

Revista FASGO



Volumen 20
Nº 3 – Noviembre de 2021

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Contenidos

Volumen 20 | N° 3 – Noviembre de 2021

Página 7 **Editorial.**
Dra. Sara Papa

Página 8 **Autoridades**

Trabajos Científicos

Página 11 Espectro de Placenta Ácreta: Nuestra Experiencia en el Servicio de Obstetricia del Hospital Argerich
Córdoba, Rocío Macarena; Santillán, Ariana Florencia; Suetta, Débora; Fabiano, Pablo; Senyk, Gastón; Baumberger, Virginia; Arias, Néstor; Poncelas, Mabel; Arguello, Julieta

Página 21 Evaluación de la Severidad y Pronóstico Posnatal en Recién Nacidos con Restricción del Crecimiento Intrauterino.
Dr. Romero Benítez, Juan Manuel, Dra. Elizalde Cremonte, Alejandra, Dr. Kundycki, Jorge Gustavo, Dra. Frowen Ursual

Página 28 Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo, Argentina. Aportes al debate desde la experiencia en un hospital público de la ciudad
Pasquali Carolina, Allekotte Hallberg, Tania

Página 44 Colestasis Intrahepática del Embarazo: Relación entre Niveles de Ac. Biliares, Transaminasas y Bilirrubina con Resultados Perinatales durante el año 2020 en Hospital Materno Provincial.
Dra. Crescente Sofia

Página 63 Preferencia de Anticoncepción en la Adolescencia en Consultorio de Planificación Familiar, Hospital Santa Rosa Chajarí, Entre Ríos, en el primer periodo del Año 2021
Carolina Raquel Capovila, Yanina Beatriz Quiroz

Página 79 Impacto de los Agroquímicos sobre las Variables Seminales en Varones Infértiles
Cecilia V. Paparella, Ivanna M. Garneró, Patricia R. Perfumo

Página 88 Derechos Vulnerados: Nuestra Mirada de los Nacimientos en Pandemia
Paganini, Stella Maris, Ramunno, Cintia

ISSN 2683-8826

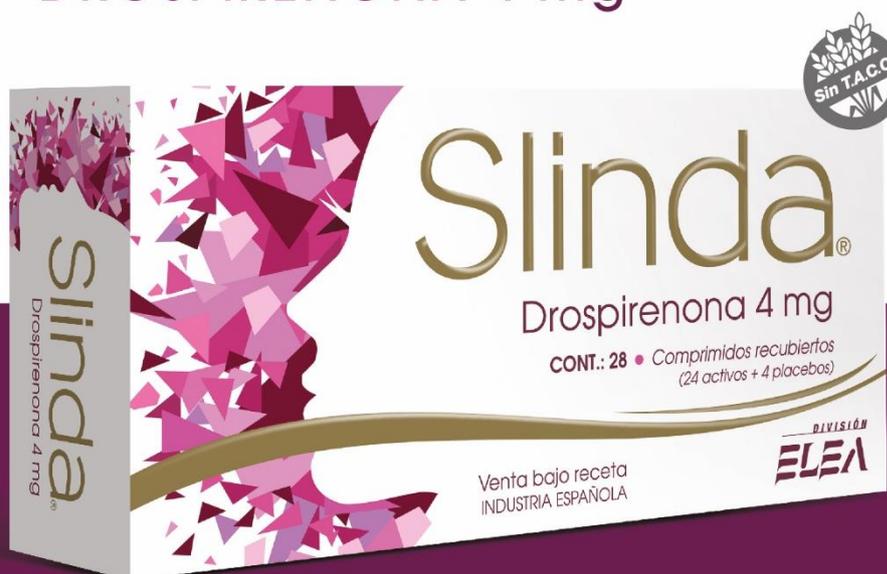
Primer anticonceptivo oral
libre de estrógenos sólo
con Drospirenona.

NUEVO

Slinda®

DROSPIRENONA 4 mg

Presentación:
x 28 Comprimidos (24+4)



- ▶ Sólida eficacia anticonceptiva.
- ▶ Buen control de ciclo.
- ▶ Esquema 24+4.
- ▶ Beneficios más allá de la anticoncepción.
- ▶ Una opción para más mujeres.

Segura como siempre,
libre como nunca.



Para visualizar la conferencia de lanzamiento y acceder a
más información ingresa a
www.saludfemenina.net/slinda



SALUD FEMENINA / ELEA

GIN

LÍNEA GINECOLOGÍA



Ginkan

ÓVULOS

Ginclin

CLINDAMICINA - KETOCONAZOL

Devisal

COLECALCIFEROL (VITAMINA D₃)

Devisal CB

COLECALCIFEROL (VITAMINA D₃)

GinkaDerm A

CENTELLA ASIÁTICA - VITAMINA A

Ginkan500

METRONIDAZOL

Flucoginkan

FLUCONAZOL

hemovit

HIERRO - ACIDO FÓLICO - VITAMINA B₁₂

CONTINEX

DARIFENACINA



Baliarda

Vida con salud

www.baliarda.com.ar

NUEVA

dermaglós

DELICADA FRAGANCIA



Escanee este QR y acceda a información destacada para médicos en nuestra comunidad de Profesionales:
andromaco.com/profesionales

dermaglos.com  

VENTA BAJO RECETA | Descuentos en Obras Sociales | Cobertura 100% Plan Materno Infantil



Promecfim[®]

PROMESTRIENO

*El tratamiento más efectivo y seguro
que mejora la atrofia urogenital*

Tratamiento de primera elección para aliviar los síntomas de:

- Sequedad vaginal. Irritación. Ardor.
- Dispareunia.
- Incontinencia urinaria y urgencia miccional.

**Comprimido vaginal
de fácil y cómoda aplicación.**



Presentaciones: Comprimidos Vaginales x 10 y 20.

Editorial

El que me concedan escribir la editorial de la prestigiosa revista de FASGO, constituye además de un placer un verdadero honor.

En una actualidad que nos obligó a un uso preponderante de la virtualidad, nuestra revista continuó cumpliendo sus objetivos de difundir conceptos académicos, actualizaciones de consensos hacia nuestros colegas, hecho fundamental no solo para el uso cotidiano de nuestra práctica profesional sino también de contribución para las autoridades de los Ministerios de Salud, sean Nacionales o Provinciales, a la hora de dictar normativas respecto a patologías prevalentes vinculadas a nuestra especialidad.

Acabamos de finalizar el Congreso FASGO 2021, totalmente Virtual, con un gran éxito. Hubo más de 2.500 inscriptos, los que participaron en distintas actividades, logrando un verdadero intercambio científico y cultural en este espacio federal, quedando los contenidos del mismo a disposición de nuestra comunidad médica en la página de FASGO.

En nuestra revista se pueden encontrar, como siempre, revisiones, trabajos científicos originales escritos por los principales referentes en las distintas áreas que hacen a la Ginecología y Obstetricia.

FASGO es una entidad comprometida con una participación federal, donde cada especialista de los distintos lugares de nuestro extenso territorio puede encontrar el espacio para publicar sus trabajos, sus investigaciones, realizar sus aportes, dentro de un contexto de alto nivel académico.

Por lo expuesto los invitamos a formar parte activa de nuestra revista, donde su participación con seguridad enriquecerá aun más los contenidos de la misma.

Un cordial Saludo.

Dra. Sara Inés Papa
Presidente del Comité Científica FASGO 2021
Docente de la Facultad de Ciencias Médicas. UNCUYO
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Secretaria General de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Mendoza
Médica del Área de Obstetricia de la Dirección de Maternidad e Infancia.
Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Provincia de Mendoza



REVISTA FASGO

Director: Dr. Bernardo Kupferberg

Comité Editorial: Dr. Pablo Sayago
Dr. Horacio Crespo
Dra. Alba Stagnaro

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2019-2021

Presidente: Dr. Roberto Castaño

Secretario de Actas: Dr. Constantino Mattar

Vicepresidente: Dr. Pedro Daguerre

Director de Publicaciones: Dra. Patricia Cingolani

Secretario General: Dr. Héctor Scaravonati

Vocales Titulares: Dr. Mariano Rossini
Dr. Fernando Giayetto

Prosecretario General: Dr. Alejandro Hakim

Vocales Suplentes: Dr. Ángel Betular
Dr. Mario Kurganoff
Dr. Augusto Ortiz
Dra. Griselda Abreo

Tesorero: Dra. Mabel Martino

Protesorero: Dr. Enrique Elli

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Titulares: Dr. Marcelo Kolar
Dr. Enzo Triggiano
Dr. Roberto Tissera

Suplentes: Dra. Daniela Rebelo
Dr. Martín Echegaray
Dr. Javier Lukeстик

TRIBUNAL DE HONOR

Titulares: Dr. René Del Castillo
Dr. Antonio Lorusso
Dr. Roberto Tozzini

Suplentes: Dr. Francisco Gago
Dr. Raúl Winograd
Dra. Delia Raab

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

Presidente: Prof. Dr. Luis Augé

Vocales: Prof. Dr. Carlos Lopez
Prof. Dra. Sofía Amenabar
Prof. Dr. Samuel Seiref
Prof. Dr. Néstor Garelo
Prof. Dr. Edgar Zanuttini
Prof. Dr. Raúl Winograd

Vicepresidente: Prof. Dr. Héctor Bolatti

Secretario General: Prof. Dra. Alejandra Elizalde
Cremonte

Prosecretario: Prof. Dr. Orlando Forestieri

Secretario de Actas: Prof. Dr. Luis Flores

Coordinador General de Evaluaciones de Residencias:
Dr. Martín Etchegaray (UBA)

Comités Nacionales

Comité de Membresía

Coordinador

Dr. Constantino Mattar

Coordinadores Regionales:

Dra. Lucia Ramos - Noroeste

Dra. Florencia Echavarría- Noreste

Dr. Roberto Tissera - Centro Oeste

Dr. Augusto Ortiz - Región Centro

Comité de Congresos Nacionales y Regionales

Dra. Claudia Travella

Dra. Adriana Díaz Montivero

Dra. Sonia García

Comité de Derechos de la Mujer

Dra. Eugenia Trumper

Dra. Diana Galimberti

a. Comité de Salud Sexual y Reproductiva

Coordinadora: Dra. Eugenia Trumper

Integrantes:

- Dra. Silvia Oizerovich
- Dra. Maria del Carmen Tinari de Platini
- Dra. Florencia Kiguel
- Dra. Virginia Alvarez

b. Comité de Violencia de Género.

Coordinadora: Diana Galimberti

Integrantes:

- Dra. María Mohedano
- Dra. Estela Garrido
- Dra. María Vargas
- Dra. Sandra Magirena
- Dr. Marcelo Guz
- Dr. Roberto Yahni
- Dra. Jidith Bazan
- Dra. Vanesa Milosevich

Comité de Asuntos Legales

Dr. Roberto Keklikian

Revista FASGO – Ciencia Informa

Director

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario de Redacción

Dr. Pablo Sayago

Comité de Salud Materna

Coordinador:

Dr. Roberto Casale

Integrantes:

Dr. Ignacio Asprea (Hospital El Cruce- SOGBA)

Dra. Maria Julia Cuetos (MSAL Nacion)

Dr. Javier Lukestik (Formosa)

Dr. Roberto Tissera (La Rioja)

Dr. Gerardo Murga (Tucuman)

Dra. Maria Soledad Ratto (Bariloche)

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte (Corrientes)

Dra. Claudia Travella (Cordoba)

Dr. Nicolás Avila (Catamarca)

Dr. Julián Pascale (SOGIBA Bs As)

Dr. Sebastián Sar (Sogiba Bs As)

Dr. Marcelo Correa (SOGBA)

Dr. Eduardo Fernandez (Maternidad Carlotto-Bs As)

Dr. Juan Fazio (San Isidro).

Comité de Ejercicio Profesional

Dra. Lorena Roca

Comité de Promoción de la Investigación Profesional y Publicaciones

Dr. Nicolás Avila

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Vinculación con Instituciones Nacionales e Internacionales

Dr. Néstor Garelo

Dr. Héctor Bolatti

Comité de Administración Eficiente de Recursos

Tesorero, Protesorero, Contadores, Presidente

Desarrollo Directivo

Dr. Pedro Daguerre

Director: Prof. Dr. Samuel Seiref

Director Honorario: Dr. Antonio Lorusso

DIRECTORES DE ÁREA

Ginecología: Dr. Sebastián Gogorza

Obstetricia: Dra. Liliana Votto

COORDINADORES DE ÁREA:

Ginecología: Dr. Diego Habich - Dr. Constantino
Mattar - Dr. Mariano Toziano -
Dr. Adriana Diaz Montivero

Obstetricia: Dr. Roberto Votta - Dra. Claudia
Travella - Dr. Roberto Tissera -
Dr. Nicolas Avila

Espectro de Placenta Ácreta: Nuestra Experiencia en el Servicio de Obstetricia del Hospital Argerich

Autores:

Córdoba, Rocío Macarena¹; Santillán, Ariana Florencia¹; Suetta, Débora²; Fabiano, Pablo³; Senyk, Gastón⁴; Baumberger, Virginia⁴; Arias, Néstor⁵; Poncelas, Mabel⁶; Arguello, Julieta⁷

Resumen

Introducción El espectro de placenta acreta (PAS) comprende formas de placentación anómala, que deben atenderse con manejo multidisciplinario para un adecuado y propicio abordaje quirúrgico. Es la condición obstétrica más peligrosa ya que puede conducir a un sangrado masivo con la consecuente falla multiorgánica, ingreso a unidad de terapia intensiva, histerectomía, y eventual óbito materno.

Objetivos: Evaluar el manejo prequirúrgico multidisciplinario. Demostrar los resultados quirúrgicos. Correlacionar la topografía de invasión con imágenes prequirúrgicas.

Pacientes y métodos: Se confeccionó una base de datos con registro de 166 pacientes con diagnóstico presuntivo de espectro de placenta acreta, y se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, asociado a búsqueda bibliográfica y actualización en el tema.

Resultados: De un total de 166 pacientes: sólo 7 carecían de antecedente de cesárea previa; 146 tenían diagnóstico presuntivo ecográfico, 18 tenían imagen previa sin sospecha y 2 fueron hallazgos intraquirúrgicos; 116 fueron cirugías realizadas programadas y 48 fueron de urgencia. Los hallazgos intraquirúrgicos fueron: 136 acretismo invasivo, 16 acretismo focal, y 14 placenta normal. 108 pacientes recibieron hemoderivados, de las cuales 37 pacientes recibieron 5 o más UGR, considerados casos de "near miss".

Conclusión: Es de suma importancia el estudio imagenológico prenatal en pacientes con factores de riesgo para PAS, que permitan mejorar el abordaje quirúrgico. Se debe considerar la derivación a centros con equipo experimentado, ya que mejora el desenlace o resultado obstétrico y perinatal.

Nº de citas Bibliográficas: 14

Palabras clave: Espectro de placenta acreta (PAS) - Manejo multidisciplinario - Imágenes prenatales - Abordaje quirúrgico.

Introducción

Referencia histórica

El espectro de placenta acreta (PAS), hace referencia al rango de adherencia patológica de la misma. Entre los factores de riesgo, el antecedente de cesárea aumenta la incidencia del PAS

conforme aumenta el número de cesáreas previas (1). Los factores de riesgo adicionales incluyen edad materna avanzada, multiparidad, cirugías uterinas previas o legrados, y Síndrome de Asherman. La etiología más aceptada es un defecto de la interfaz endometrio-miometrial que favorece una decidualización inadecuada generando un área permisiva a la invasión e infiltración de vellosidades, así como trofoblástica (1). El abordaje quirúrgico de la patología, así como la morbimortalidad asociada al evento y sus potenciales complicaciones, hacen de la misma un escenario de manejo multidisciplinario conjunto.

Este fenómeno afecta los resultados de la salud materno-fetal, y su prevalencia se encuentra en aumento a nivel global. Es la complicación más peligrosa, consecuencia de cirugías uterinas, que debe ser abordada de manera multidisciplinaria para mejorar el resultado del tratamiento quirúrgico. Se sabe que la hemorragia postparto es la principal causa de muerte materna a nivel mundial y la mortalidad en placenta acreta es de aproximadamente 7-10%, lo cual se encuentra íntimamente relacionado con dos localizaciones: el sector postero-inferior de la vejiga y el parametrio inferior (2) (3) (4). Se define como near-miss a los casos de pacientes que casi mueren pero sobrevivieron a una complicación que ocurrió durante el embarazo, nacimiento o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo (5). Este concepto se toma como un indicador de calidad de atención en los servicios de Obstetricia. Según el volumen de hemoderivados que recibe la paciente, la OMS define caso de near miss a partir de 5 o más unidades de glóbulos rojos (UGR) (6).

