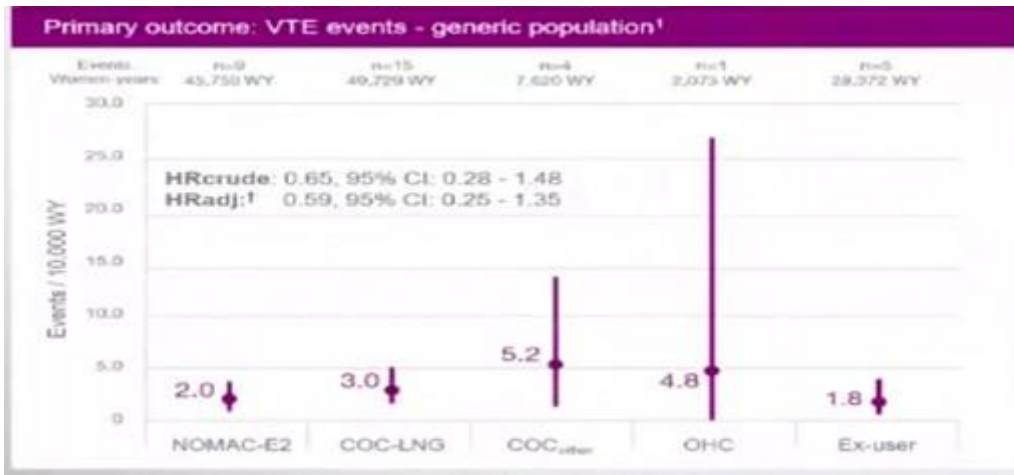
También hubo información sobre el advenimiento de la anticoncepción masculina, y nuevas tecnologías aplicadas a ésta. Sigue en estudio lo ya iniciado años anteriores, y se sumaron más parejas.

Con respecto a anticoncepción, se presentó el estudio sobre la eficacia y la tolerabilidad de la combinación: NOMAC/17 $\beta$ estradiol.

PRO-E2 is a 'real-world' study comparing users of NOMAC/Estradiol and users of COCs with Levonorgestrel (LNG)<sup>1,2</sup>

PRO-E2

<p><b>Design</b> Multinational, large, prospective, non-interventional, cohort study</p>	<p><b>Cohorts</b> NOMAC-E2 and COCs with levonorgestrel</p>												
<p><b>12 countries</b> Australia, Europe and Latin America</p>	<p><b>Users</b> "Starters" (first-ever users of a COC) and "Restarters" (use of the same or a different COC after a break of <math>\geq 2</math> months)</p>												
<p><b>Primary outcome</b> VTE (specifically deep venous thrombosis of the lower extremities and pulmonary embolism)*</p>	<p><b>Sample size</b></p> <p>1 0 1 , 4 9 8</p> <p>Data from 144,901 WY of observation were collected</p>												
<p><b>Secondary outcome</b></p> <table border="0"> <tr> <td>All VTE</td> <td>Drug utilization pattern</td> </tr> <tr> <td>Arterial thromboembolisms</td> <td>Pregnancy outcomes</td> </tr> <tr> <td>Depressive disorders</td> <td>Weight change</td> </tr> <tr> <td>Cholelithiasis</td> <td>Hepatobiliary disorders</td> </tr> <tr> <td>Inflammatory bowel disease</td> <td>Acne</td> </tr> <tr> <td>Short- and long-term fertility</td> <td>SAE</td> </tr> </table>	All VTE	Drug utilization pattern	Arterial thromboembolisms	Pregnancy outcomes	Depressive disorders	Weight change	Cholelithiasis	Hepatobiliary disorders	Inflammatory bowel disease	Acne	Short- and long-term fertility	SAE	
All VTE	Drug utilization pattern												
Arterial thromboembolisms	Pregnancy outcomes												
Depressive disorders	Weight change												
Cholelithiasis	Hepatobiliary disorders												
Inflammatory bowel disease	Acne												
Short- and long-term fertility	SAE												



**NO CAMBIAN LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE ATC COMBINADA CON RESPECTO A TEV**

No se estudiaron la DMO pero refiere que los valores de estrógenos corresponden a fase folicular y debería ser suficiente para una buena masa ósea

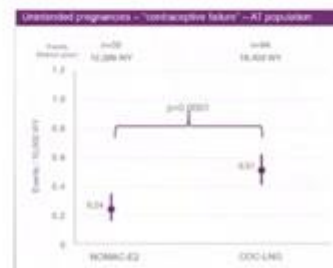
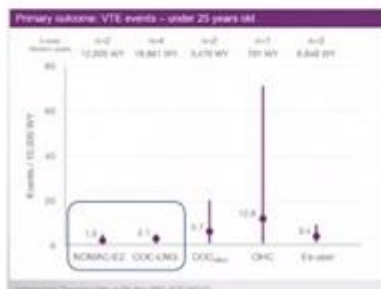
- History of DV/PE
- Acute DV/PE
- DV/PE and established on anticoagulant therapy
- Family history
- Major surgery with prolonged immobilization

No se estudió la DMO pero refieren que los valores de estrógenos corresponden a fase folicular y debería ser suficiente para una buena masa ósea



PRO-E2

Tasas de embarazo significativamente menores con NOMAC E2  
Cambio de peso sin diferencias (2 a 3 % del basal)  
Acné sin dif. estad. significat., mejoría mayor con el NOMAC/E2



- NOMAC-E2, ha demostrado un bajo riesgo de embarazos no intencionales, comparado con las combinaciones con levonorgestrel tanto en menores de 25 años, como en mayores de 40 años
- El régimen 24/4 y la larga vida media del NOMAC, contribuyen a la efectividad del mismo probablemente reduciendo los riesgos de la píldora olvidadas
- El riesgo de trombosis venosa profunda, es comparable con las combinaciones de etinilestradiol y levonorgestrel que son las más bajas en comparación con otras combinaciones.

