

**3.** Problemas específicos relacionados con la DM pueden afectar la imagen corporal como el uso de dispositivos médicos, lipohipertrofias y lipohipotrofias de los sitios de inyección; y las demandas diarias relacionadas con el control de la DM, como la necesidad de realizar controles de glucosa previamente a las relaciones sexuales para evitar hipoglucemias o el miedo a la hipoglucemia, que pueden afectar la espontaneidad del sexo.

La testosterona estimula la función sexual en la posmenopausia cuando se añade a la terapia hormonal convencional, pero los ensayos no han incluido a mujeres con DM.

Una sola dosis oral de 50 mg de sildenafil demostró mejorar la excitación sexual en mujeres al aumentar la vasocongestión vaginal cuando se exponen a estímulos eróticos.

Si bien los ISRS se asocian con reducción de la función sexual, el bupropión puede mejorar la disfunción sexual en mujeres con DM2 y trastorno depresivo mayor.

El descenso de peso mejora la imagen corporal percibida y la función sexual.

Las mujeres con falta de lubricación vaginal pueden utilizar estrógenos tópicos o lubricantes eficaces. Además, si el problema es la estimulación del clítoris, un vibrador podría ser de utilidad. La evaluación psicológica resulta imprescindible para detectar trastornos de ansiedad y depresión, y la medición del estrés diario y de factores de la relación.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kapoor E, Faibian S, Hines S, et al. Women's health endocrine update. *Journal of Women's Health* 2017;26(12):1365-1368.
2. Mairoini MI, Bellastella G, Giugliano D, et al. From inflammation to sexual dysfunction: a journey through diabetes, obesity and metabolic syndrome. *Journal of Endocrinological Investigation* 2018;41(11):1249-1258.
3. Winkley K, Kristensen C, Fosbury J, et al. Sexual health and function in women with diabetes. *Diabetic Medicine* 2021;38(11):e14644. doi:10.1111/dme14644.
4. Di Francesco S, Caruso M, Robuffo I, et al. The impact of metabolic syndrome and its components on female sexual dysfunction. A narrative mini-review. *Current Urology* 2018; 12(2):57-63.

### **3) Vacunación COVID y embarazo**

Dra. Florencia Bues

El virus SARS-CoV-2, un coronavirus detectado en China en 2019, es el agente etiológico de la COVID-19, una pandemia que ha generado un alto impacto en el mundo en términos de morbilidad, mortalidad, alteraciones socioeconómicas y deterioro de la calidad de vida. Entre las poblaciones consideradas de alto riesgo, se encuentran las personas gestantes, grupo en el que se ha observado mayor riesgo de formas severas, internación y mortalidad.

La vacunación masiva demostró ser la mejor estrategia para disminuir este impacto. Con el desarrollo de vacunas efectivas y seguras, su uso se recomendó en todos los países afectados por la pandemia.

Dado el rápido desarrollo de las vacunas y la necesidad de autorizaciones de emergencia, los estudios no incluyeron a las personas gestantes. Sin embargo, debido a su condición de población de riesgo y al hecho de que todas las vacunas disponibles se basan en plataformas inactivadas (ya sean vectores virales no replicativos, ARN mensajero o virus inactivados), las autoridades sanitarias incluyeron a las personas gestantes entre los grupos en los que se recomendaba y ofrecía la vacunación. Estudios posteriores demostraron que el uso de las vacunas contra la COVID-19 en las personas gestantes fue efectivo para disminuir las formas severas y la internación. Por otra parte, no se ha registrado mayor frecuencia de abortos espontáneos ni de alteraciones en los recién nacidos.

En conclusión, la vacunación contra la COVID-19 en personas gestantes, con el uso de las vacunas disponibles, es efectiva y segura, y por ende se recomienda su uso.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Actualización de los lineamientos técnicos. Resumen de recomendaciones vigentes para la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud. Febrero de 2022. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/actualizacion-de-los-lineamientos-tecnicos-resumen-de-recomendaciones-vigentes-para-la>
- Wainstock T, Yoles I, Sergienko R, Sheiner E. Prenatal maternal COVID-19 vaccination and pregnancy outcomes. *Vaccine* 39 2021; 6037-6040. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.09.012.
- Jamieson DJ, Rasmussen SA. An update on COVID-19 and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2022 Feb;226(2):177-186. doi: 10.1016/j.ajog.2021.08.054.
- Olson C. COVID-19 vaccine safety in pregnancy. Updates from the v-safe COVID-19 vaccine pregnancy registry Sep 22, 2021.

### **4) Estatinas en mujeres embarazadas**

Dra. Susana Salzberg

Hasta hace pocos años la clasificación de la *Food and Drug Administration* (FDA) para indicar el nivel de riesgo de los fármacos sobre el feto establecía cinco categorías (A, B, C, D, X). La categoría X incluía los fármacos contraindicados y, entre ellos, se encontraban las estatinas. Es decir, había una contraindicación formal para su utilización durante el embarazo, o en mujeres que podían quedar embarazadas, por sus posibles efectos teratogénicos. Estudios publicados con posterioridad a esa categorización aportaron nuevos datos sobre el tema. En primer lugar, cuestionan la asociación positiva entre el uso de estatinas en período embriogénico y las malformaciones congénitas.

Otro hallazgo importante es que, algunos estudios demostraron que la exposición intrauterina a las estatinas favorece la prematuridad y/o el bajo peso al nacer. Sin embargo, actualmente el énfasis está en el rol de las estatinas en la prevención y tratamiento de la preeclampsia, especialmente por sus efectos pleiotrópicos. Algunos autores proponen continuar utilizándolas durante el embarazo en mujeres con hipercolesterolemia familiar, en la cual los elevados niveles de colesterol son riesgosos para la madre y pueden favorecer la trombosis e infarto en las arterias espiraladas uteroplacentarias, conduciendo a la insuficiencia placentaria y el subsecuente compromiso fetal.