Los resultados dependen de su identificación durante el periodo prenatal, y del diagnóstico diferencial entre sus formas adherente e invasiva. La forma adherente fue descrita clínicamente por Irving & Hertig en la década de 1930 como aquella adherida a la pared uterina sin plano de clivaje, y/o sangrado del lecho placentario, e histológicamente como la ausencia de capa decidual entre placenta y miometrio (7). Posteriormente fue reclasificada por Lukes et al. en la década de 1960, como un espectro de trastornos anormales en la placentación, que incluyen placenta adherente en la que las vellosidades se adhieren directamente a la superficie del miometrio sin invadirlo; placenta increta, en la que las vellosidades penetran profundamente en el miometrio hasta la serosa uterina; y placenta percreta, en la que el tejido vellosivo invasivo penetra a través de la serosa uterina y puede alcanzar los tejidos, vasos y órganos pélvicos circundantes. Los distintos grados del espectro pueden coexistir en una misma muestra y a su vez las áreas acetas pueden ser focal y difuso (8).

Históricamente se han descrito como factores predisponentes al alumbramiento manual, raspados uterinos, cesáreas previas, así como también la edad materna avanzada (1). Algunos autores sugieren que la placentación acreta es una condición consecuente al aumento en la tasa de incidencia de cesáreas.

Evaluación diagnóstica prenatal

El diagnóstico debe ser abordado en primera instancia por ecografía obstétrica, siendo el segundo y tercer trimestre el período de mayor rédito diagnóstico. Si bien la ecografía es el estudio inicial a realizar, la ausencia de hallazgos ecográficos característicos, no excluye el diagnóstico de PAS; en tanto que los factores clínicos continúan siendo fundamentales (1). Aún permanece por dilucidar el rol y aporte de la resonancia en el diagnóstico de dicha patología que a priori, no aportaría mayores conclusiones diagnósticas (1).

Si bien no existe un consenso acerca de la cantidad de ecografías a realizar, es aceptable realizarlas entre las semanas 18-20, 28-30 y 32-34, en función de continuar la evaluación de la placenta, así como la potencial invasión de la vejiga (1). La evaluación ecográfica

preoperatoria es una excelente herramienta para el diagnóstico, pero existe una mala correlación entre las imágenes y las complicaciones técnicas que surgen en la cirugía, particularmente porque la utilidad de la ecografía depende de la habilidad y experiencia del operador (8).

La histología se considera el gold standard para la confirmación diagnóstica del espectro de placenta acreta. Se clasifican estos trastornos según la presencia y el grado de invasión trofoblástica a través del miometrio en placenta accreta, increta, o percreta (10). Sin embargo, a diferencia de las patologías oncológicas, la estadificación clínico-patológica retrospectiva no presenta impacto a largo plazo en la vida del paciente, dando lugar a una aparente falta de interés por diferenciar las formas adherentes e invasivas, tanto por parte de los cirujanos como de los patólogos. Las formas anormales de placentación adherente e invasiva tienen resultados muy diferentes y requiere un manejo distinto. La bibliografía reportada carece de información acerca de la extensión de la inserción o invasión de las vellosidades después de la histerectomía.

Algunos de los criterios incluidos en la actualidad dentro del espectro de la placenta acreta son "extracción manual dificultosa", "ausencia de alumbramiento espontáneo de la placenta luego de 30 minutos del nacimiento a pesar de un manejo activo, incluido el masaje uterino, administración de bolo IV de oxitocina y la tracción controlada del cordón", "fragmento placentario retenido que requiere legrado después del parto vaginal", y "sangrado abundante del sitio placentario luego de la extracción de la misma durante una cesárea". Esta amplia variedad de diagnósticos considerados dentro del espectro, pueden confundirse fácilmente con retención placentaria no acreta y atonía uterina secundaria. Con tantos criterios diferentes que pretenden representar PAS, pero sin ningún intento de diferenciar entre formas adherentes e invasivas, no es sorprendente que haya una amplia variación en la prevalencia informada durante los últimos 30 años (9).

Abordaje quirúrgico

En los últimos años, con el fin de aclarar la notificación de los datos en la literatura internacional, se ha desarrollado un nuevo sistema de clasificación para el diagnóstico clínico de espectro de placenta acreta. Esta ha sido revisada y aprobada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (9). Cabe destacar que se hace referencia a una clasificación y no a un sistema de estadificación, para diferenciarlo de la terminología utilizada en oncología. Esta clasificación permite brindar recomendaciones para el manejo quirúrgico conservador y no conservador del PAS según el grado de invasividad de la placenta. La bibliografía publicada reporta una localización placentaria relacionada al sector postero-superior vesical en un 75-80%, donde encontramos ramas de la arteria vesical superior y algunas ramas de la arteria uterina. En el sector inferior existen cinco pedículos arteriales inter-anastomosados que hacen que sea una de las localizaciones asociadas a muerte en placenta acreta. En el sector del parametrio superior, no existen elementos vasculares. Sin embargo por debajo de la reflexión peritoneal, se encuentran ramas de la arteria pudenda interna, el uréter y ramas de la división de la arteria ilíaca interna. Sobre decir que una invasión a este nivel, es sumamente peligrosa, y extremadamente difícil de abordar, muchas veces con requerimiento de bloqueo vascular alto (clampeo aórtico). Existe una clasificación para la localización de invasión placentaria según el sector uterino comprometido, destacando un Sector 1 (S1): segmento uterino superior, arteria vesical superior y arteria uterina; y un Sector 2 (S2): segmento uterino inferior, cuello uterino y vagina (10).

La experiencia y formación continua de los equipos quirúrgicos, así como el trabajo multidisciplinario se reflejan en los resultados de las mismas: incremento de cirugías conservadoras, menor morbilidad asociada al evento, etc. La presunción prenatal de dichos diagnósticos, permite programar dichos nacimientos así como optimizar parámetros que faciliten un mejor manejo. Frente a la sospecha, dichos nacimientos deben ser realizados en centros de atención de alta complejidad, conformando equipos que incluyan: obstetras con amplia experiencia en el campo y basto manejo de la pelvis femenina, urólogos, radiólogos intervencionistas, anestesiólogos con experiencia obstétrica, terapistas y neonatólogos. Asimismo, es fundamental contar con enfermería capacitada en hemorragia postparto y adecuados protocolos de transfusión masiva. El servicio de Obstetricia del Hospital Argerich, debido a su reconocida experiencia y alta complejidad, se ha convertido en centro de derivación de esta patología.

Objetivos

Evaluar el manejo prequirúrgico multidisciplinario. Demostrar los resultados quirúrgicos. Correlacionar la topografía de invasión con imágenes prequirúrgicas.

Material y Métodos

Se confeccionó una base de datos que incluye 166 pacientes de cualquier edad y antecedentes clínico-quirúrgicos, que fueron internadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Argerich entre los años 2003-2021 cursando embarazo de cualquier edad gestacional con sospecha clínica o imagenológica de patología del espectro de placenta acreta, sometidas a intervención quirúrgica para la finalización del embarazo y óptimo tratamiento de la patología placentaria. Se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada. Se analizaron los datos de manera retrospectiva y se confeccionaron tablas y gráficos comparativos de las imágenes prenatales obtenidas, estudios complementarios con asistencia multidisciplinaria y abordaje quirúrgico.

Toda paciente ingresada al Servicio de Obstetricia con diagnóstico presuntivo de PAS ingresa dentro del protocolo de la institución. El mismo consiste en internación, control de la vitalidad fetal, laboratorio completo, realización de estudios imagenológicos complementarios como ecografía obstétrica y resonancia magnética nuclear. Interconsultas para el abordaje interdisciplinario con servicios de urología, unidad de terapia intensiva, cirugía cardiovascular, hemoterapia, neonatología, evaluación prequirúrgica por servicios de cardiología y anestesiología. La cirugía para la finalización del embarazo se programa para la semana 35-36.6 de embarazo, previa maduración pulmonar fetal en la semana 34-34.6 de gestación.

Nuestro protocolo de abordaje incluye la realización previa de cateterización ureteral bilateral, cateterización bilateral de arterias uterinas, incisión en piel mediana infra o supra- infraumbilical e incisión uterina fúndica o segmentaria, ambas según el caso, y la localización placentaria, extracción fetal, embolización selectiva de arterias uterinas, evaluación intraquirúrgica de la placentación anómala para definir conducta quirúrgica conservadora vs. no conservadora. Destacamos en esta instancia la realización de la maniobra de disección digital del espacio vesicouterino, para clasificación de invasión vesical, y consecuente adaptación de la cirugía acorde a la estadificación, evaluando la necesidad de realizar una incisión vesical dirigida, considerando la anatomía propia de esta región y la distorsión anatómica que otorga la placentación acreta; acto conocido como maniobra de Pelosi (12-

13). Los pedículos vesicales superior e inferior están anastomosados con pedículos arteriales vaginales y cervicales, por lo que la conducta en casos de fibrosis de esta región es dejar un medallón de pared uterina en casos en los que la misma se encuentra en íntima relación con el trígono vesical.

Se realiza posteriormente evaluación de invasión de parametrios. En este nivel se hallan ramas de la arteria uterina, y neovasos dando irrigación a la placenta desde el uréter, las arterias obturadoras y ramas de las arterias ilíacas internas. Debido a esto, una invasión a este nivel, implica la mayoría de las veces necesidad de clampeo aórtico para control vascular eficiente.

Cabe destacar la importancia de programar este tipo de cirugías, por su complejidad y el peligro que implica para la salud de la persona gestante. Se debe brindar adecuado soporte hemodinámico y atención coordinada por equipo de expertos. Para realizar este tipo de cirugías, se debe contar con ciertos requerimientos hospitalarios, no sólo la habilidad del cirujano. La conformación de un equipo quirúrgico experto y multidisciplinario es necesaria para intervenir una placenta acreta, con diagnóstico preciso, plan terapéutico, análisis de variables, y manejo de alternativas.

Uno de los tratamientos más efectivos ante la falta de recursos o falta de experiencia, es la extracción fetal fúndica, y posterior histerorrafia con placenta in situ. Este tratamiento fue publicado por primera vez de manera exitosa en 1930 (7). Sin embargo presenta algunos imprevistos, relacionados con la invasión del sector postero-superior de la vejiga, y parametrios, con alta tasa de necesidad de realizar histerectomía de urgencia, con morbilidad prolongada de alrededor de un año. Por lo tanto, esta cirugía puede resultar eficaz en el momento del imprevisto pero resulta muy complicada durante el seguimiento posterior. La reabsorción de la placenta es muy irregular, teniendo una duración de hasta seis meses, durante los cuales la paciente presentará ginecorragia constante.

Criterios de inclusión Paciente cursando embarazo con sospecha de PAS.

Criterios de exclusión Pacientes sin sospecha clínica ni imagenológica de PAS.

Análisis de datos Estadística descriptiva

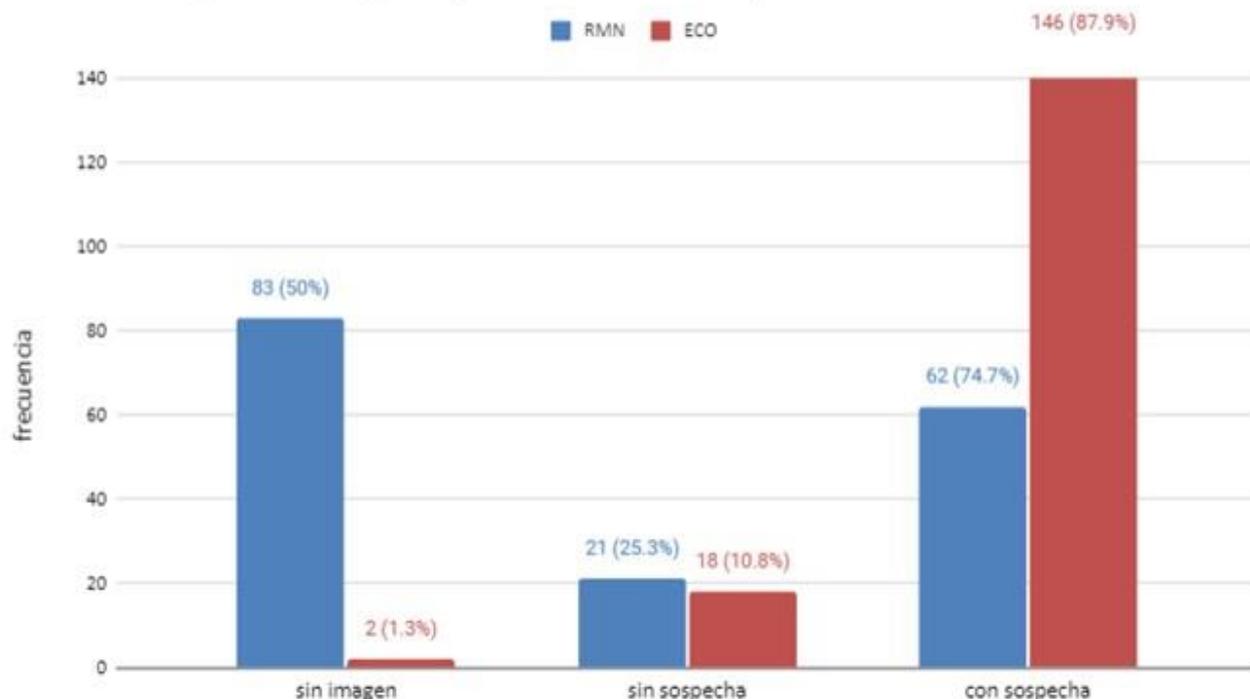
Resultados

Se hallaron los siguientes antecedentes quirúrgicos: 7 pacientes con ninguna cesárea previa (4.2%), 27 pacientes con 1 cesárea previa (16.3%), 42 pacientes con 2 (25.3%), 45 pacientes con 3 (27.1%), 24 pacientes con 4 (14.5%), 11 pacientes con 5 (6.6%), 8 pacientes con 6 cesáreas anteriores (4.8%), 1 paciente con 7 (0.6%) y 1 paciente con 8 cesáreas anteriores (0.6%). Como antecedente de raspado uterino evacuador, hallamos 112 pacientes con ningún antecedente (67.5%), 31 pacientes con 1 raspado (18.7%), 12 pacientes con 2 (7.2%), 8 pacientes con 3 (4.8%), 2 pacientes con 4 (1.2%) y 1 paciente con 5 (0.6%). No tuvimos pacientes con otra cirugía uterina distinta de cesárea o raspado uterino.

Se realizaron ecografía y resonancia magnética para el estudio imagenológico prenatal. Del total de 166 pacientes, 146 (87.9%) presentaron sospecha de trastorno adherencial. Los criterios ecográficos considerados son el adelgazamiento del espacio hipocóico del segmento uterino, adelgazamiento o irregularidad del tabique vesicouterino, presencia de lagos vasculares en el parénquima placentario, Doppler positivo en la interfase vesicouterina, presencia de puentes vasculares. 18 (10.8%) pacientes no tenían sospecha ecográfica y 2

(1.3%) no contaban con ecografía previa ya que fueron hallazgos intraquirúrgicos. Del total de 166 pacientes, 83 (50%) cuentan con resonancia magnética: 62 (74.7%) tuvieron sospecha de PAS y 21 (25.3%) no tenían sospecha mediante resonancia (Gráfico 1).

Gráfico 1: Diagnóstico imagenológico de PAS en HGACA, Servicio de Obstetricia



Si bien es protocolo del servicio programar las cirugías de todas las pacientes con sospecha de PAS, 116 cirugías fueron realizadas de manera programada (70.5%), 48 pacientes intercurrieron con eventos tales que requirieron cirugía de urgencia por guardia (28.9%), y no se cuenta con los datos de una paciente (0.6%).

Los hallazgos intraquirúrgicos fueron: 136 acretismos invasivos (81.9%), 16 acretismos focales (9.6%), y 14 placentas normales (8.4%) (Gráfico 2). Durante el acto quirúrgico 108 pacientes requirieron transfusión de glóbulos rojos (65.1%), y 58 no lo necesitaron (34.9%). De las pacientes transfundidas, 37 recibieron ≥ 5 UGR (22.3%) considerados casos de "near miss" (Gráfico 3).