## 1. Novedades en anticoncepción: Dra. Gemzell-Danielsson

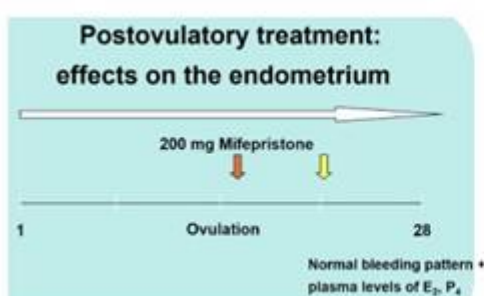
Introducción del uso de mifepristona como anticonceptivo: la mifepristona se utiliza en el aborto medicamentoso con mucho éxito y se ha empezado a estudiar en anticoncepción, luego del estudio VEMA (Very Early Medical Abortion), que mostró su seguridad en la utilización del mismo, precozmente, para interrumpir un embarazo, antes de producirse el atraso menstrual.

**From contraception to contragestion Kristina Gemzell Karolinska Institutet Estocolmo**  
**Uso de moduladores selectivos del receptor de P mifepristona ulipristal (EC)**  
 Contragestion: tratamiento justo antes de la fecha de menstruación  
 Anticoncepción endometrial: confección de modelo in vitro para estudiar LNG y mifepristona distintas dosis sobre endometrio. Dosis bajas no alteran.  
 Anticoncepción de emergencia uso tardío, mas de 5 días: mifep 100 y 400 misoprostol en fase lutea con test negativo  
 Efecto de protección sobre el cancer de mama

**Continuar las investigaciones con SPRM**

Otro estudio novedoso, es la propuesta de Mifepristona como anticonceptivo. Entonces, dependiendo de la dosis y del momento del ciclo en que se utilice, podemos lograr diferentes efectos: en el útero no gestante retrasa la ovulación o la inhibe.

También está en estudio el uso de DIU medicado con mifepristona y nuevos SPRM (moduladores selectivos del receptor de progesterona).



**Endometrial Contraception**

**ONCE-A-MONTH TREATMENT WITH 200MG MIFEPRISTONE ON DAY LH+2 AS A CONTRACEPTIVE METHOD**

Treatment	No. of cycles	No. of pregnancies	Probability of pregnancy
Mifepristone	124	1	0.008
None*	72	35	0.486

Investigaron mifepristona 200 mg LH+2 (dos días post ovulación): en cuanto al patrón de sangrado normal, ciclo ovulatorio, niveles de estrógeno y progesterona. Pero la receptividad del endometrio está completamente inhibida

## 2. Annovera:

Es un anillo vaginal con un año de duración. Aprobado por la FDA (Food and Drug Administration), con intervalos de 21 días de uso y 7 de descanso.

Presenta alta eficacia, 97,3%, y alta tasa de satisfacción



**POPULATION COUNCIL** (Logo) **NICHD** (Logo)

### NEW VAGINAL SYSTEMS AND RINGS

- **NES/Estradiol 3-month ring** (Image of a purple ring)
- **Dual-protection ring** with anti-infective agents and contraceptive steroids (Image of a purple ring)
- **Pod-ring: four to ten pods for different molecules for a Multipurpose Prevention Technology** (Image of a ring with pods)
- **Fast Dissolving Insert** combining GRFT & Carrageenan or Amphora (Image of a small insert)
- **Ovaprene 1m-ring Non-hormonal** (ferrous gluconate-mesh) (Image of a ring with mesh)

\*Jensen J et al Contraception 2018  
\*\*Moss JA, Oak Crest Institute Sci. AAC 2013

El anillo de 3 meses está terminando la fase 2, tiene estradiol natural.

En cada pod del anillo, se podrían poner distintas drogas como estradiol, nestorona, antibióticos, antiinfecciosos. Así como también, la Carragenina que es una mezcla de polisacáridos naturales procedentes de algas. El Ovaprene previene el ascenso de espermatozoides.



### 3. Microarray

El sistema de Microarray, podría permitir una anticoncepción “a demanda: on/off” regulado por el usuario. En el caso del parche que se observa en la figura, posee 36 microagujas. Este sistema se puede aplicar en la piel, atraviesa la dermis y llega a la circulación. Trae diferentes tipos de agujas, unas sólidas y otras que se disuelven, liberando la medicación en ese momento. Puede permitir la aplicación de fármacos anticonceptivos o, por ejemplo, de vacunas.

Es extremadamente pequeño, pero puede tener un tamaño mayor si el objetivo, es que el producto, tenga una dosis más alta, con la posibilidad de una liberación más prolongada. Se trata de un parche invisible.

**POPULATION COUNCIL**  
Ideas. Evidence. Impact.

**QUEEN'S UNIVERSITY BELFAST**

**MICRO-ARRAY PATCH**

Application: Peel, Press, Release

Release: Release, Release

Stratum corneum, Epidermis

Different types of microneedles: solid, coated, dissolving, hollow

A patch containing 36 dissolving microneedles is shown on a fingertip. The microneedles dissolve within minutes after insertion into skin to release encapsulated drug or vaccine. Each microneedle is 900 µm tall.  
(Credit: Jeong-Woo Lee, Georgia Tech Institute)

**For on-demand or long-term use (Ryan F. Donnelly, QUB)**  
**User-controlled**

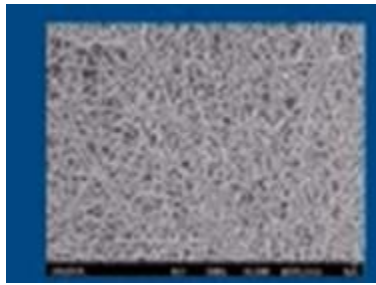
### 4. Tejidos liberadores de fármacos electro hilados

Es una forma de dosificación innovadora, para la administración intravaginal de fármacos, utilizando fibras liberadoras de fármacos, fabricadas por electrohilado.