Gráfico 2: Hallazgos Intraquirúrgicos PAS

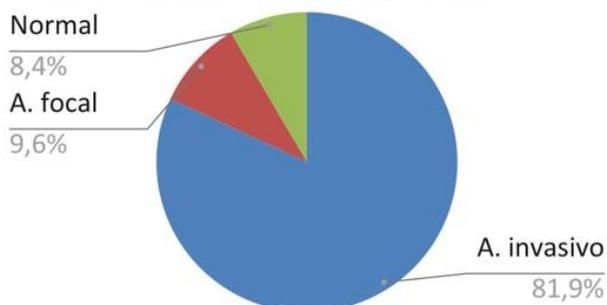
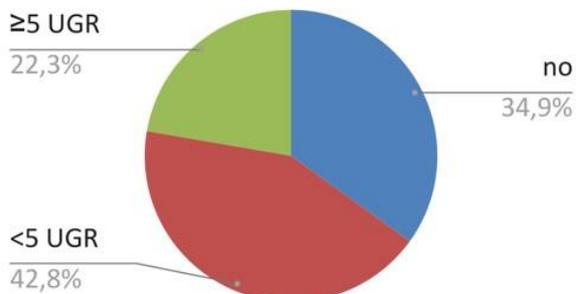


Gráfico 3: Nearmiss (según OMS)



Considerando que del total de las cirugías realizadas, 81.9% resultaron ser acretismos invasivos, analizamos las complicaciones resultantes de las mismas. De las 48 cirugías realizadas de urgencia surgen las siguientes complicaciones: 1 embolia gaseosa con el consecuente óbito materno, 5 pacientes que requirieron rafia vesical (1 se asoció a lesión

ureteral y 1 a colostomía), 2 relaparotomías, y 1 infección de sitio quirúrgico. Respecto de las cirugías programadas, dividimos las complicaciones según las inherentes a hemodinamia, donde hallamos 1 trombosis bilateral femoral, 2 isquemia de miembros inferiores, 1 embolectomía; las realizadas como parte de la estrategia quirúrgica que fueron 11 rafias vesicales; y las inherentes al acto quirúrgico: 5 rafias vesicales (3 asociadas a lesión ureteral), 7 relaparotomías, 4 infecciones de sitio quirúrgico, 3 evisceraciones y 1 eventración, y 1 hematometra.

Se realizó tratamiento quirúrgico conservador en 43 casos (25.9%), de las cuales en 4 se colocó balón de Bakri para control de hemostasia con buena respuesta; y no conservador en 123 casos (74.1%).

Se utilizó la técnica de clampeo aórtico en 59 cirugías (35.5%) y en 107 no (64.5%); mientras que se realizó embolización de arterias uterinas a 32 pacientes (19.3%), y a 134 no (80.7%) (Gráficos 4 y 5).

Gráfico 4: Clampeo Aórtico a lo largo de los años

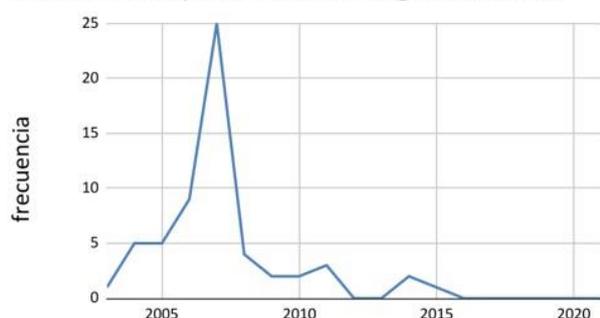
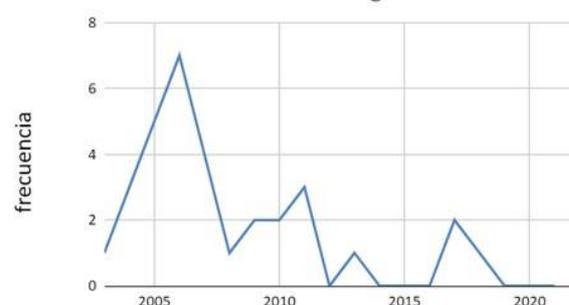


Gráfico 5: Embolizaciones a lo largo de los años



113 pacientes requirieron cama en unidad de terapia intensiva para recuperación post quirúrgica (68.1%), 50 pasaron del quirófano a la sala de internación (30.1%), y no se cuenta con los datos de 3 pacientes (1.8%).

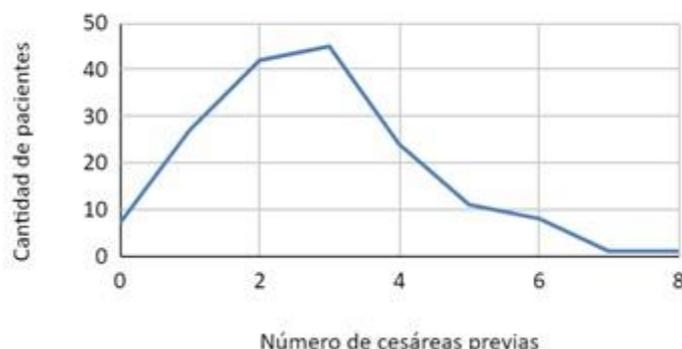
Discusión

El abordaje quirúrgico de las pacientes con sospecha de PAS, representa un desafío no solo para el equipo obstétrico interviniente, sino también para las disciplinas involucradas en el manejo conjunto y su resolución. La topografía preoperatoria del PAS nos permitió predecir la probabilidad de sangrado, las complicaciones intraoperatorias y la posibilidad de reparación uterina.

La embolización de arterias uterinas es una técnica utilizada de manera intra-quirúrgica para prevenir el sangrado masivo intraoperatorio, un tratamiento tradicionalmente conservador para la placenta acreta. Sin embargo, pueden ocurrir efectos secundarios graves, como infertilidad, infección y disfunción ovárica (14). En la institución, la misma estaba incluida dentro del protocolo de PAS, siendo parte de la preparación prequirúrgica de estas cirugías programadas. Debido a que se trata de una cohorte prolongada, siendo una técnica de escasa disponibilidad y sumado a la experiencia adquirida por el equipo quirúrgico, este procedimiento fue siendo desplazado del protocolo, y solo se indica en la actualidad a pacientes con muy alta sospecha de acretismo invasor o con bajos niveles de hematocrito previo al procedimiento quirúrgico. Del mismo modo el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica al pasar de los años ha permitido optimizar los resultados en cuanto necesidad de clampeo aórtico y cirugías conservadoras. Desde el año 2010, se realizaron tan solo 9

embolizaciones en pacientes específicos: alta sospecha de invasión masiva, o muy bajos valores de hematocrito previo a la cirugía. Así mismo, el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, ha permitido optimizar los resultados en términos de necesidad de clampeo aórtico, así como las cirugías con y sin conservación uterina.

Gráfico 6: cesáreas previas



Si bien la incidencia de PAS aumenta conforme aumenta el número de cesáreas previas, un porcentaje considerable de nuestra población presentaba una o dos cesáreas anteriores (41.6%) (Gráfico 6). La disponibilidad de ecografistas avezados en la detección de signos imagenológicos de sospecha, es de gran utilidad a la hora de categorizarlas como de baja o alta sospecha. De lo expuesto surge la importancia de un buen interrogatorio dirigido a factores de riesgo, para pesquisar pacientes con probabilidad de PAS, que puedan ser estudiadas de manera adecuada para obtener diagnóstico previo imagenológico.

La invasión placentaria se clasifica de manera definitiva mediante la histología, pero esto no es útil para fines quirúrgicos, especialmente porque el diagnóstico del grado de invasión es retrospectivo. Se sabe que el diagnóstico prenatal de PAS no es 100% definitivo, y aunque se investigó la relación entre las imágenes prequirúrgicas y las complicaciones, esto no ha sido posible hasta ahora.

Convenimos que la capacitación continua del equipo quirúrgico, adquiriendo experiencia en asociación a la curva de aprendizaje en aumento otorga a los mismos la seguridad y confianza necesaria para abordar estas cirugías con el mejor resultado, haciendo posible que el requerimiento de intervenciones suplementarias haya sido paulatinamente desterrado del protocolo. Esto permitiría a largo plazo formar y capacitar cirujanos que puedan llevar a cabo la resolución de estos cuadros aun en instituciones que no cuenten con servicios de hemodinamia y cirugía vascular para la realización de embolizaciones arteriales y clampeo vascular.

La realización de un estudio prospectivo, aleatorizado y comparativo es especialmente difícil de realizar en PAS, dada la variabilidad inherente a cada cirugía, que requiere una definición precisa de las intervenciones y un estrecho seguimiento de la calidad de la técnica, que dependen de una curva de aprendizaje. Las situaciones que amenazan la vida de la paciente pueden causar dificultades con el reclutamiento, el consentimiento y la aleatorización.

Conclusiones

La complejidad del PAS, así como las potenciales comorbilidades y riesgos inherentes a la misma, hacen imprescindible un trabajo multidisciplinario y una continua capacitación del

equipo clínico-quirúrgico para su manejo. Se destaca del presente trabajo, la importancia de contar con un protocolo y equipo quirúrgico entrenado para esta patología. La curva de aprendizaje realizada a través de estos 18 años nos facilitó la selección de pacientes que eran candidatas a requerir la embolización, así como mejorar los tiempos quirúrgicos, disminuyendo la morbilidad inherente a los mismos. Destacamos la importancia de una adecuada y minuciosa anamnesis para detectar factores de riesgo y actuar frente a la sospecha mediante el estudio imagenológico. Surge de nuestro trabajo la alta correlación ecográfica (87.9% sospecha de PAS) con los hallazgos quirúrgicos (91.5% de trastorno adherencial). De esta manera logramos planificar el nacimiento y la derivación oportuna para obtener mejores resultados materno fetales. La formación continua del equipo tratante permite no solo el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica sino también la formación de las nuevas generaciones.

La continua formación y capacitación del equipo quirúrgico no solo brinda experiencia y perfeccionamiento de las técnicas, sino también debe servir para formar nuevos equipos.

Referencias Bibliográficas

1. American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine with the assistance of Alison G. Cahill, MD, MScI; Richard Beigi, MD, MSc; R. Phillips Heine, MD; Robert M. Silver, MD; and Joseph R. Wax, MD. Number 7 (Replaces Committee Opinion No. 529, July 2012. Reaffirmed 2021).
2. Oyelese Y, Scorza WE, Mastrolia R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007 Sep;34(3):421-41, x. doi: 10.1016/j.ogc.2007.06.007. PMID: 17921008.
3. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *N Engl J Med.* 2018 Apr 19;378(16):1529-1536. doi: 10.1056/NEJMcp1709324. PMID: 29669225.
4. Jose M. Palacios-Jaraquemada, Francesco D'Antonio, Danilo Buca, Angel Fiorillo & Pilar Larraza (2019): Systematic review on near miss cases of placenta accreta spectrum disorders: correlation with invasion topography, prenatal imaging, and surgical outcome, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, DOI: 10.1080/14767058.2019.1570494
5. Pattinson R, Say L, Souza JP, Broek Nv, Rooney C; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ.* 2009 Oct;87(10):734. doi: 10.2471/blt.09.071001. PMID: 19876533; PMCID: PMC2755324.
6. Adaptación para CABA de la HCP Near Miss CLAP/ SMR/ OPS-OMS. Reverso 12-2018.
7. Irving C, Hertig AT. A study of placenta accreta. *Surg Gynecol Obstet.* 1937;64:178-200.
8. José Miguel Palacios-Jaraquemada, Angel Fiorillo, Jorge Hamer, Marcelo Martínez & Claudio Bruno (2020): Placenta accreta spectrum: a hysterectomy can be prevented in almost 80% of cases using a resective-reconstructive technique, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, DOI: 10.1080/14767058.2020.1716715
9. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S, FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for

- the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;146: 20–24.
10. Palacios-Jaraquemada JM. Efficacy of surgical techniques to control obstetric hemorrhage: analysis of 539 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011 Sep;90(9):1036-42. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01176.x. Epub 2011 Jun 14. PMID: 21564024.
 11. Benirschke K, Kaufmann P, Baergen RN. *Pathology of the human placenta*. 5th ed. New York: Springer-Verlag; 2006.
 12. Pelosi MA 3rd, Pelosi MA. Modified cesarean hysterectomy for placenta previa percreta with bladder invasion: retrovesical lower uterine segment bypass. *Obstet Gynecol*. 1999 May;93(5 Pt 2):830-3. doi: 10.1016/s0029-7844(98)00426-8. PMID: 10912411.
 13. Oclusión temporal de la aorta abdominal mediante el uso de balón intraarterial en acretismo placentario: reporte de un caso Maria Fernanda Escobar Vidarte MD MsC1 , Melibea Sierra Ruiz MD2 , Juan Sebastián Barona Wiedman MD2 , Sara del Pilar Loaiza Osorio MD3 , Albaro Jose Nieto Calvache MD1,2 .
 14. Jiang J, Wang C, Xue M. High-intensity focused ultrasound versus uterine artery embolization for patients with retained placenta accreta. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Sep;252:82-86. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.003. Epub 2020 Jun 8. PMID: 32590166.

1. Médica Residente de Tocoginecología HGACA
2. Médica Jefa Unidad Obstetricia, Departamento Materno Infantil, HGACA
3. Médico Jefe de Servicio de Obstetricia, Departamento Materno Infantil, HGACA
4. Médico de Planta de Obstetricia, Sección Ecografía, Departamento Materno Infantil, HGACA
5. Médico de Planta Unidad de Terapia Intensiva, HGACA
6. Médica Jefa de Departamento Materno Infantil, HGACA
7. Médica Instructora de Residentes de Tocoginecología, HGACA

Evaluación de la Severidad y Pronóstico Posnatal en Recién Nacidos con Restricción del Crecimiento Intrauterino.

Autores:

Dr. Romero Benítez, Juan Manuel¹, Dra. Elizalde Cremonte, Alejandra²,
Dr. Kundycki, Jorge Gustavo³, Dra. Frowen Ursual⁴

Resumen:

Objetivos: Evaluar la severidad y pronóstico posnatal en neonatos con restricción de crecimiento intrauterino analizando los resultados perinatales.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, basado en información sobre 2258 HC perinatales. Período de estudio 01/06/2019 al 31/05/2020. Muestra de análisis 224 recién nacidos con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. Variables de estudio: EG por capurro, apgar a los 5 minutos, óbito perinatal, sexo del recién nacido, reanimación posnatal, internación conjunta madre-hijo, vía de finalización del embarazo, enfermedad del recién nacidos y malformaciones congénitas. Análisis estadístico: porcentaje. Programa estadístico SPSS.

Resultados: Edad gestacional <a 38 semanas 33,04% (n=74), de 38 a 40 semanas el 52,23% (n=117), ≥ de 41 semanas 14,73% (n=33). Apgar < 7 el 3,16% (n=11), ≥ 7 el 96,84% (n=213). Óbito perinatal el 3,58% (n=8), no óbito el 96,42% (n=216). Sexo masculino 43% (n=95), femenino 57% (n=129). Necesitaron reanimación posnatal el 6,78% (n=15), no necesitaron 93,21% (n=209). Internación conjunta madre-hijo el 81% (n=182), no internación conjunta 19% (n=42). Enfermedades del recién nacido: TORCH 8,88% (n=4), enfermedades metabólica y nutricional 20% (n=9), síndrome de dificultad respiratoria 18% (n=8), sepsis 33,33% (n=15), ictericia 11,11% (n=5), otras 8,88% (n=4). Vía de finalización del embarazo: vaginal 70% (n=156) y cesárea 30% (n=68). Ningún neonato presentó malformación congénita.

Conclusiones: Luego del análisis de las variables en estudio, solamente observamos a las alteraciones metabólicas, nutricionales, sepsis y SDF con prevalencias bajas, lo que demostraría un buen pronóstico posnatal en nuestros neonatos con restricción de crecimiento intrauterino.

Palabras claves: pronóstico posnatal, restricción del crecimiento intrauterino, resultados perinatales.

Introducción:

Con fines clínico prácticos se considera que un feto presenta restricción de crecimiento intrauterino cuando se le estima un peso inferior al percentil 10 en la distribución de peso según edad gestacional. Si al nacer está por debajo del percentil 10 "según la curva de Lubchenco", la definición de restricción del crecimiento intrauterino coincidiría con la definición de "Pequeño para la edad gestacional" (PEG). En un sentido no todos los PEG son retardo de crecimiento intrauterino ya que pueden ser niños con un potencial de crecimiento bajo pero normal (1).