Los tejidos liberadores de fármacos electro hilados, pueden combinar varias moléculas en tejidos liberando fármacos administrados a diferentes dosis y ritmos.

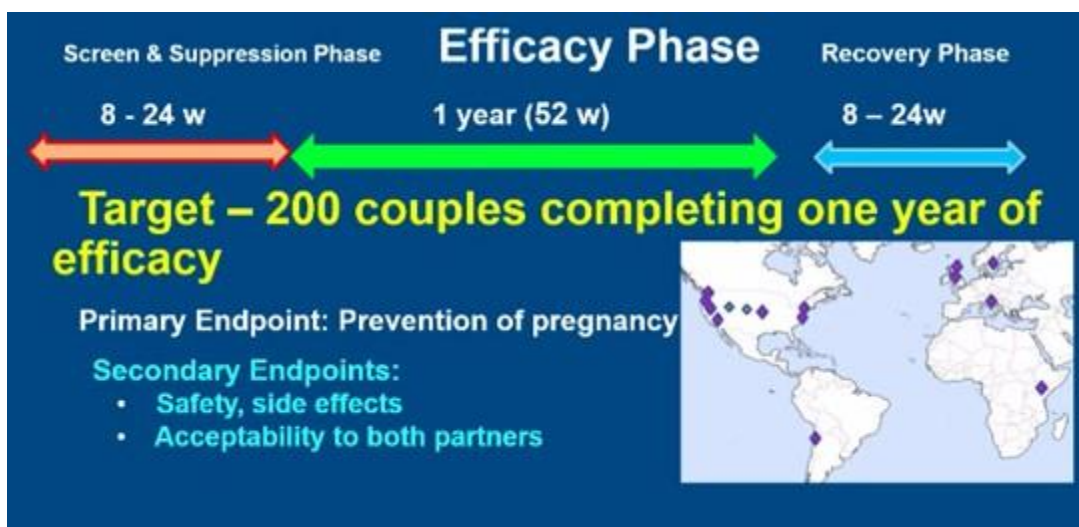
Las fibras de liberación vaginal, permitirían liberar diferentes drogas, incluyendo anticoncepción y además permite utilizar una combinación de drogas, como en prevención de infecciones de transmisión sexual.





## 5. Anticoncepción masculina :

Sobre el gel que contiene nesterona y testosterona, se reportaron en el estudio 200 parejas, quienes terminaron 1 año de tratamiento, con buena prevención de embarazo, aceptabilidad y seguridad.



## 6. POP: píldoras de solo progesterona

La novedad y nueva opción en Reino Unido, es que se dispensan 9 cajas sin receta, de píldoras de solo progesterona (desogestrel 0,75 mcg). Recordemos que dicho país, tiene el antecedente de dispensar sin receta, la anticoncepción de emergencia de levonorgestrel desde 1999 y el UPA (acetato de ulipristal) desde 2015.

### Bridge study:

Se decide dar Desogestrel, post venta de píldora de emergencia de levonorgestrel en la farmacia, ya que el perfil de seguridad es adecuado para venta libre. Los farmacéuticos son entrenados en los criterios de elegibilidad, sabemos que posee mínimas contraindicaciones. Con una muy buena respuesta y sin efectos adversos severos se autoriza la venta libre de desogestrel 0.075 mcg a partir de julio 2021.

## 7. ESTETROL en anticoncepción: Dra. Gabriella Merki

**E4/DRSP – Phase 3 development program EU/RUS**

Multicenter, open-label, single arm study, 13 cycles

**Primary endpoint:**

- Pearl Index for women 18-35 years

**Secondary endpoints:**

- Bleeding pattern: Scheduled and unscheduled bleeding
- Safety profile: Adverse events
- Well-being

Inclusion: age 18-50 years; BMI  $\leq$  35kg/m<sup>2</sup>

1553 women randomized

n=200 aged > 35 years, BMI > 30kg/m<sup>2</sup> : 5.7%

15849 cycles (or: 1320 woman-years)

Starters (defined as no hormone use the last 3 months): 39%

Switchers: 61%

True new starters: 23%

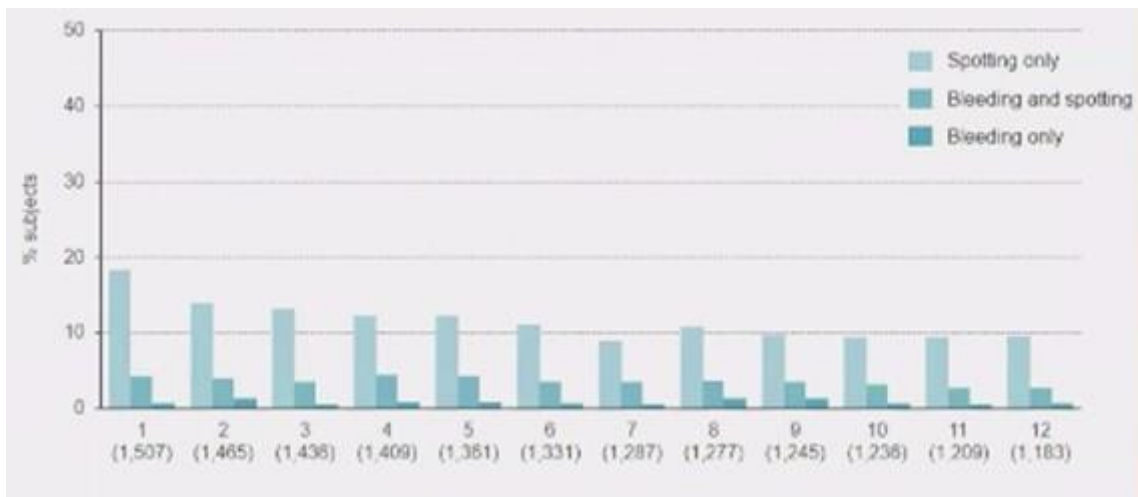
BMI: body mass index  
General: Danielsson et al. BCOG, 2022 Jan;126(1):63-71.

El estetrol es producido por el hígado fetal, cruza la placenta, tiene una larga vida media (28 hs) y puede ser utilizado por vía oral, con alta biodisponibilidad.

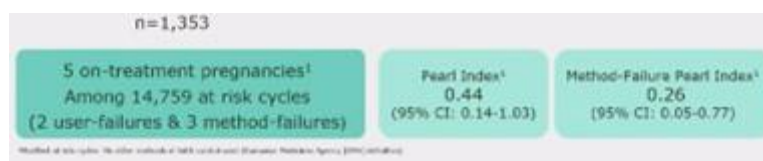
No tiene interacción relevante con el citocromo P450, y no se convierte en estriol ni en estradiol.

No se une a la SHBG (hormona transportadora de esteroides sexuales, hay más libre)

Los metabolitos son inactivos, y se eliminan por vía urinaria y hepática.



Índice de Pearl: 0.44



El sangrado no programado, disminuye de 19% en el segundo ciclo a 12% en ciclo 11, con una duración promedio del sangrado de 3 días.

Se logra la ausencia de sangrado: entre 6 y 8%

Eventos adversos en menos del 5%, (sangrado, cefalea, mastodinia, disminución de libido, acné)

Trombosis venosa profunda: 1 caso

Riesgo a determinar en estudios de fase 4.



En algunos países ya está comercializado desde hace un año: Austria, Luxemburgo, Hungría, Polonia, Alemania y Canadá

## 8. Doble dosis de levonorgestrel para pacientes obesas como anticoncepción de emergencia

Se hizo un estudio randomizado, comparando la eficacia en obesas, con simple y doble dosis: Dos grupos de 35 obesas (BMI mayor de 30 o más de 80 kg) con ciclos ovulatorios 1,5 mg de LNG vs. 3 mg.

Se evaluó, si se retrasaba la ruptura folicular, en 5 o más días, luego de la dosis.

No se observaron diferencias significativas, en ambos grupos (51% 1,5mg vs 69% en 3 mg)

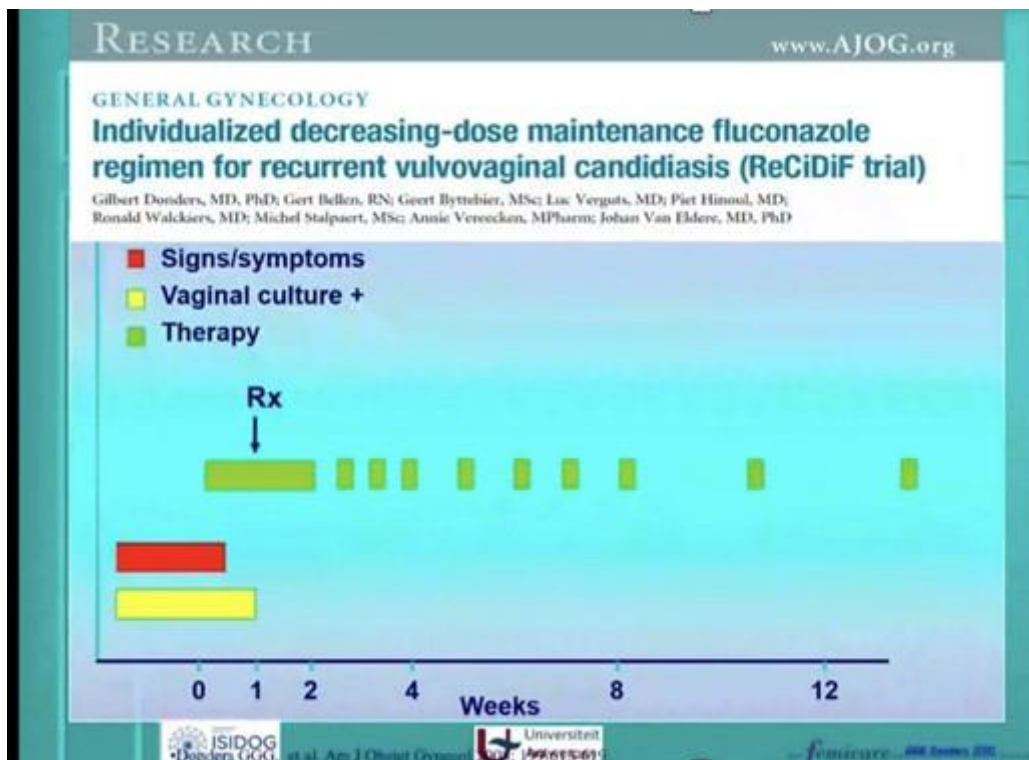
En principio no mostró ser mejor, pero la muestra es pequeña, y se podría recomendar dar doble dosis de forma empírica, pero aún sin una base científica validada.

## 9. Candidiasis recurrente : Dr. G. Donders

**Patología Cándidiasica recurrente:** una enfermedad crónica

- Tratamiento supresivo
- Preventivo
- Larga duración
- A medida

Se propone tratamiento a medida, bajando la dosis de fluconazol paulatinamente.