Es preciso tener en cuenta el término bajo peso al nacer que comprenden los nacidos con peso menor a 2500 gr., independiente de la edad gestacional (EG), que se pueden subdividir en pretérmino (menos de 37 semanas), de término (entre 37 y 41 semanas) y de postérmino (más de 42 semanas) (2). De acuerdo con el momento de vida intrauterina en que el daño fetal tiene lugar se distinguen dos tipos de retardo: a) simétrico o armónico: es aquel en que todos los órganos del feto evidencian una reducción proporcional de su tamaño, (perímetro craneal, talla, peso)(3). Corresponden en general a causas que irrumpen en épocas precoces de la gestación como ser: anomalías congénitas, infecciones congénitas, intoxicaciones, irradiaciones fetales, disendocrinia fetal (hipoinsulinismo fetal), alteraciones placentarias primarias, alteraciones placentarias inmunológicas, alteraciones cromosómicas, etc. b) asimétrico o disarmónico: es aquel en que ocurre una mayor afectación de algunos órganos respecto de otros. Se traduce por una disminución del peso siendo su perímetro craneal y talla normales. En estos casos la causa actúa en forma tardía, durante el tercer trimestre del embarazo como ser: factores etiológicos que acarrearán insuficiencia del aporte placentario de sustratos: desnutrición materna, ingesta materna escasa, alteraciones vasculares placentarias (sobre todo las vinculadas a hipertensión arterial)(4).

La **prevalencia** se estima que en la Región de América y el Caribe, es del 12 al 17% de todos los nacimientos. La **morbimortalidad de** los RCIU exhiben una mortalidad perinatal 8 veces mayor y el riesgo de asfixia intraparto aumenta 7 veces más que en los nacidos con peso adecuado para su edad gestacional. Los problemas más frecuentes que presentan son: hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia y estrés por enfriamiento. Si la restricción del crecimiento intrauterino se presenta en un embarazo de pretérmino, ambas patologías se suman y aumenta el riesgo de morbimortalidad perinatal. (5,6).

La restricción del crecimiento intrauterino representa unos de los problemas más importantes de la salud pública por asociarse con la mayoría de las defunciones del periodo neonatal y con alteraciones del desarrollo neuropsíquico. Presentan problemas médicos bien conocidos como asfixia perinatal, aspiración de meconio, hipocalcemia, hipotermia, policitemia, hiperviscosidad sanguínea, malformaciones congénitas e infecciones en el periodo neonatal. (7).

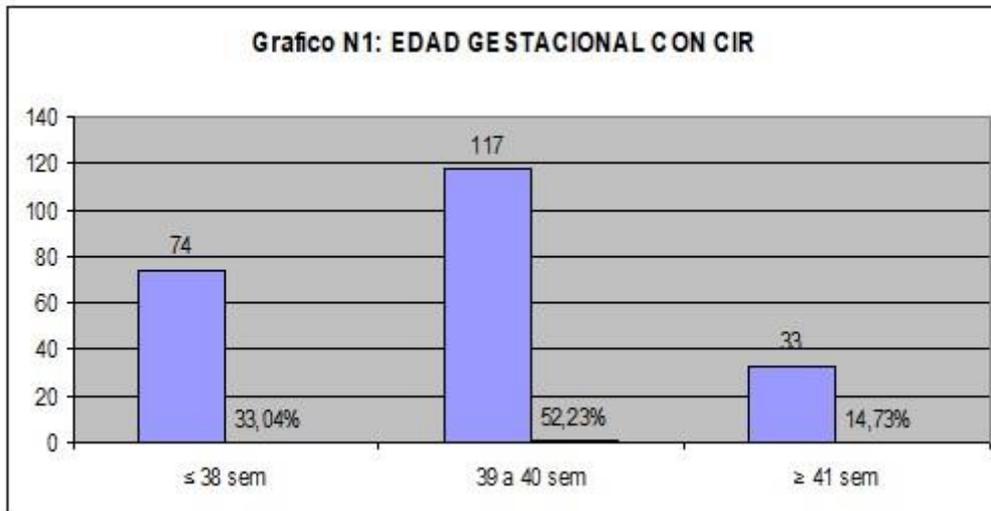
Debido a las consecuencias que conlleva la restricción del crecimiento intrauterino surge la necesidad de un diagnóstico correcto y precoz. Durante el control prenatal se deben evaluar muy cuidadosamente el estado nutricional materno, el incremento de peso materno, la altura uterina y la circunferencia abdominal, para la comprobación de un posible enlentecimiento y/ o detención del crecimiento uterino, medido por su altura, por la disminución de la circunferencia abdominal y la pérdida progresiva del peso materno. En caso de sospecha, el control prenatal debe realizarse cada 15 días, verificando los parámetros clínicos mencionados. (8).

Objetivos: Evaluar la severidad y pronóstico posnatal en neonatos con restricción de crecimiento intrauterino analizando los resultados perinatales.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, basado en información sobre 2258 HC perinatales. Período de estudio 01/06/2019 al 31/05/2020. Muestra de análisis 224 recién nacidos con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. Variables de estudio: EG por capurro, apgar a los 5 minutos, óbito perinatal, sexo del recién nacido, reanimación posnatal, internación conjunta madre-hijo, vía de finalización del embarazo, enfermedad del recién nacido y malformaciones congénitas. Análisis estadístico: porcentaje. Programa estadístico SPSS.

Resultados:

Al analizar la edad gestacional por capurro observamos una mayor prevalencia de neonatos con peso en el percentilo 10 para su edad gestacional en el grupo etáreo de 38 a 40 semanas (52,23% n=117). Ver gráfico N° 1.



Al evaluar el apgar a los 5 minutos notamos que la gran mayoría de nuestros neonatos nacieron con apgar vigoroso, en el orden del 96,84% (n=213). Ver gráfico N° 2.



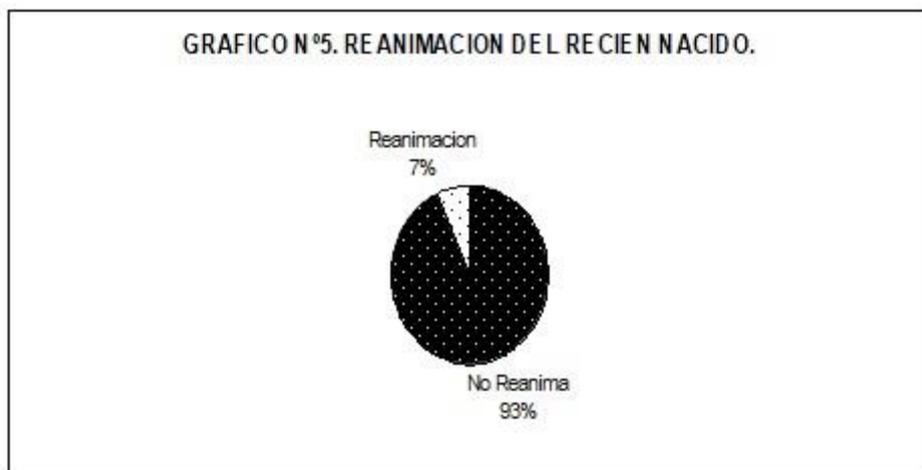
Presentamos porcentajes muy bajos de óbito neonatal en el orden del 4% (n=8). Ver Gráfico N° 3



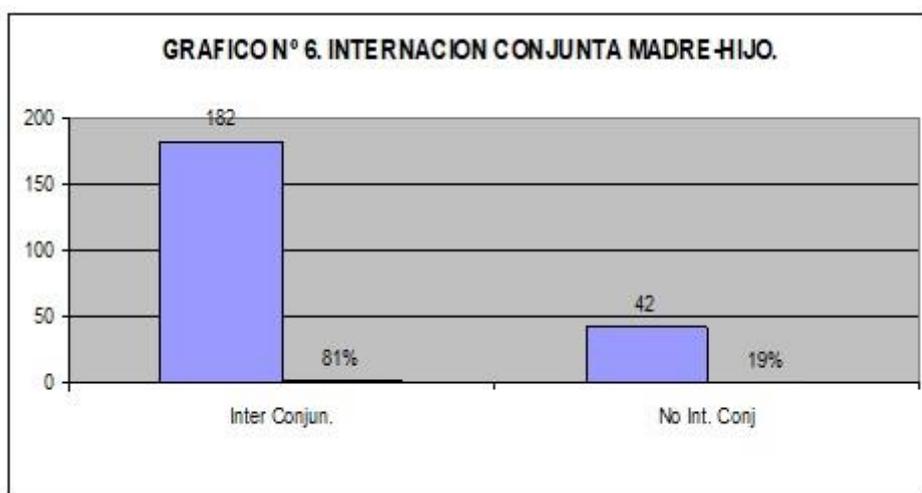
Tras el análisis del sexo de los recién nacidos el femenino fue el más hallado el 57% (n=128). Ver gráfico N° 4.



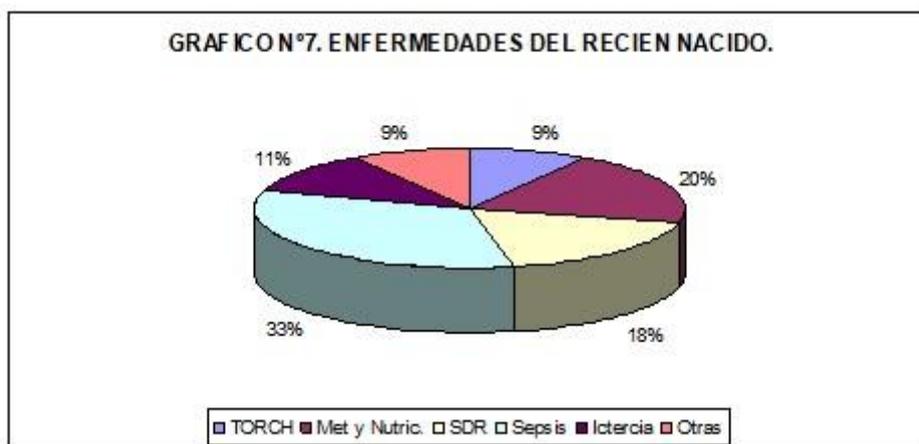
La reanimación de los recién nacidos se presentaron en 15 casos (7%). Ver gráfico N° 5.



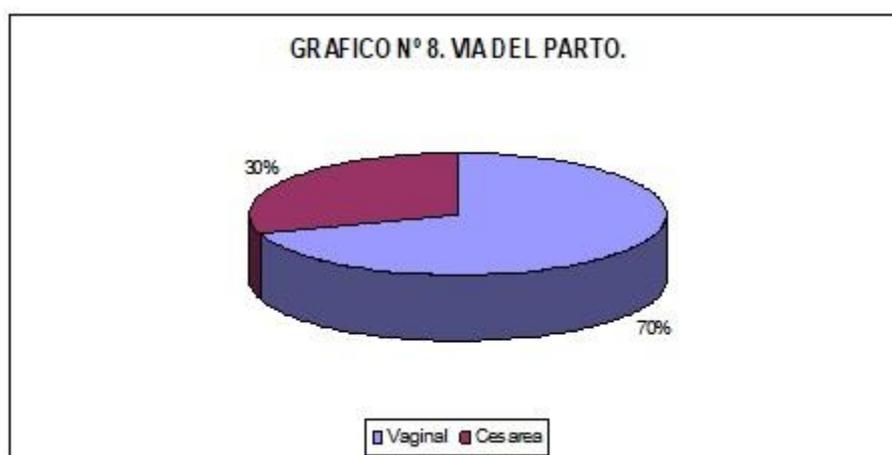
Notamos un número importante de casos de internación conjunta madre-hijo, en el orden del 81% (n=182). Ver gráfico N° 6.



Las enfermedades que más padecieron los neonatos fueron la sepsis (33,33%) y las metabólicas y nutricionales (20%). Ver gráfico N° 7.



En el 70% (n=156) de los casos estudiados nacieron por parto vaginal. Ver gráfico N° 8.



Ningún neonato presentó malformación congénita.

Discusión:

Un recién nacidos con restricción del crecimiento intrauterino, según las bibliografías consultadas, son factibles de padecer de: a) Mayor morbilidad perinatal por asfixia intraparto, acidosis, y aspiración de líquido meconial, en los neonatos estudiados en este trabajo no presentaron estas complicaciones neonatales puesto que tuvimos un porcentaje muy alto de neonatos con internación conjunta (81%) y pocos de ellos necesitaron reanimación posnatal (6,78%). (8). b) Mayor morbilidad neonatal por hipoglucemia, hipocalcemia, hipotermia y policitemia, en nuestros neonatos analizados algunas de estas situaciones se presentaron, siendo las mas evidenciadas TORCH 8,88%, metabólica y nutricional 20%, síndrome de dificultad respiratoria 18% , sepsis 33,33%, ictericia 11,11% , otras 8,88%.(c) Mayor frecuencia de anomalías genéticas, que según las mayorías de los trabajos hacen referencias que su presentación están en el orden del 9 a 27% de los casos de retardo de crecimiento intrauterino, datos que no se reflejan en este trabajo ya que ningún neonato presentó malformaciones congénitas. (9,10).

d) Riesgo de daño intelectual y neurológico, y mayor frecuencia de parálisis cerebral, estos datos no podemos recabar en este trabajo debido a su diseño puesto que son **secuelas a mediano y largo plazo en recién nacidos con retardo de crecimiento, por lo cual deberíamos hacer un seguimiento de los mismo a través del tiempo. (11).**

e) Mayor mortalidad perinatal, riesgo que se ha confirmado a lo largo de las distintas décadas: 10 veces mayor en RN de peso menor a 2 DS en la experiencia de Usher y McLean (1974), en 44256 partos; 5 a 30 veces mayor en RN de 1500 a 2500 gr, y mayores de 38 semanas, que en RN de pesos en percentil 10 a 50; 70 a 100 veces mayor en RN menores de 1500 gr, y mayores de 38 semanas, en la comunicación de Williams y Creasy (1982), en nuestra investigación realizado en nuestra maternidad de los 224 casos de neonato con peso en el percentilo 10 para su edad gestacional encontramos óbito perinatal en el 3,58% de los casos.(12).

f) La terminación de la gestación dependerá de la salud fetal, como asimismo de la edad gestacional y el grado de madurez pulmonar fetal y ante un incremento de la gravedad, parto vaginal o cesárea según la condición obstétrica, luego del análisis de este trabajo científico observamos que la vía de finalización vaginal (69,64%) fue la mas encontrada en comparación con la cesárea. (12,13).

g) En años recientes se ha establecido, además, que la restricción del crecimiento intrauterino constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo ulterior, en la vida adulta, de hipertensión crónica, DBT, accidente vascular encefálico y muerte por enfermedad coronaria. (13).

Conclusiones:

Luego del análisis de las variables en estudio, solamente observamos a las alteraciones metabólicas, nutricionales, sepsis y SDF con prevalencias bajas, lo que demostraría un buen pronóstico posnatal en nuestros neonatos con restricción de crecimiento intrauterino.

Bibliografía:

1. Votta RA, Parada OH. Obstetricia. Buenos Aires Argentina: Editorial La Prensa Médica Argentina SRL, 1995: 273- 279.
2. Van der Velde J, Caputo A, Illia R. Retardo del crecimiento intra uterino. Guía para el diagnóstico y tratamiento. Hospital materno infantil Ramón Sardá. Revista. Hospital. Materno Infantil Ramón Sardá. [en línea] 1994 [fecha de acceso 20 de marzo de 2018]; 13 (2). URL. Disponible en: http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sardá/94_A/60-65.pdf
3. Belizan JM, Villar J, Althabe F, Carroli G. Retardo del crecimiento fetal. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, de: Obstetricia. 3^{era} Edición. Santiago Chile: Editorial Publicaciones técnicas Mediterráneo Ltda. 1999: 532- 544.
4. Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia.5^{ta} Edición. Buenos Aires Argentina. Editorial El Ateneo, 2001: 232- 240.
5. JúbizHasbún A, Complicaciones obstétricas. En: Botero Uribe J, JúbizHasbún A, Henao G, de: Obstetricia y ginecología. 5^{ta} Edición. Medellín Colombia: Editorial Carvajal, 2001:178- 198.

6. Cerda O, Martínez Corti FO, Camarada AC, Poume RM, Bartra CG. Retardo del crecimiento intrauterino. Factores de riesgo. Servicio de obstetricia del Hospital San Roque de Gonnet. Revista de Sociedad de Obstetricia 2008, 29 (159): 152-157.
7. Oyarzun E. Retardo de crecimiento intrauterino. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile [en línea] Mayo de 2000 [fecha de acceso 22 de junio de 2018]. URL. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/RCIU08.html>
8. Oyarzún E. Retardo de crecimiento intrauterino. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile [en línea] Mayo de 2000 [fecha de acceso 28 de junio de 2018]. URL. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RCIU07.html>
9. Donoso E: Retardo del crecimiento intrauterino. Revista Latinoamericana de Perinatología 2010; 13(4): 151-162. 1- Tan TY, Yeo GS. Intrauterinegrowthrestriction. CurrOpinObstetGynecol. 2005 Apr; 17(2):135-42.
10. Harkness UF, Mari G. Diagnosis and management of intrauterine growth restriction. ClinPerinatol. 2006 Dec; 31(4):743-64.
11. Galan HL, Ferrazzi E, Hobbins JC. Intrauterinegrowthrestriction (IUGR): biometric and Doppler assessment. PrenatDiagn. 2005 Apr;22(4):331-7.
12. Marsal K. Intrauterine growth restriction. 2008Apr;14(2):127-35.
13. Resnik R. Intrauterine growth restriction. 2007 Mar;99(3):490-6

1. a. Médico Asistencial del Sector de Alto Riesgo de la Maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes Capital. b. Jefe del Servicio de Investigación del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes- Capital. c. Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.
2. a. Médica Asistencial Maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano. b. Titular de Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.
3. Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.
4. Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra II de Clínica Obstétrica Hospital Ángela Iglesia de Llano. Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.

Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo, Argentina. Aportes al debate desde la experiencia en un hospital público de la ciudad

Autores:

Pasquali Carolina¹, Allekotte Hallberg, Tania²

Condensación:

La interrupción Legal del embarazo es un derecho. Nuestra misión como agentes de Salud es garantizar el acceso trabajando de manera interdisciplinar.

Palabras Clave:

Interrupción legal del embarazo, derechos, hospital.

Resumen:

Introducción:

En Argentina, la muerte por embarazo terminado en aborto está entre las primeras causas de muerte materna. Las políticas sanitarias deben garantizar el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y esta debe llevarse a cabo por equipos de salud interdisciplinarios .

Es importante poder avanzar en el acceso a los servicios de salud integral, de calidad y tener una coherencia con las necesidades de salud de la población, las capacidades del sistema y el contexto nacional.

Objetivos:

Conocer cuál es el perfil de las pacientes que solicitan la interrupción legal del embarazo y los resultados. Secundariamente, analizar el uso de métodos anticonceptivos previo a la solicitud de la ILE y evaluar la edad gestacional promedio en que se realizó.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y longitudinal accediendo a datos de la historia clínica de cada una de las interrupciones realizadas durante el año 2019 en el Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo de la ciudad de San Carlos de Bariloche.

Resultados:

Hubo 128 casos de interrupciones legales de embarazos solicitadas por pacientes con una edad promedio de 26 años. El 42% de las pacientes no utilizaban ningún método anticonceptivo previo al embarazo. El 58% eran multíparas. El 62% no tenían cobertura social, el 54% se encontraban sin pareja y el 55% no tenían trabajo. Todas fueron por causal salud; en este período de estudio no hubo ILE por causal violación. El 98% realizó tratamiento medicamentoso. El 11% presentó alguna complicación como aborto incompleto o infección.

Todas las personas que solicitaron una ILE recibieron consejería en métodos anticonceptivos.

Conclusión:

El acceso a la ILE está garantizado gracias al marco jurídico de Argentina; la gran mayoría lo solicitó durante el primer trimestre, lo cual permitió que el manejo sea ambulatorio, con medicamentos y que la tasa de complicaciones sea realmente baja.

Más de la mitad de las pacientes no tenían trabajo, ni cobertura social, ni pareja al momento de la ILE. A pesar de la amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos, es alarmante que casi la mitad de las personas que solicitaron la interrupción no utilizaban ninguno. Conocer el contexto social y las necesidades de salud es de vital importancia a la hora de planificar estrategias y redirigir recursos sanitarios. Como agentes de salud es nuestra responsabilidad trabajar de manera interdisciplinaria en los protocolos actuales no sólo para poder garantizar el acceso a la ILE, sino también los derechos sexuales y reproductivos reforzando la consejería, la asistencia y el acceso a los mismos.

Abstract:

Introduction:

In Argentina, death by abortion is among the first causes of maternal death. Sanitary policies should guarantee the access to legal abortions which are carried out by interdisciplinary health teams. Advancing in access to quality healthcare, such as knowing the population's needs and the system's capacity is vital.

Objectives:

To know the profiles of women who request an abortion and the results of these procedures. Secondly, analyze the use of contraceptives before the abortion request and the gestational ages at which they were made.

Materials and methods:

A descriptive, retrospective, observational and longitudinal study was made by analyzing the medical records of all patients who solicited an abortion during 2019 at the regional hospital, Hospital Zonal Dr Ramón Carrillo in San Carlos de Bariloche.

Results:

There were 128 legal voluntary abortions in 2019 at Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo. The average age of patients was 26 years old. 42% of them did not use any contraceptive method before getting pregnant. 58% were multiparous. 62% did not have any medical coverage. 54% were single and 55% did not have a job at the time. There were no requests for abortion for reasons of sexual assault. 98% were prescribed a pharmaceutical treatment only. There was a complication rate of 11%, such as infection or incomplete abortion.

All the patients received complete information and counseling on contraceptive methods after the pregnancy termination.

Introducción:

El aborto en nuestro país se encuentra despenalizado desde 1921, casi 100 años, gracias al artículo 86 del código penal (1). Mucho se tuvo que trabajar para la correcta aplicación de esta ley. Durante años hubo diferencias de interpretación por parte de los Tribunales. La Corte Suprema de Justicia de la Nación terminó con esa incertidumbre en marzo del 2012 a través del fallo FAL, donde determinó que cualquier aborto producto de una violación no es punible, convocó a los poderes judiciales de todas las provincias a no judicializar los casos de aborto que la ley no prohíbe y, en el mismo fallo, le encargó a los poderes ejecutivos nacionales y provinciales la implementación de protocolos hospitalarios para la correcta atención y para remover todo tipo de barreras que puedan impedir el acceso (2). Río Negro aprobó en 2012 la ley 4796, que regula y controla la asistencia sanitaria en casos de abortos no punibles (3), y cuatro años después la reglamentó con el decreto 182 (4).

Desde entonces, un equipo de trabajo interdisciplinar formado por médicos generalistas, tocoginecólogos, trabajadores sociales, pediatras, psicólogos, farmacéuticos, comunicadores sociales y abogados trabaja en el Hospital zonal Dr. Ramón Carrillo Bariloche para llevar a cabo el protocolo y de esa manera garantizar el derecho al acceso a la interrupción legal del embarazo.

Para el fortalecimiento de los sistemas de salud en un mundo en constante cambio, es importante poder actuar sobre los problemas de salud y esto requiere de un abordaje integral.

Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud exige la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud

Este estudio se realizó para poder conocer el perfil de la persona gestante que solicitó una ILE y secundariamente conocer cuál es el método anticonceptivo que utilizó previo al embarazo y a qué edad gestacional solicitó la interrupción.

Conocer esta información, entenderla, aprehenderla es fundamental para poder planificar estrategias de salud acorde a la situación sanitaria.

Objetivos:

Conocer cuál es el perfil de las pacientes que solicitan la interrupción legal del embarazo y los resultados de esta práctica.

Objetivos Específicos:

Analizar el uso de métodos anticonceptivos previo a la solicitud de la ILE.

Evaluar la edad gestacional promedio en que se realizó la ILE.

Materiales y Métodos:

Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo, observacional y longitudinal de las interrupciones realizadas durante el año 2019 en el Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo de la ciudad de San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina. Se obtuvieron datos de la historia clínica.

Criterios de Inclusión:

Se incluyen a pacientes que realizaron una ILE en el Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo de la ciudad de San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina, durante el período comprendido desde el 01 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Criterios de Exclusión:

Personas que realizan la ILE en centro de salud periféricos.

Personas que solicitan la ILE y luego de un periodo de reflexión deciden continuar con su embarazo.

Personas que solicitan la ILE y presentan por ecografía embarazo molar, huevo muerto y retenido o embarazo ectópico.

El estudio se llevó a cabo de manera retrospectiva, accediendo a los registros de la historia clínica en el Archivo del Hospital y llenando un formulario con los datos necesarios.

Se realizaron análisis descriptivos de variables incluidas en un formulario de Excel que fue previamente diseñado por los autores.

El objetivo es conocer el perfil que tiene la persona que solicita una ILE y los resultados de la práctica.

Resultados:

Se realiza un análisis descriptivo de las 128 Interrupciones de embarazo que se realizaron en el Hospital Zonal de Bariloche durante el año 2019, donde el promedio de edad de las pacientes fue de 26,34 años con un promedio de 9 semanas de gestación.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de la edad gestacional

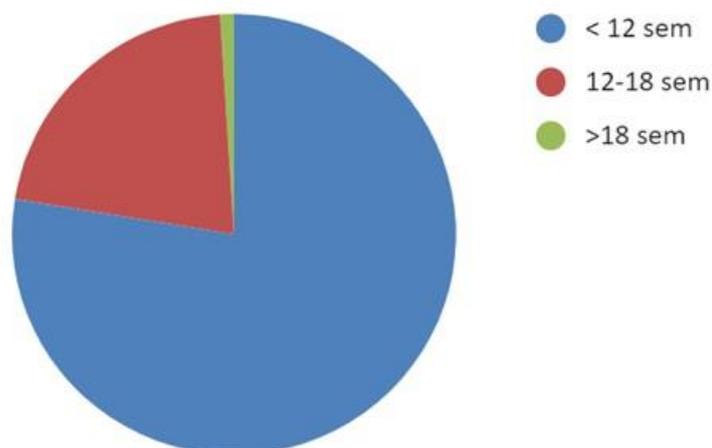
Edad Gestacional	
Media	9,2
Desviación Estándar	3,18
Mediana	8
Mínimo	6
Máximo	21
Sin datos	2

Las 128 pacientes a quienes les realizaron una ILE en el año 2019 presentaban en promedio 9 semanas de gestación con un desvío estándar de 3,18 semanas. La mediana fue de 8 semanas, es decir que el 50% de las pacientes a las que se les realizó una ILE presentaban 8 semanas de gestación o menos y el otro 50% presentaban 8 semanas de gestación o más. El mínimo fue de 6 semanas y el máximo de 21 semanas. Sólo 2 de las pacientes no presentaron dicho dato. (Tabla 1) (Tabla 2) (Gráfico 1)

Tabla 2. Tabla de frecuencia de la edad gestacional categorizada

Edad Gestacional	Frecuencia
Menor 12 semanas	97
Entre 12 y 18 semanas	27
Mayor o igual a 18 semanas	2
Sin datos	2
Total	128

Gráfico 1. Gráfico de sectores de la edad gestacional categorizada



De las pacientes a las que se les realizó una ILE en el año 2019, el 76% cursaban un embarazo menor de 12 semanas, el 21% cursaban un embarazo entre 12 y 18 semanas y el sólo el 1% cursaban un embarazo mayor o igual a 18 semanas.

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de la edad de las pacientes a las que se les realizó la ILE

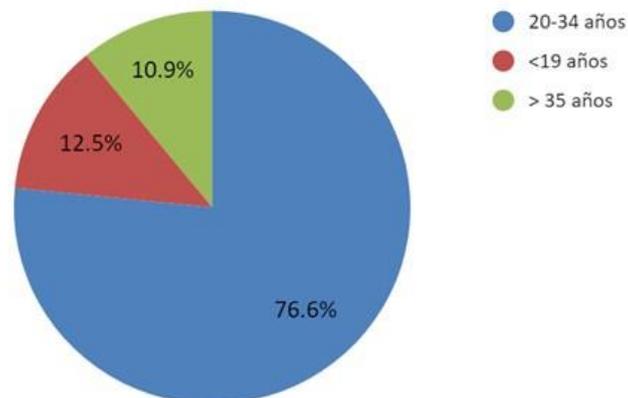
Edad materna	
Media	26,34
Desviación estándar	6,12
Mediana	25,5
Mínimo	14
Máximo	42

El promedio de edad materna de las pacientes a las que se les realizó una ILE fue de 26,34 años con un desvío estándar de 6,12 años. La mediana de edad fue de 25,5 años, es decir el 50% de las pacientes presentaban una edad menor o igual a 25,5 años. El mínimo de edad fue de 14 años y el máximo de 42 años.

Tabla 4. Tabla de frecuencia de la edad categorizada

Edad materna	
≤19 años	16
entre 20 y 34 años	98
≥35 años	14
Total	128

Gráfico 2. Gráfico de sectores de la edad materna categorizada



98 pacientes a las que les realizaron una ILE en el 2019 tenían una edad entre 20 y 34 años, 16 pacientes tenían menos de 19 años y 14 pacientes más de 35 años.

Gráfico 3. Gráfico de antecedentes obstétricos

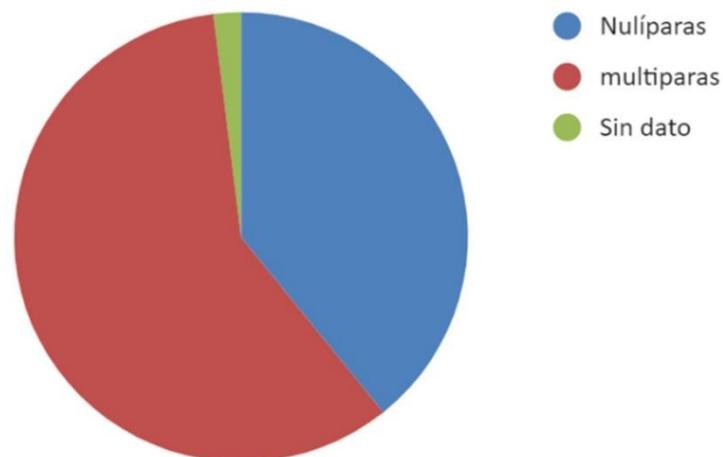
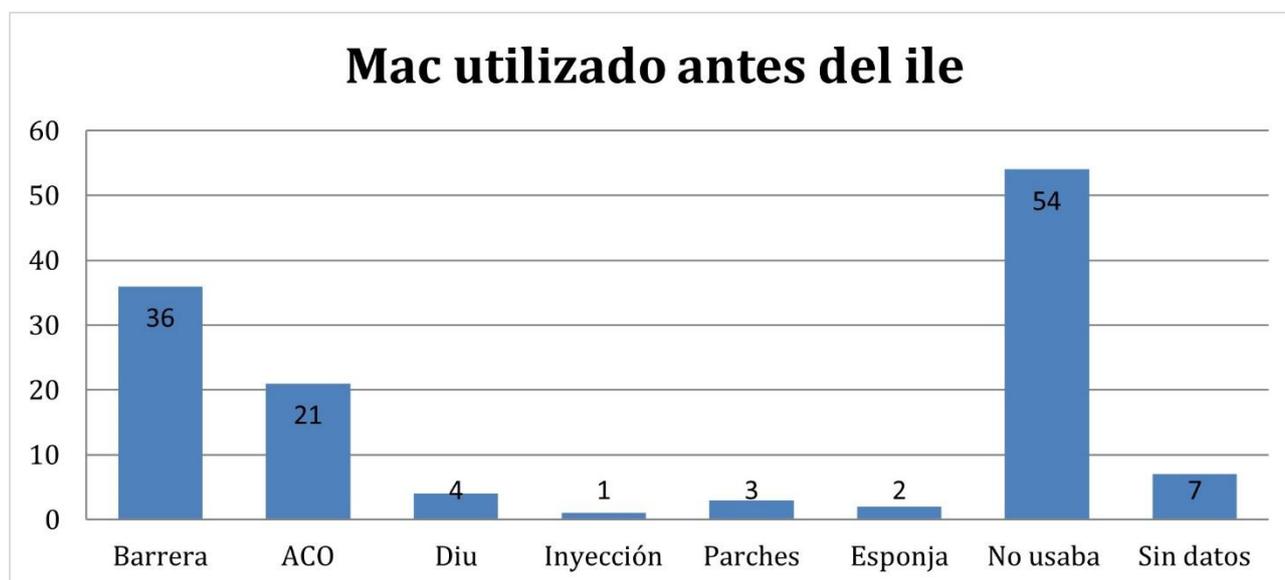


Tabla 5. Tabla de frecuencia del método anticonceptivo (MAC) utilizado antes de la ILE

MAC	Frecuencia	Porcentaje
Barrera	36	28,13%
Anticonceptivos orales	21	16,41%
Dispositivo intrauterino (DIU)	4	3,13%
Hormonal inyectable	1	0,78%
Parches	3	2,34%
Esponja	2	1,56%
No usaba	54	42,19%
Sin datos	7	5,47%
Total	128	100,00%

Gráfico 4. Gráfico de barras para el método anticonceptivo utilizado antes de la ILE



De las 128 pacientes a las que le realizaron una ILE, 54 no usaban ningún MAC antes de la misma (42,19%), 36 usaban el método de barrera (28,13%) y 21 usaban ACO (16,41%). Sólo 7 no presentaron dicho dato.