La indicación consiste en una fase de inducción con fluconazol 200 mg por tres dosis 3 durante 1 semana.

Luego un mantenimiento con 3 fases:

Fase 1: 200 mg una vez, por semana durante 8 semanas

Fase 2: 200 mg una cada 2 semanas, durante 4 semanas

Fase 3: 200 mg una vez por mes, durante 6 meses

Se va pasando a las distintas fases, si la paciente está libre de síntomas y cultivos negativos.

**Candidiasis:** si es recurrente se comienza con el esquema propuesto. Si la respuesta es

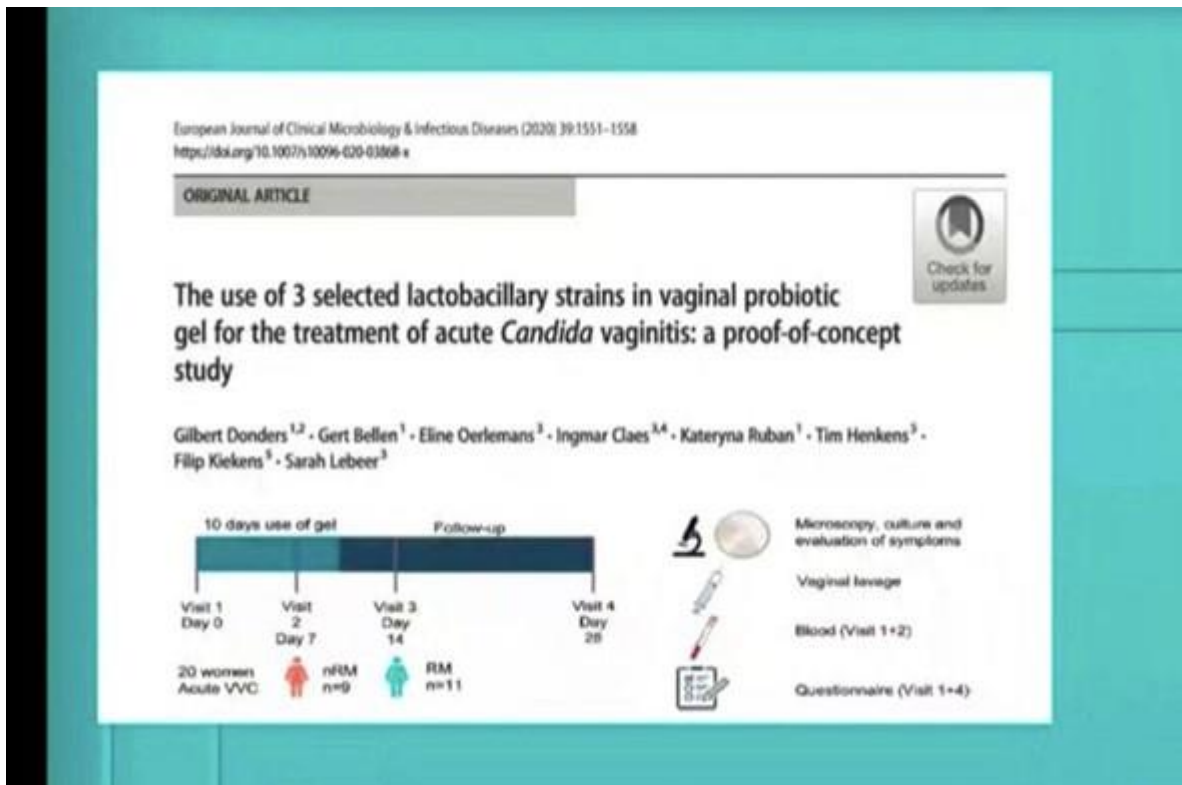
- óptima: se suspende
- subóptima: se puede sin muchos síntomas seguir con bajas dosis y si aumentan los síntomas empezar esquema nuevamente
- no responde: suspender y pasar a otra alternativa terapéutica.

### Posibles alternativas:

- Violeta de genciana
- Anfotericina B: 20 a 50 mg/día
- Ac. bórico: 600 mg a la noche por 14 días
- Caspofungin: 10 mg intravaginal (ancid, alto costo, 400 euros)
- Vaginally: 3 por semana x 2 semanas
- Flucitocin 14%, intravaginal crema

### En estudio:

Lactobacillus en probióticos.



Está en fase 2, un nuevo fármaco vía oral para la candidiasis recurrente.



## GYNECOLOGY

## A phase 2, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study to evaluate the efficacy and safety of orally administered VT-1161 in the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis

Stephen R. Brand, PhD; Thorsten P. Degenhardt, PhD; Karen Person, MSc; Jack D. Sobel, MD; Paul Nyirjesy, MD; Robert J. Schotzinger, MD, PhD; Amir Tavakkol, PhD, DipBact

**BACKGROUND:** Lanosterol demethylase is an enzyme that is essential for fungal growth and catalyzes an early step in the biosynthetic pathway of ergosterol, which is a sterol that is required for fungal cell membrane formation and integrity. Lanosterol demethylase is the molecular target of the class of drugs referred to as "azole antifungals." VT-1161 is a novel, oral, selective inhibitor of fungal lanosterol demethylase and is being developed for the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis.

**OBJECTIVE:** We evaluated the efficacy and safety of 4 dosing regimens of oral VT-1161 compared with placebo in women with recurrent vulvovaginal candidiasis, which was defined as at least 3 symptomatic episodes of acute vulvovaginal candidiasis within a 12-month period.