Tabla 6. Tabla de frecuencia de las pacientes según si tienen cobertura médica

Cobertura médica	Frecuencia
No	79
Sí	39
Sin datos	10
Total	128

Gráfico 5. Gráfico de sectores de las pacientes según si tienen cobertura médica



De la tabla y del gráfico 1 se observa que el 62% de las pacientes a las que se les realizó una ILE no tenían cobertura médica; el 30% de ellas sí tenían cobertura médica y el 8% no presentó dicho dato.

Tabla 7. Tabla de frecuencia de las pacientes según su estado civil

Estado Civil	Frecuencia
Sin datos	5
Casada/pareja	54
Soltera	69

Gráfico 6. Gráfico de sectores de la pacientes según su estado civil

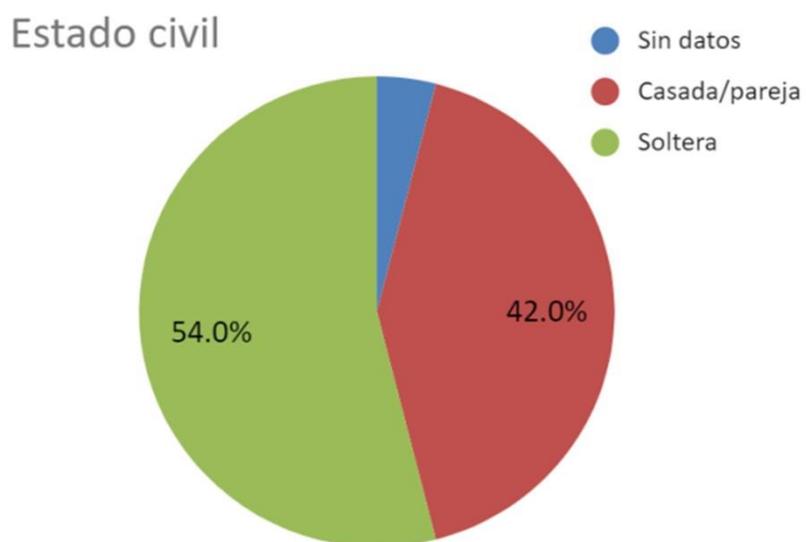


Tabla 8. Tabla de frecuencia de las pacientes según su situación laboral

Trabaja	Frecuencia
No	70
Si	48
Sin dato	9

Tabla 9. Tabla de frecuencia de la causal de la ILE

Causal ILE	Frecuencia
Violación	0
Salud	128

Tabla 10. Tabla de frecuencia del uso de prostaglandinas (Pg)

Uso Pg	Frecuencia
No	2
Sí	126

Tabla 11. Tabla de frecuencia de las pacientes según las prácticas de aspiración manual endouterina (AMEU) o raspado uterino evacuador (RUE)

AMEU o RUE	Frecuencia
No	106
Sí	22

Gráfico 8. Gráfico de sectores sobre la realización de una AMEU o RUE

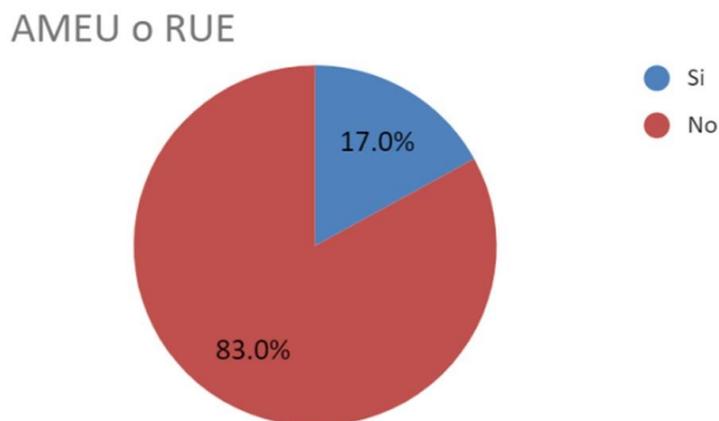


Tabla 12. Tabla de frecuencia de las pacientes con abortos (Ab) infectados

Ab infectado	Frecuencia
Sí	3
No	125

Gráfico 9. Gráfico de sectores sobre si presentó un aborto infectado

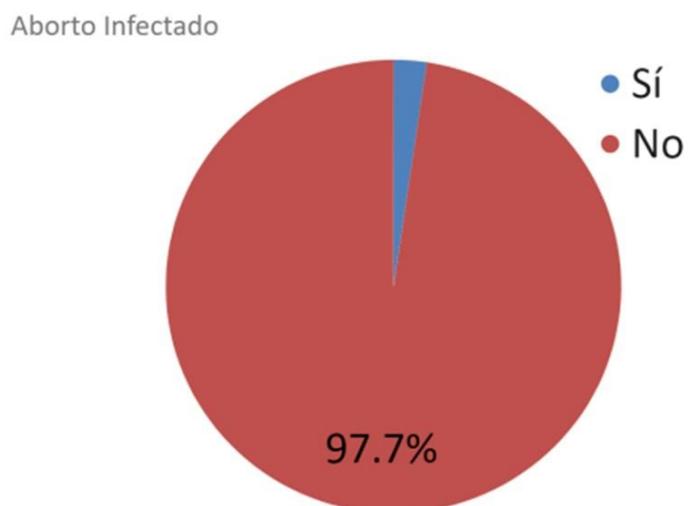


Tabla 13. Tabla de frecuencia de las pacientes con abortos incompletos

Ab incompleto	Frecuencia
No	115
Sí	13

Gráfico 10. Gráfico de sectores sobre pacientes con abortos incompletos

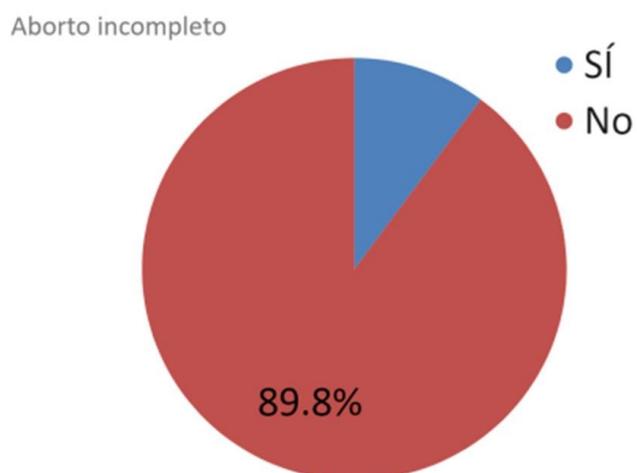
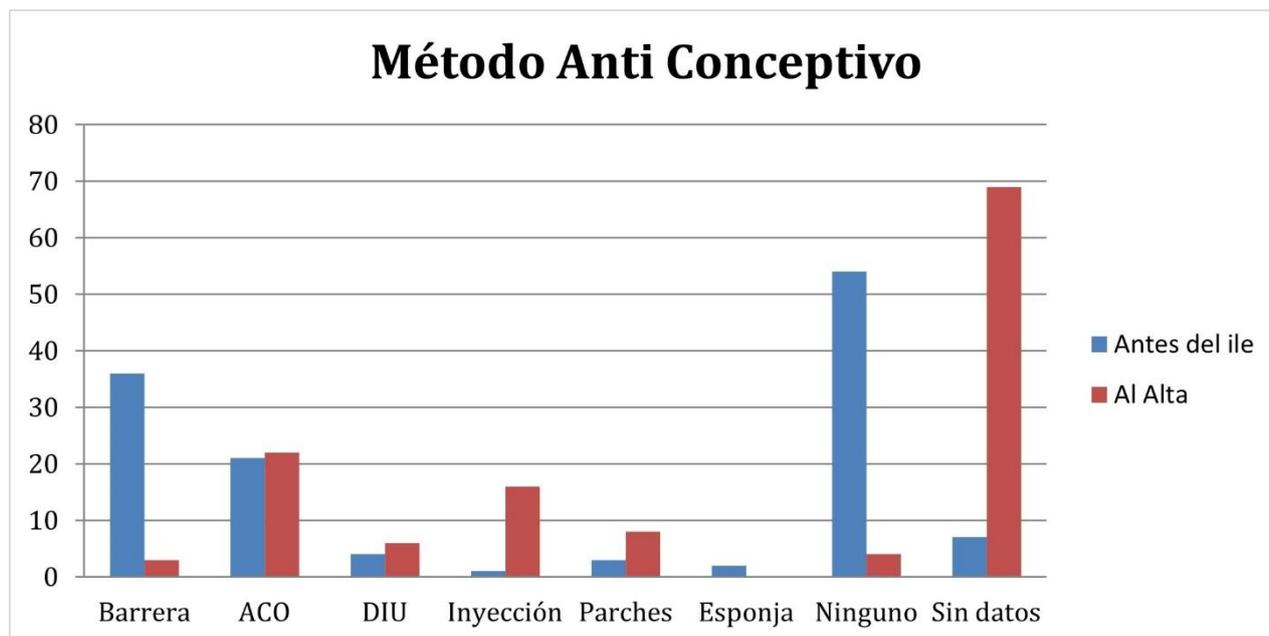


Tabla 14. Tabla de frecuencia de las pacientes según método anticonceptivo (MAC) elegido al alta

MAC al alta	Frecuencia
Sin datos	69
Barrera	3
Anticonceptivos orales (ACO)	22
Dispositivo intrauterino (DIU)	6
Implante	8
Hormonal inyectable	16
Ninguno	4

Gráfico 11. Gráfico de barras del MAC antes de la ILE y al alta



Consejería en Salud Sexual y Reproductiva al alta:

Las 128 pacientes a las que solicitaron una ILE en el año 2019 tuvieron consejería al alta.

Conclusión:

El acceso a la ILE está garantizado gracias al marco jurídico de Argentina.

La gran mayoría de las pacientes lo solicitó durante el primer trimestre, lo cual permitió que el manejo sea ambulatorio, con medicamentos y que la tasa de complicaciones sea realmente baja.

Más de la mitad no tenían trabajo, ni cobertura social, ni pareja al momento de la ILE.

Conocer el contexto social y las necesidades de salud es de vital importancia a la hora de planificar estrategias y redirigir recursos sanitarios. Es alarmante que casi la mitad de las personas que solicitaron la interrupción no utilizaban ningún método anticonceptivo a pesar de su amplia disponibilidad. Nos abre interrogantes sobre la razón por la cual esto sucede: factores culturales, factores de responsabilidad en la pareja, falta de información, fallas en el sistema de salud y educativo.

En el Hospital y en los centros de salud periféricos, tenemos todos los recursos necesarios para que una persona pueda planificar su embarazo o, por decirlo de otra manera, evitar un embarazo no deseado. Sin embargo, casi la mitad de las pacientes cuyos casos se han examinado aquí no utilizaban ningún método anticonceptivo y es por ello que debemos enfocarnos y replantearnos esta realidad como un verdadero problema de salud pública. No alcanza con tener un protocolo de ILE que funcione y sea accesible para todas las personas gestantes. El esfuerzo debe ser mayor y nuestra política de Salud debe tener un impacto **antes** de que alguien solicite una ILE, debe enfocarse en garantizar no solamente el acceso a esta práctica, sino también a los derechos sexuales y reproductivos, y así evitarle a una persona tener que solicitar el procedimiento y atravesar un aborto con todo lo que eso

implica. Como agentes de salud es nuestra responsabilidad trabajar de manera interdisciplinar en los protocolos actuales reforzando la consejería en Salud Sexual y Reproductiva, la asistencia y el acceso a los métodos anticonceptivos.

Discusión:

Argentina cuenta con un marco legal muy claro que permite acceder a la ILE (4). A pesar de ello, muchas personas gestantes no logran el acceso. Las barreras son muchas: culturales, sociales, educacionales, familiares, religiosas. El aborto en Argentina fue, es y será un tema dinámico y en constante debate. Durante el desarrollo de este estudio, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo ya había sido discutida en el Congreso de la Nación en el año 2018 y no había logrado la mayoría en el Senado para ser aprobada. En diciembre de 2020 se sanciona la Ley n.º 27610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo que entra en vigencia el 24 de enero de 2020 (5) (6). Todas las personas gestantes que solicitaron una ILE en el Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo fueron evaluadas por un equipo interdisciplinar, lo cual aumentó la calidad de la atención y optimizó el tiempo transcurrido hasta la ILE (7).

La mayoría consultó en el primer trimestre de embarazo y eso brindó al equipo profesional de atención la posibilidad de realizar la ILE de forma ambulatoria y con medicamentos. Creemos que esto repercute directamente en la tasa de complicaciones, que en este estudio fue muy baja, lo cual coincide con lo demostrado por la comunidad científica (8) (9).

Pese a la amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos y a su excelente efectividad, siguen produciéndose una gran cantidad de embarazos no planificados y esto constituye un problema de salud pública. La causal más prevalente fue la causal salud, no habiéndose solicitado ninguna interrupción durante este período por causal violación. Esto refleja el trabajo que viene realizando todo el equipo de salud en capacitación, atención y consejería para garantizar el acceso a la ILE en nuestra ciudad.

Más de la mitad de las personas gestantes se encontraban sin trabajo, sin cobertura social o sin pareja en el momento de solicitar la ILE. Si entendemos a la salud desde una perspectiva integral, podemos identificar una serie de situaciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social como inequidades en las condiciones de vida, limitaciones a la autonomía, etc., que pueden hacer que un embarazo ponga en riesgo la salud de la persona gestante (10) (11). Con respecto a la anticoncepción postaborto, en el 80% no se registró ese dato, por lo tanto es muy difícil analizar esta situación. Todas las pacientes recibieron consejería en métodos anticonceptivos.

La anticoncepción postaborto es una oportunidad para que la persona gestante pueda decidir posponer un nuevo embarazo con métodos reversibles o directamente finalizar su vida reproductiva con métodos quirúrgicos (12). Es un momento en donde existe una alta motivación de parte de la paciente para ocuparse de su futuro reproductivo y tomar una decisión luego de recibir la consejería.

El seguimiento de estas pacientes es una debilidad del presente estudio, que nos hace valorar aún más la estrategia antes mencionada (proveer de anticoncepción a una población que encuentra dificultades para acceder a controles posteriores).

La baja probabilidad de que las pacientes que han atravesado una ILE regresen al sistema de salud pública luego del alta plantea un nuevo desafío al equipo de salud.

Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción postaborto. Debemos seguir trabajando y reforzando la información y el acceso a los métodos anticonceptivos.

Agradecimientos:

Agradecemos a María Belén Pasquali, Lic. en Estadística, por su ayuda en el diseño y análisis de los datos; a Gastón Vera, Lic. en Servicio Social, por su colaboración con los datos socioeconómicos para realizar este estudio; y a Lucrecia Radyk, Lic. en Letras, la revisión final del texto.

Bibliografía:

- Ley 11179. Código Penal de la Nación. 1984 actualizado. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. Fallo “F., A. L. s/Medida autosatisfactiva”. 2012. Disponible en: <http://www.sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>
- Ley provincial n° 4796. Río Negro. Atención sanitaria en casos de abortos no punibles. Regulación. Disponible en: <https://www2.legisrn.gov.ar/DIGESCON/DEFINITIVO/D201912/2012110002.PDF>
- *Decreto 182/2016*. Río Negro. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2016_Regl_Ley4796_ANPRioNegro.pdf
- Ley n° 27610. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>
- Decreto n° 14/2021. Poder ejecutivo nacional. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346232>
- Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. 2019. Argentina Ministerio de Salud. Resolución 1/2019; 2019. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/223829/20191213>
- Ministerio de salud de la nación. Dirección de estadísticas e información en salud. Estadísticas vitales. Información básica. Argentina 2016.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2nd ed. Organización Mundial de la Salud; 2012.
- Debate - Perrotta. - Interrupción legal del embarazo: política pública. Rev Argentina Salud Pública. 2019;10(39):31-34.

- Julieta Chiarelli, María Laura Pistani, Silvina Moisés, Silvia M. Báez Rocha, Edgardo G. Knopoff. Medicina (Buenos Aires) 2020; 80: 1-9. [Medicina Buenos Aires. Índices de 2020 – 2021. Volumen 80. Año 2020.º 1. Enero Febrero.](#) Interrupción legal del embarazo en un hospital público y su área programática
- La interrupción legal del embarazo en Argentina The legal termination of pregnancy in Argentina Vilda Discacciata^{a,b, c}, Daniela Epstein^a, Nadia Musarella^{a,d}, Sergio Terrasa^{a,e, c}, Camila Volija^a, Mercedes Volpia^a, Discacciati V, Epstein D, Musarella N, Terrasa S, Volij C y Volpi M. La interrupción legal del embarazo en Argentina. Evid Actual Pract Ambul. 2020;23(1):e002050

1. Médica especialista en Tocoginecología. Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo.
2. Médica Residente de Tocoginecología. Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo.

Colestasis Intrahepática del Embarazo: Relación entre Niveles de Ac. Biliares, Transaminasas y Bilirrubina con Resultados Perinatales durante el año 2020 en Hospital Materno Provincial.

Autores:
Dra. Crescente Sofia¹

Resumen

La Colestasis Intrahepática del embarazo (CIE) es una patología asociada a graves resultados adversos perinatales. Se incluyen: parto pretérmino espontáneo, asfisia o distrés fetal, tinción meconial y muerte fetal intraútero.

El objetivo de este trabajo fue establecer tasas de resultados perinatales adversos según concentraciones séricas de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina, en pacientes del Servicio de Obstetricia en Hospital Materno Provincial durante el año 2020.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se evaluaron pacientes con diagnóstico confirmado clínico y/o bioquímico de CIE, que recibieron seguimiento y finalizaron su gestación en el Servicio de Obstetricia de dicha institución. Estas pacientes cuentan con laboratorios con niveles de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubinas, para el diagnóstico, seguimiento y al momento de finalización del embarazo.

Se incluyeron 37 pacientes con diagnóstico de CIE. Se estableció una incidencia de 1.1 de cada 100 recién nacidos vivos. El 51 % presentaron riesgo perinatal bajo, el 19 % riesgo moderado y el 30 % riesgo alto, según marcadores serológicos. El 33,6 % finalizaron su embarazo a las 37 semanas, a excepción de aquellas que presentaron valores > 40 micromol/L, aun con tratamiento, que fueron finalizadas entre las 32 y las 36.6 semanas. La edad gestacional de finalización del embarazo se fundamenta en los valores altos de ácidos biliares (mayores a 40 micromol/ L), siendo lo más frecuente la finalización entre las 32 y 37 semanas de gestación, con una mediana en puntuación Apgar al minuto y 5 minutos de 8 y 9 respectivamente, independientemente del riesgo establecido previamente. No se registraron pesos fetales menores a 2090, y esto se evidenció en el grupo de Alto Riesgo. No se pudo correlacionar los niveles de ácidos biliares con la presencia de tinción de líquido amniótico. El parto pretérmino espontáneo se presentó en el 10.52 % de los casos.

En conclusión, la edad gestacional de finalización del embarazo se fundamenta en valores altos de ácidos biliares, parámetro más importante, junto con los niveles séricos de transaminasas, para determinar la gravedad de la patología, realizar seguimiento y definir la finalización del embarazo.

INTRAHEPATIC CHOLESTASIS OF PREGNANCY: RELATIONSHIP AMONG SERUM BILE ACID CONCENTRATIONS, TRANSAMINASES AND BILIRUBIN WITH ADVERSE PERINATAL OUTCOMES DURING 2020 IN PROVINCIAL MATERNAL HOSPITAL

Abstract

Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy (ICD) is a pathology associated with serious adverse perinatal outcomes. They include: spontaneous preterm birth, asphyxia or fetal distress, meconium-stained amniotic fluid and intrauterine fetal death.

Our objective was to establish rates of adverse perinatal outcomes according to serum bile acids concentrations, transaminases and bilirubin, in patients of the Obstetric Service of the Provincial Maternal Hospital during 2020.

Observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study. Patients with a confirmed clinical and / or biochemical diagnosis of ICD were evaluated, who received follow-up and completed their pregnancy in the Obstetrics Service of the institution previously mentioned. These patients should have laboratories with serum bile acid concentrations, transaminases and bilirubins, for diagnosis, monitoring and at the time of termination of pregnancy.

37 patients with a diagnosis of ICD were included. An incidence of 1.1 out of 100 live newborns was established. 51 % presented low perinatal risk, 19 % moderate risk, and 30 % high risk, according to biochemical markers. 33.6% completed their pregnancy at 37 weeks, except for those who presented values > 40 micromol / L, even with treatment, which were completed between 32 and 36.6 weeks. The gestational age of termination of pregnancy is based on high values of bile acids (greater than 40 micromol / L), with termination between 32 and 37 weeks of gestation being the most frequent, with a median Apgar score at 1 minute and 5 minutes of 8 and 9 respectively, regardless of the risk previously established. Fetal weights less than 2090 were not recorded, and this was evidenced in the High Risk group. Bile acid levels could not be correlated with the presence of amniotic fluid staining. Spontaneous preterm birth occurred in 10.52% of cases.

The gestational age at the end of pregnancy is based on high serum bile acid concentrations, biochemical markers most important, together with serum levels of transaminases, to determine the severity of the pathology, monitor and define the termination of pregnancy.

Keywords:

Gestational Cholestasis, Bile acids, Pruritus, Intrauterine fetal death.

Fundamentación

La Colestasis Intrahepática gestacional o del embarazo (CIE) es la enfermedad hepática más frecuente del embarazo, la cual está asociada a una alteración en la homeostasis de los ácidos biliares, que se manifiesta principalmente entre el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Esta patología se ha asociado a graves resultados adversos perinatales, incluidos líquido amniótico meconial, parto prematuro espontáneo y/o iatrogénico, y sufrimiento fetal con muerte fetal intraútero.

El objetivo de este estudio es establecer las tasas de resultados perinatales adversos, según marcadores bioquímicos en pacientes del Servicio de Obstetricia en Hospital Materno Provincial durante el año 2020

Marco Teórico

La Colestasis Intrahepática gestacional o del embarazo es la enfermedad hepática más frecuente del embarazo, la cual se produce por un trastorno en la homeostasis de los ácidos biliares (AB) a nivel del hepatocito materno. Se manifiesta principalmente durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (raramente antes de las 26 semanas de gestación), con prurito palmoplantar, función hepática anormal y elevación de los niveles séricos de ácidos biliares; y que se resuelve espontáneamente tras el parto.

La incidencia de CIE es del 0.2% al 2%, pero varía considerablemente dependiendo del origen étnico y la ubicación geográfica.

La etiopatogenia de la enfermedad es desconocida. Pero se asocia a:

1. Factores ambientales (3 - 10 - 14):
 2.
 - a. Niveles de selenio en la dieta.
 - b. Se diagnostica más comúnmente durante el invierno.
 - c. Niveles bajos de vitamina D.
 - d. Endotoxinas bacterianas.
 - e. Hepatitis C.
3. Factores genéticos:
 1. Recurrencia en el 30 a 60 % de los casos, con diagnóstico de CIE en embarazos previos (1).
 2. El antecedente en familiar de primer grado, puede aumentar el riesgo hasta 12 veces, en comparación con pacientes sin antecedentes. (10)
 3. Se hallaron mutaciones heterocigotas y polimorfismos en genes que codifican ácido biliar hepatobiliar y transportadores de fosfolípidos. (10). (ABCB11, ABCB4 y otras)
4. Factores hormonales:
 - . Niveles elevados de estrógenos (17 beta glucurónido de estradiol), progesterona y sus metabolitos sulfatados (especialmente el PM4 sulfato) (14):

interferiría en el transporte y excreción biliar por su capacidad de saturar los sistemas transportadores involucrados. Por lo tanto adquieren una marcada acción procolestática. Esto explicaría el diagnóstico de CIE en el tercer trimestre, así como la mayor incidencia de la CIE en gestaciones múltiples. (10-11)

- a. Alteración en genes de control de sustancia de transporte hepatocelular
- b. Tratamientos con progesterona. (10)

Son factores de riesgo para dicha patología, la edad materna (> 35 años), multiparidad, gestación múltiple, tratamientos de fertilización in vitro, hepatitis C y antecedentes personales o familiares de colestasis.

El diagnóstico de CIE es clínico (1). Se caracteriza por la presencia de prurito (80 % de los casos), de inicio palmoplantar con progresión central, el mismo cursa sin exantema, aunque pueden presentarse excoriaciones por rascado. Otros síntomas acompañantes son ictericia (10 % de los casos), náuseas y vómitos, esteatorrea (asociado a la alteración de vitaminas liposolubles) y alteraciones en la coagulación. (1-2-3) El examen físico puede mostrar marcas de excoriaciones y nódulos secundarios al rascado, pero no existen lesiones cutáneas primarias asociadas con la enfermedad. La ictericia se presenta en un 14 a un 25 por ciento de los pacientes, y generalmente se desarrolla de una a cuatro semanas después del inicio del prurito. La ictericia sin prurito es rara y debe impulsar la investigación de otras causas.(15)

Las alteraciones de laboratorio incluyen (2):

- Ácidos biliares > 10 $\mu\text{mol/L}$ (constituye el marcador más sensible y específico para el diagnóstico);
- Aumento moderado de transaminasas (2 a 20 veces);
- Aumento de bilirrubina (determinan intensidad de la enfermedad, indicando formas severas de dicha patología) (10);
- Aumento de fosfatasa alcalina (su presencia no es específica para CIE, y los valores pueden ser variables debido a la presencia de la misma en placenta). (11)
- Tiempo de protrombina alterado < 70 %.

La relación entre la aparición de prurito y el trastorno de la función hepática o el incremento de los ácidos biliares séricos no está clara, pudiendo aparecer las alteraciones de laboratorio antes o después de la sintomatología. Por lo tanto, las alteraciones de laboratorio apoyan el diagnóstico, pero su ausencia no lo excluye.

Entre los diagnósticos diferenciales, se incluyen:

Hepatitis virales, Hepatitis autoinmunes, Colangitis primaria, Enfermedad de Wilson, Hígado graso, Obstrucción de vía biliar extrahepática, Síndrome HELLP y Patologías dermatológicas (prurito gravídico, erupción atópica del embarazo, erupción polimorfa del embarazo) (4-9)

La importancia de esta patología radica en que la colestasis intrahepática del embarazo se ha asociado consistentemente a una creciente incidencia de resultados perinatales adversos (3). Estos se presentan con concentraciones de ácidos biliares en suero materno mayor o igual a 40 $\mu\text{mol / L}$. (7). Se incluyen:

- Parto pretérmino espontáneo (19 al 60 %): asociado a un aumento de liberación de prostaglandinas y sobreexpresión de receptores de oxitocina. Es importante resaltar que la mayoría de los partos prematuros son iatrogénicos, secundarios a la inducción electiva del trabajo de parto (8).
- Estado fetal inestable, asfixia o distrés fetal (22 al 41 %).
- Tinción meconial y aspiración de líquido amniótico (por aumento del peristaltismo colónico fetal).
- Muerte fetal intrauterina (0.4 al 3 %): Esto se debe a un mayor flujo de ácidos biliares de madre a feto que podrían generar vasoconstricción de las venas coriónicas placentarias y distrés respiratorio en el recién nacido, por acumulación de ácidos biliares en el parénquima pulmonar (1). Esta complicación aumenta en mujeres con concentraciones séricas de ácidos biliares de 100 $\mu\text{mol} / \text{L}$ o más (7).

De acuerdo al riesgo perinatal y según los parámetros bioquímicos se ha clasificado la colestasis intrahepática gestacional en bajo, moderado y alto riesgo (nivel de evidencia IIa) (14):

- Bajo riesgo: niveles de ácidos biliares entre 10 y 19 micromoles/litro con enzimas hepáticas normales.
- Moderado riesgo: ácidos biliares de 20 a 39 micromoles/litro y/o enzimas hepáticas aumentadas, pero no más del doble del valor normal.
- Alto riesgo: ácidos biliares mayor de 40 micromoles/litro y/o enzimas hepáticas mayores al doble y/o no respuesta al tratamiento médico.

El manejo obstétrico incluye:

- Monitorización Materna: Control semanal desde el momento del diagnóstico, evaluación clínica de coluria, ictericia, prurito, y aparición de enfermedades asociadas. Se recomienda realizar pruebas semanales de laboratorio con medición de niveles de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina, debido a que el aumento de los ácidos biliares totales con el avance de la gestación podría aumentar el riesgo de muerte fetal.
- Monitorización Fetal: Control de movimientos fetales, control ecográfico habitual según edad gestacional, NST semanal, Ecocardiograma funcional con ácidos biliares > 40 $\mu\text{mol}/\text{L}$. (1) Es importante destacar que ningún método de control fetal ha mostrado ser capaz de predecir o reducir el riesgo de resultados perinatales adversos, dado que su forma de presentación es aguda. (11)

La colestasis intrahepática del embarazo se trata con Ácido Ursodesoxicólico, un ácido biliar terciario, el cual atenúa el prurito y reduce las alteraciones de laboratorio (6). El mecanismo de acción consiste en la reducción de la concentración plasmática y excreción urinaria de metabolitos de sulfatos, restablecimiento del transporte de ácidos biliares a través del trofoblasto y reducción del flujo de ácidos biliares al feto, mejorando así, el pronóstico perinatal. La dosis recomendada es 15 mg/Kg/día (máxima 21 mg/Kg/día), utilizándose habitualmente 600 a 1200 mg/día vía oral, distribuido en dos tomas diarias. (2)

El manejo sintomático del prurito, se realiza con antihistamínicos, Loratadina y Clorfeniramina. Estos generan además, un efecto beneficioso adicional de inducir somnolencia y por tanto ayudar a las pacientes con trastornos del sueño secundarios al prurito.

La CIE puede estar asociada a un riesgo de mala absorción de vitaminas liposolubles como resultado de una circulación enterohepática disminuida de ácidos biliares y, por tanto, a una reducción en la absorción en el íleon distal. Aunque los datos sobre el riesgo de hemorragia durante y después del parto en la colestasis intrahepática del embarazo son limitados, algunos médicos optan por tratar a las mujeres con vitamina K por vía oral para protegerlas contra este riesgo. No existen estudios controlados aleatorizados para respaldar o refutar esta práctica y la decisión de tratamiento debe hacerse de forma individualizada.

Ningún estudio aleatorizado ha establecido el momento óptimo para finalizar los embarazos complicados por colestasis intrahepática del embarazo. Sin embargo, distintas fuentes bibliográficas sugieren finalizar la misma a partir de las 37 semanas de gestación con ácidos biliares > a 40 $\mu\text{mol/L}$, mal control clínico a pesar de tratamiento, empeoramiento de las pruebas de función hepática; y/o antecedentes de colestasis intrahepática y muerte fetal intraútero. (1-2-3)

El principal objetivo consiste en equilibrar los riesgos de muerte fetal contra los de parto prematuro tardío o prematuro (6-10).

Con buena vitalidad fetal, la vía de finalización dependerá de los antecedentes y condiciones obstétricas presentes en el momento de decidir la finalización del embarazo. De acuerdo a esta evaluación integral, se considerará la posibilidad de maduración cervical e inducción al parto.

Las inducciones y trabajos de parto se controlarán con monitoreo fetal electrónico permanente. La tasa de cesáreas no aumenta con la inducción temprana del trabajo de parto. (8-10)

Objetivos

Objetivo General

Establecer las tasas de resultados perinatales adversos, según las concentraciones séricas de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina, en pacientes del Servicio de Obstetricia en Hospital Materno Provincial durante el año 2020.

Objetivos Específicos

- Determinar el número de pacientes con diagnóstico de CIE y la edad materna al momento del diagnóstico.
- Relacionar la edad gestacional, los niveles de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina con el momento de diagnóstico de esta patología.
- Correlacionar la alteración entre parámetros bioquímicos y resultados perinatales adversos: tinción de líquido meconial, parto pretérmino espontáneo y muerte fetal intraútero y/o neonatal.

- Determinar si existe asociación entre niveles de ácidos biliares, y el resto de los parámetros bioquímicos utilizados durante el seguimiento (transaminasas y niveles de bilirrubina).
- Establecer los mejores parámetros bioquímicos de seguimiento de esta patología durante el tratamiento.
- Determinar la edad gestacional de finalización del embarazo y su correlación con los niveles de ácidos biliares.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio

Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo

Muestra

Pacientes embarazadas con diagnóstico de CIE, que recibieron seguimiento en el área de internación y Consultorio de Alto Riesgo Obstétrico; y finalizaron su gestación en Hospital Materno Provincial durante el periodo 2020.