**STUDY DESIGN:** Two hundred fifteen women with a documented history of recurrent vulvovaginal candidiasis and who, at screening, were experiencing an episode of acute vulvovaginal candidiasis (acute vulvovaginal candidiasis; composite vulvovaginal signs and symptoms score of  $\geq 3$  and a positive potassium hydroxide test for yeast) were enrolled. After treatment of the acute infection with fluconazole, subjects were assigned randomly to 1 of 5 treatment regimens: (1) VT-1161 150 mg once daily for 7 days, then 150 mg once weekly for 11 weeks, followed by a once-weekly dose of placebo for 12 weeks; (2) VT-1161 300 mg once daily for 7 days, then 300 mg once weekly for 11 weeks, followed by a once-weekly dose of

placebo for 12 weeks; (3) VT-1161 150 mg once daily for 7 days, then 150 mg once weekly for 23 weeks; (4) VT-1161 300 mg once daily for 7 days, then 300 mg once weekly for 23 weeks; or (5) a matching placebo regimen for 24 weeks. The primary efficacy outcome was the proportion of subjects with  $\geq 1$  culture-verified acute vulvovaginal candidiasis episodes through week 48.

**RESULTS:** In the intent-to-treat population, the proportion of subjects with  $\geq 1$  acute vulvovaginal candidiasis episodes ranged from 0–7% across the 4 VT-1161 arms vs 52% in the placebo arm, with all arms achieving statistical significance vs placebo. VT-1161 was well-tolerated with a favorable safety profile, and the incidence of adverse events was lower in all VT-1161 arms compared with placebo. In addition, no patient in any VT-1161 arm discontinued the study early because of an adverse event or laboratory abnormality. There was also no evidence of an adverse effect of VT-1161 on liver function or electrocardiogram recordings.

**CONCLUSION:** In this study, VT-1161 was shown to be efficacious and safe in the treatment of patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. These data strongly support further clinical investigation of VT-1161 for the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis.

**Key words:** antifungal, *Candida*, VT-1161, vulvovaginal candidiasis

## 10. Lo nuevo en Chlamydia y Mycoplasma: Dra. Paula Baraitser

Mycoplasma genitalium y Chlamydia

Prevalencia: 1% de población general

En trabajadoras sexuales: prevalencia del 7 a 10 % de ITS

Hasta 75% de las parejas, van a tener Chlamydia. 40 a 60 %, Mycoplasma

### Persistencia:

1 a 3 meses, sin la necesidad de antibióticos.

Un 25%, lo tendrán por tiempo prolongado, y en esos casos es necesario tratar.

El Mycoplasma genitalium causa uretritis, EPI, asociado a parto pretérmino. No hay evidencia para relacionar, a epididimitis, proctitis.

La respuesta del huésped es muy variable, y la mayoría son asintomáticos.

La Chlamydia provoca: uretritis, cervicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, proctitis y epididimitis.

### Cuando testear



- **Basado en síntomas:** Chlamydia, en pacientes con síntomas como sinusorragia, cervicitis, sangrado intermenstrual, epididimitis
- **Basado en factores de riesgos:** parejas diagnosticadas
- **Población blanco para Chlamydia:**
  - Mujeres jóvenes, hasta 25 años sexualmente activas: de rutina
  - **Alto riesgo:** hombres homosexuales, bisexuales, u hombres que tienen sexo con otros hombres (High risk GBMSM). Testear cada 3 meses para Chlamydia. No hay razón para testear para mycoplasma

#### Tratamiento:

#### MICOPLASMA

- En infecciones no complicadas
  - Doxiciclina: 100 mg cada 12 hs. por 7 días. Después azitromicina 1 gramo el día 1 y luego 500 mg por 2/7 días.
- Complicadas/resistentes/fallas:
  - Moxifloxacina: 400 mg diarios, por 14 días (muchos efectos adversos)
  - No tener sexo por 14 días, desde que se inicia el tratamiento
  - Prueba, para ver si se curó a las 5 semanas de empezado el tratamiento.

#### CHLAMYDIA

- No complicadas:
  - Doxiciclina: 100 mg cada 12 hs por 7 días
  - No relaciones por 7 días, después de iniciado el tratamiento
  - No se necesita prueba de curación

#### Notificar a la pareja:

#### Micoplasma:

- A la actual pareja sexual

#### Clamidia:

- Asintomática: a todas las parejas de los 6/12 meses últimos
- Sintomático: a todos las parejas, de las últimas 4 semanas
- Las tasas de reinfección son altas, (es más probable que falle el antibiótico). Hay que hacerle pruebas 3 meses después, no para ver cura, sino reinfección

#### Mycoplasma genitalium:

La tendencia, es esperar la resolución sin tratamiento antibiótico, en pos de evitar resistencia antibiótica.

# Inserción inmediata vs diferida, del implante anticonceptivo liberador de etonorgestrel post aborto. Estudio de equivalencia controlado y randomizado.

## Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial

**Autores:** Hognert H, Kopp Kallner H, Cameron S, Nyrelli C, Jawad I, Heller R, Aronsson A, Lindh I, Benson L, Gemzell-Danielsson K.

**Link al artículo:** <https://doi.org/10.1093/humrep/dew238>

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



Tanto en Europa como a nivel mundial, una proporción significativa de mujeres que se someten a un aborto, han tenido uno o más abortos previos. Se ha demostrado, que la anticoncepción reversible de acción prolongada, como la anticoncepción intrauterina (DIU), y los implantes, son muy eficaces para prevenir embarazos no deseados y abortos repetidos.

Por lo tanto, es deseable y recomendado por las distintas guías directrices, el inicio inmediato de la anticoncepción de acción prolongada, después del aborto (OMS, 2012).

Los implantes anticonceptivos y el DIU, se insertan comúnmente e inmediatamente, después del aborto quirúrgico, en el primer trimestre, con eficacia, cumplimiento y seguridad bien documentados.

También es conocido, que las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), se realizan de manera ambulatoria, y eso produce que, algunas personas, no regresen al control. Con lo cual si se les ofrece un método anticonceptivo seguro, eficaz, de rápido inicio, estaríamos los profesionales, colaborando a resolver un tema, que seguramente le preocupa: evitar un embarazo, luego de haber interrumpido una gestación.

En Suecia, un país nórdico, se observa que las mujeres que pasaron por una interrupción voluntaria, no regresan para la consulta de la elección del método anticonceptivo, y no acuden para un seguimiento, después de un aborto medicado. En este momento, el 68% de los abortos, se realizan antes de las 9 semanas, con la administración domiciliaria de misoprostol. Este porcentaje en incremento, podría deberse, a que luego de la ingesta de mifepristona (MFP), llevan el misoprostol para uso domiciliar, y no regresan a las instituciones a buscar un método anticonceptivo. Entonces, brindar opciones de métodos anticonceptivos de inicio inmediato, y más aún, diseñar nuevas estrategias para comenzar lo antes posible, es mandatorio.

El único anticonceptivo a largo plazo reversible, de acción prolongada, que podría incluso, iniciarse al mismo tiempo que el aborto, es el implante. Sabemos que no es posible insertar un DIU, antes de la completa evacuación de la gestación. Es más, según la guía de la OMS sobre anticoncepción postaborto, se recomienda la inserción inmediata del implante subdérmico anticonceptivo hormonal (OMS, 2012). Sin embargo, esta práctica no ha sido ampliamente implementada, debido a la teoría acerca de una posible interacción entre la mifepristona y la progesterona. Se piensa que ésta última podría afectar la unión de la mifepristona, al receptor de progesterona, del implante anticonceptivo??( Viene de arriba?, lo cual podría disminuir la eficacia del aborto con medicamentos.

Se demostró una interacción entre el etonogestrel y la mifepristona, cuando se administró mifepristona, para tratar el sangrado intermenstrual en mujeres, que usaban el implante que contenía etonogestrel (Weisberg et al., 2011). Sin embargo, dado que la absorción de mifepristona es rápida con concentraciones séricas máximas, 1 hora después de la ingesta, (de acuerdo al prospecto de mifepristona), la inserción de un implante que contiene etonogestrel, 1 hora después de la administración de mifepristona, no afectaría la eficacia de la mifepristona, en el proceso de aborto médico.

Hay pocos estudios piloto que informen, sobre la inserción del implante liberador de etonogestrel, en el momento de la ingesta de mifepristona, en el aborto con medicamentos (Church et al., 2010, Sonalkar et al., 2013, Barros Pereira et al., 2015). Estos son estudios observacionales, donde se planteó esta interacción pero al ser pequeños, surgió la necesidad de realizar un ensayo controlado aleatorizado. El estudio aleatorizado de Raymond et al. de 2016 realizado en mujeres de México y Estados Unidos, donde en la gran mayoría de los casos se colocó el implante en el lapso de una hora, demostró una alta eficacia del aborto: 96,1 % en el grupo de inicio rápido, vs 96,2 % en el grupo que se colocó el implante después del aborto. En ambos grupos el tratamiento del aborto, fue con medicamentos y tuvo una alta eficacia.

De modo que los profesionales del Instituto Karolinska de Suecia, con la colaboración de otros países, diseñaron un estudio con la hipótesis de que si se ingiere la MPF, y se aguarda una hora, debería poder administrarse una progesterona, sin disminuir significativamente la eficacia del aborto. Para ello reclutaron de manera aleatoria, a 550 mujeres, a 277 de ellas se les insertó el implante liberador de levonorgestrel en forma inmediata, y a 261 mujeres en forma tardía.

El objetivo principal de este estudio fue comparar la inserción inmediata (inserción 1 hora después de la mifepristona el día 1), versus la inserción tardía, (inserción en el seguimiento de 2 a 4 semanas después de la mifepristona), de un implante subdérmico anticonceptivo, que libera etonogestrel de una sola varilla, en relación a las tasas de aborto completo, medicado (sin necesidad de evacuación quirúrgica). Los objetivos secundarios fueron comparar las complicaciones, las tasas de inserción, la aceptabilidad del momento de la inserción entre los dos grupos, y las tasas de embarazo y aborto repetido, durante los primeros 6 meses posteriores a la inserción.

En el grupo inmediato no hubo embarazos nuevamente a los tres meses, y en el grupo tardío hubo 4. Estos 4 embarazos, fueron mujeres que nunca acudieron para la inserción del implante.

Luego de 6 meses, hubo dos embarazos en el grupo inmediato, (las mujeres solicitaron extracción del implante y no aceptaron un nuevo método), y ambos terminaron en un nuevo aborto. Hubo seis embarazos en el grupo tardío, (uno en una mujer que solicitó extracción del implante y no aceptó un nuevo método), y todos terminaron en un nuevo aborto.

En el grupo inmediato 88/277 mujeres (31,7%), no asistieron al seguimiento programado, a las 2-4 semanas del aborto, en comparación con 64/261 (24,5%, P = 0,21) en el grupo tardío. En el

grupo tardío 74/261 mujeres (28,4%) no recibieron el implante postaborto. De estas 74 mujeres, 10/261 (3,8%) cambiaron de opinión acerca de tener el implante, y recibieron otro método anticonceptivo postaborto y 64/261 (24,5%) de las mujeres no asistieron para la inserción. En el grupo inmediato 3/277 (0,1%) las mujeres cambiaron de opinión sobre el implante y recibieron otro método anticonceptivo postaborto. Así, la tasa de inserción fue de 275/277 (99,2%) en el grupo inmediato y de 187/261 (71,6%) en el grupo tardío ( $P < 0,001$ ).

De las 16 mujeres que requirieron tratamiento quirúrgico, en el grupo inmediato en 5 de ellas fue realizada la intervención después de la consulta de control, a las 2-4 semanas, comparado con 3 mujeres del grupo de inserción tardía. De todas formas es muy importante tener en cuenta que cuando analizamos la eficacia del aborto con medicamentos, y la necesidad de una intervención quirúrgica, no podemos simplemente hacer el seguimiento a las 4 semanas, porque en realidad es bueno considerar tener una intervención quirúrgica, después de seis u ocho semanas, debido a la posibilidad de un sangrado muy prolongado.

En cuanto al seguimiento y satisfacción del implante de una sola varilla, al realizar el seguimiento de las mujeres con el implante a los tres y seis meses, vimos que era significativamente más alto su uso en el grupo inmediato y eso, por supuesto, se debió a que las mujeres no se presentaron a la inserción en el grupo de inserción tardía.

En la satisfacción observamos que en el grupo de inserción inmediata, 180/277 (64,9 %), declararon que si les dieran a elegir preferirían la inserción inmediata, mientras que 12/277 (4,3 %) mujeres indicaron una preferencia por la inserción tardía (85/277, 30,7 % sin respuestas). En el grupo de inserción tardía, 102/261 (39 %), las mujeres manifestaron que preferirían, la inserción inmediata mientras que, 51/261 (19,5 %) mujeres indicaron una preferencia por la inserción tardía (108/261, 41,3 % respuestas faltantes). La aceptabilidad se definió como 'prefiriendo el tiempo asignado de inserción'. Por lo tanto, la aceptabilidad fue del 64,9% en el grupo inmediato, y del 19,5%, en el grupo tardío ( $P < 0,001$ , prueba exacta de Fisher).

En el seguimiento de 3 meses, 224/277 mujeres (80,9 %, 37 mujeres faltantes), continuaron usando el implante, en comparación con 179/261 (68,6 %, 43 mujeres faltantes) del grupo tardío ( $P = 0,001$ ). En el grupo inmediato, 14/277 (6,5 %) tuvieron una extracción verificada del implante, en comparación con 17/262 (5,1 %) mujeres en el grupo tardío ( $P = 0,58$ ). En el seguimiento de 6 meses, 199/277 mujeres (71,8 %, 40 mujeres faltantes) en el grupo inmediato, habían verificado el uso continuado del implante, en comparación con 151/261 (57,9 %, 52 mujeres faltantes) en el grupo diferido ( $P < 0,001$ ). En el grupo inmediato, 23/277 (8,3 %), tuvieron una extracción verificada del implante, entre los 3 y 6 meses de seguimiento, en comparación con 23/261 (8,8 %) mujeres en el grupo tardío ( $P = 0,88$ ). La tasa de extracción acumulada del implante, en las mujeres que recibieron el implante, fue significativamente menor (37/274, 13,5 %) para las mujeres del grupo inmediato, en comparación con el grupo diferido (40/187, 21,4 %,  $P = 0,03$ ). La satisfacción con el implante fue significativamente mayor en el grupo inmediato a los 3 meses ( $P = 0,015$ , prueba de  $\chi^2$ ), pero no diferente a los 6 meses ( $P = 0,66$ ).

Entonces en cuanto a la aceptabilidad del implante subdérmico, hay una preferencia bastante significativa, por la inserción inmediata, aunque a los 3 meses posteriores, la mayoría de las extracciones del método, se debieron a sangrado prolongado, acné y cambios en el estado de ánimo.

A los 6 meses de seguimiento, la comparación entre ambos grupos, en relación a un nuevo embarazo, arroja una  $p = 0,018$ .

Este estudio realizado en Suecia y Escocia, tuvo un alto seguimiento: el 50 % de las mujeres regresaron para la inserción del implante. Tuvimos como resultado primario la eficacia del aborto: las intervenciones quirúrgicas fueron del 5,8% en el grupo inmediato y del 4% en el grupo tardío, es decir, muchas de estas mujeres no tuvieron una intervención quirúrgica, después seguimiento pactado.

Esta evidencia es suficiente, como para incorporar esta práctica en el entorno de atención para salud reproductiva, es la preferida por las mujeres, y fundamental para brindar el más alto nivel de atención basada, en evidencia.

En este momento contamos con ensayos, en gran parte prospectivos y controlados, con el poder adecuado, para decir que esta es la manera de hacerlo correctamente, y no hay excusa para no brindar, el más alto nivel de calidad de atención: los implantes deben insertarse en el momento de la mifepristona en todo el mundo.

## Bibliografía:

- Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Care Systems. 2012. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf)2012)
- Weisberg, E., Croxatt, H., Findlay, J., Burgerdian, H. et Frase, I. A randomized study of the effect of mifepristone alone or in conjunction with ethinyl estradiol on ovarian function in women using the etonogestrel-releasing subdermal implant, Implanon. [Contraception](#), 2011. Vol 84 (6): 600-608
- Church, E., SenguptaK, S et Chia, K. [The contraceptive implant for long acting reversible contraception in patients undergoing first trimester medical termination of pregnancy. \*Sexual & Reproductive Healthcare\*](#), 2010. Vol 1 (3): 105-9
- Sonalkar, S. Houb, M. et Borgatta, L. Administration of the etonogestrel contraceptive implant on the day of mifepristone for medical abortion: a pilot study. [Contraception](#), 2013. VOI 88 (5) 671-7
- Barros Pereira, I., .Carvalho, R., et Graça, L. Intra-abortion contraception with etonogestrel subdermal implant. [European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology](#), 2015. Vol 185: 33-35
- Raymond, E., Weaver, M., Tan, Y., Louie, K., Bousiéguem, M., Lugo Hernández, E., Aranguré-Peraza, A. et al. Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2016;127: 306–312.