Diseño de la Intervención

Se utilizarán como base de datos historias clínicas de pacientes con diagnóstico de CIE, que recibieron tratamiento y seguimiento en el Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Provincial. De las mismas se recopilarán las siguientes variables: Edad materna, antecedentes de CIE en embarazos previos, edad gestacional al momento del diagnóstico. Valores de AB, transaminasas (GOT - GPT) y bilirrubina al momento del diagnóstico, 72 hs, a los 7 días y finalización del embarazo, dosis de Ácido Ursodesoxicólico utilizadas, patologías asociadas, edad gestacional de finalización, presencia de meconio y peso del recién nacido y Apgar al nacer.

Criterios de Inclusión

Se incluirán mujeres embarazadas con diagnóstico confirmado clínico y/o bioquímico de CIE que fueron asistidas hasta la finalización del embarazo en el Servicio de Obstetricia.

Estas pacientes deberán contar con laboratorios que incluyan niveles de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubinas, al diagnóstico, a las 72 hs, a los 7 días y al momento de finalización del embarazo.

Criterio de Exclusión

Mujeres embarazadas sin seguimiento bioquímico de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina al diagnóstico, a las 72 hs, a los 7 días y al momento de finalización del embarazo.

Procesamiento y Análisis de Datos

Se realizará una revisión de las Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas en Consultorio de Alto Riesgo e Internación. Los datos obtenidos se organizaron en planillas de Microsoft Excel, considerando las variables mencionadas anteriormente. Las variables cuantitativas se valorarán por medidas de centralización y dispersión (media y desvío estándar), y para las variables categóricas se usarán las distribuciones absolutas y porcentuales. Los procesamientos estadísticos se llevarán a cabo en el software estadístico R-Medic.(20)

Resultados

Durante el año 2020, se registraron en el Hospital Materno Provincial Dr. Raul Felipe Lucini un total de 3428 nacidos vivos, de los cuales se diagnosticaron 37 casos de colestasis intrahepática del embarazo (según criterios de inclusión mencionados previamente), resultando así una prevalencia en nuestra institución del 1.1 por cada 100 recién nacidos vivos.

En la figura 1, se expresan las edades maternas de diagnóstico de CIE. El 49 % (n 18) de las pacientes tenían entre 20 y 25 años de edad. Le siguen en frecuencia con el 19 % (n 7), mujeres con 25 y 30 años de edad.

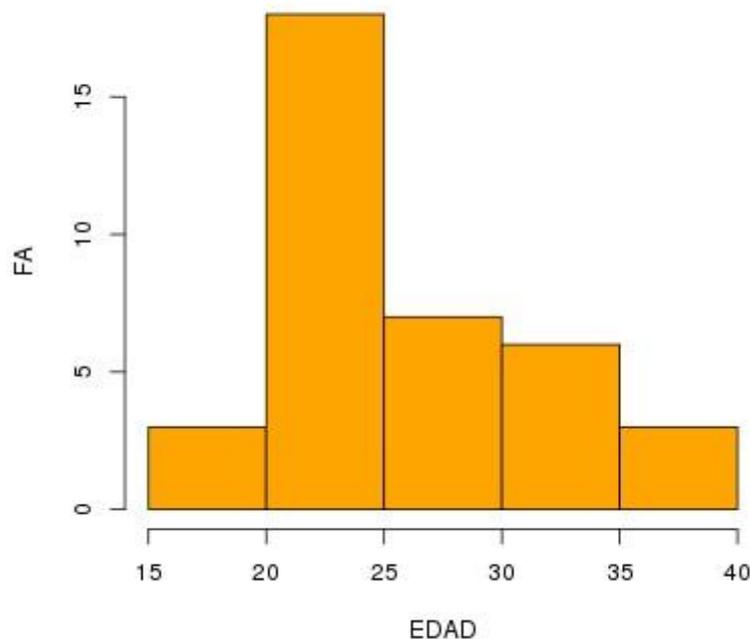


Figura 1: Edades maternas de diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo. Se puede observar una mayor prevalencia de esta patología en pacientes entre los 20 y 35 años de edad.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 35 % de las pacientes estudiadas, presentaba como antecedente, el diagnóstico de CIE en el embarazo anterior (Tabla 1).

Tabla 1: Antecedentes de Colestasis Intrahepática Gestacional en embarazos previos.

ANT. CIE EN EMB PREVIOS	Frecuencia Absoluta	Total	Cociente	Frecuencia Relativa	%
NO	24	37	24/37	0.65	65%
SI	13	37	13/37	0.35	35%

El 84,2 % de las pacientes en estudio, no presentaba patologías asociadas. Dentro de las patologías asociadas, la diabetes gestacional fue la más frecuente (4/6 pacientes).

La edad gestacional de diagnóstico de esta patología se presenta en la Figura 2.

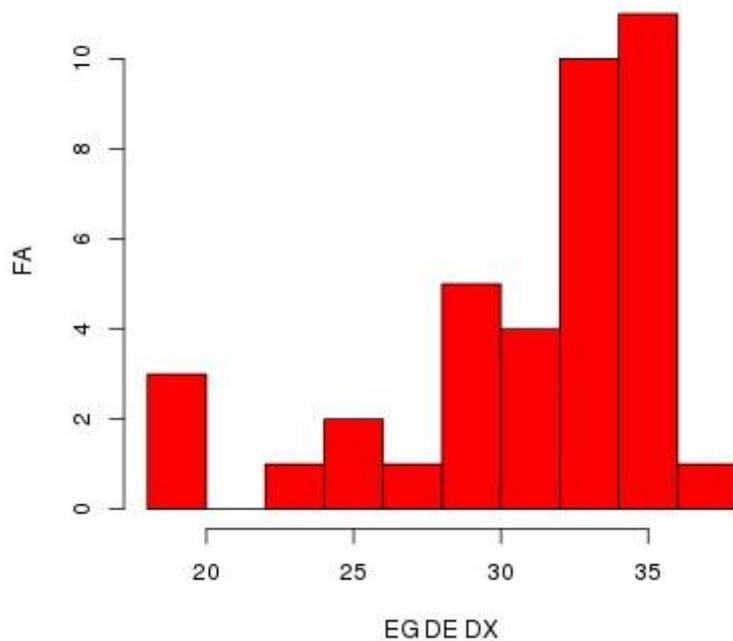


Figura 2: Edad de gestación al momento del diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo. Se puede observar una mayor prevalencia de esta patología en el tercer trimestre de embarazo.

No se encontró correlación entre los niveles de ácidos biliares y la edad gestacional al momento del diagnóstico. Figura 3.



Figura 3: Relación entre niveles de ácidos biliares y edad gestacional de diagnóstico. Se evidencia una distribución heterogénea de datos, no pudiéndose establecer así una correlación entre ambos parámetros.

Todas las pacientes recibieron tratamiento con Ácido Ursodesoxicólico, con dosis entre 900 - 1200 mg / día. Solo 4 pacientes, catalogados como colestasis grave, se realizó tratamiento con 1800 mg/día.

Respecto al seguimiento durante la patología, se le realizaron laboratorios de control, al momento del diagnóstico, a las 72 horas y a los 7 días de instaurado el tratamiento, y al momento de la finalización del embarazo. En base a esto se clasificaron a las pacientes en tres grupos, según parámetros bioquímicos. (Bajo - Moderado - Alto Riesgo). La prevalencia de las mismas se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2: Clasificación de pacientes con diagnóstico de CIE según parámetros bioquímicos al momento del diagnóstico.

RIESGO	Frecuencia Absoluta	Total	Cociente	Frecuencia Relativa	%
ALTO	11	37	11/37	0.30	30%
BAJO	19	37	19/37	0.51	51%
INTERMEDIO	7	37	7/37	0.19	19%

Entre los datos obtenidos del seguimiento bioquímico, se pudo observar, que el laboratorio solicitado a las 72 horas no mostraba cambios significativos en los parámetros alterados previamente. Siendo el laboratorio control a los 7 días de iniciado el tratamiento, el más importante para valorar la respuesta al mismo.

En las siguientes figuras (4 - 5 y 6), se presenta la correlación entre los niveles de ácidos biliares y valores de transaminasas (GOT - GPT - FAL).

Correlacion entre Acidos biliares y GOT

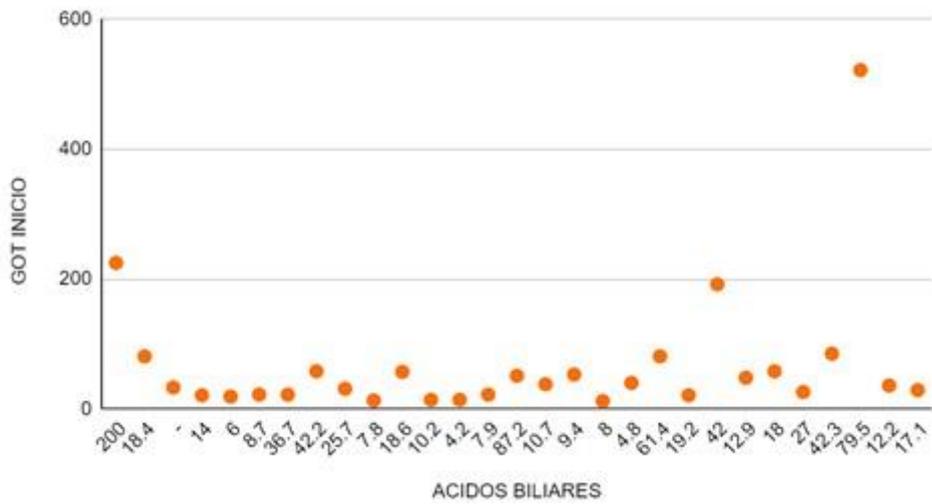


Figura 4: Relación entre niveles de ácidos biliares y GOT: se puede evidenciar que en la medida que se presentan valores altos de ácidos biliares, aumentan los valores de GOT, existiendo así, una correlación entre ambos parámetros.

Relacion entre Ácidos biliares y GPT

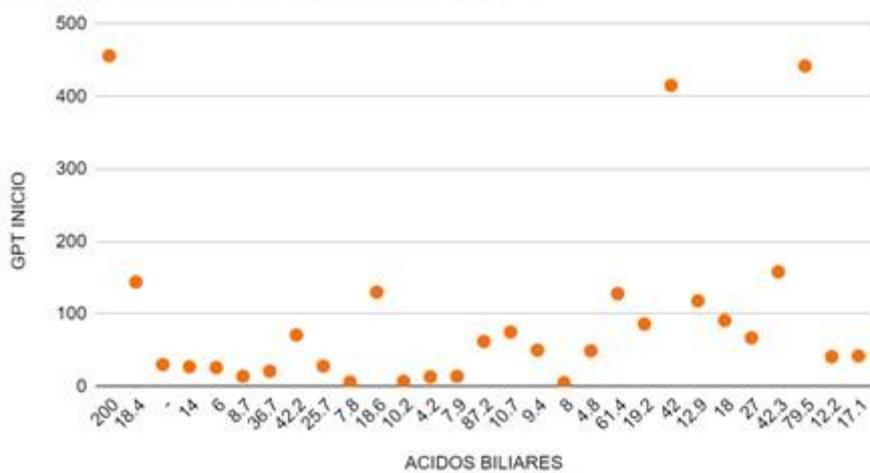


Figura 5: Relación entre niveles de ácidos biliares y GPT: se puede evidenciar, al igual que en el gráfico anterior, que en la medida que se presentan valores altos de ácidos biliares, aumentan los valores de GPT, existiendo así, una correlación entre ambos parámetros.

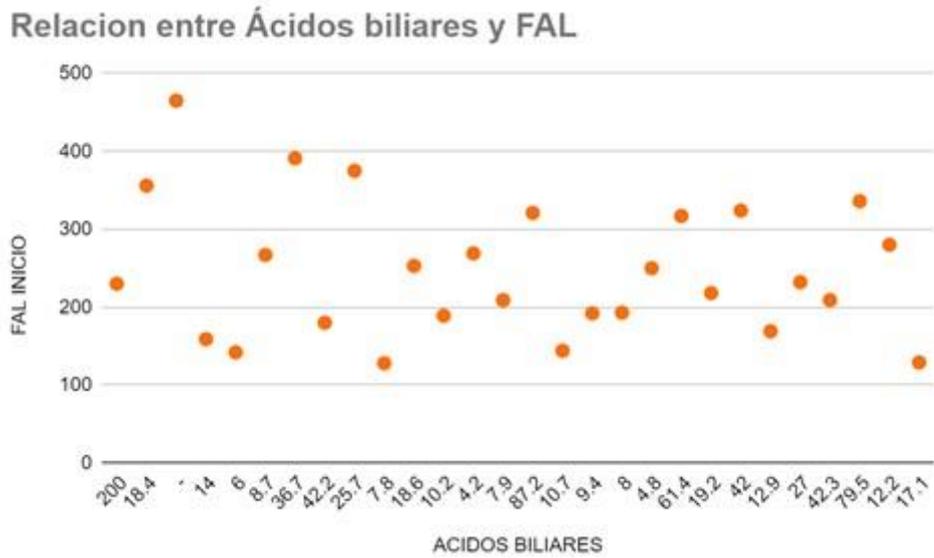


Figura 6: Relación entre niveles de ácidos biliarés y FAL: No se puede evidenciar una correlación entre ambos parámetros entre las pacientes estudiadas.

La edad gestacional de finalización del embarazo se presenta en las figura 7, 8 y en la tabla número 3.

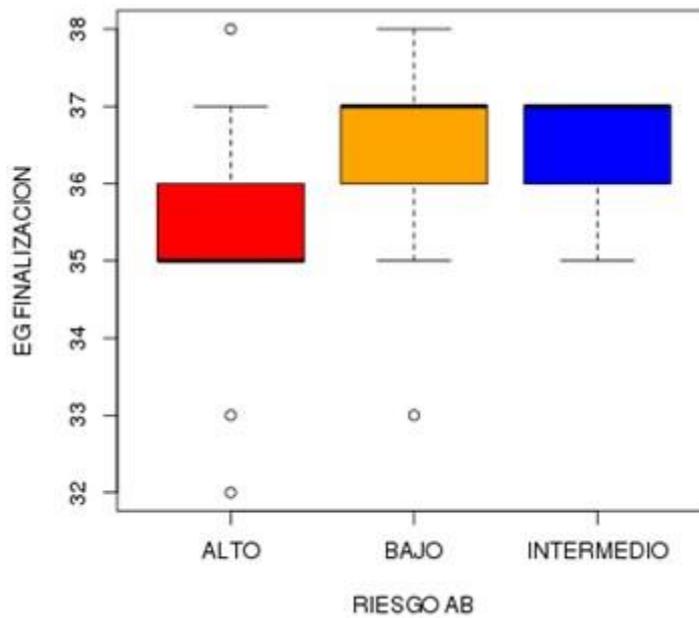


Figura 7: Edad gestacional de finalización de embarazo en pacientes con diagnóstico de CIE. Se puede observar que el momento de la finalización del embarazo se fundamenta en los niveles de ácidos biliarés.

Tabla 3: Clasificación de pacientes con diagnóstico de CIE según parámetros bioquímicos al momento del diagnóstico y relación con semanas de gestación al momento de finalización del embarazo.

RIESGO	Mínimo	Media	Mediana	Máximo	n
ALTO	32.00	35.27	35.00	38.00	11
BAJO	33.00	36.26	37.00	38.00	19
INTERMEDIO	35.00	36.43	37.00	37.00	7



Figura 8: Edad gestacional de finalización de embarazo según los valores de ácidos biliares: Se puede observar que aquellas que presentaban valores > 40 $\mu\text{mol} / \text{L}$, aun con tratamiento, fueron los que se finalizaron entre las 32 y 37 semanas de gestación (riesgo alto).

En relación a los resultados perinatales, el 100% de los nacimientos fueron recién nacidos vivos. En todos los casos estudiados, se puede observar que independiente de riesgo materno, la mediana en Apgar al minuto obtenido 8 con ± 1.47 desvío estándar para pacientes con riesgo alto, ± 0.69 desvío estándar para pacientes con riesgo bajo y ± 0.49 para las de riesgo intermedio. (Tabla 3)

Tabla 3: Clasificación de pacientes con diagnóstico de CIE según parámetros bioquímicos y Apgar al minuto.

RIESGO	Mínimo	Media	Mediana	Máximo	n
ALTO	3.00	7.18	8.00	8.00	11
BAJO	6.00	7.42	8.00	8.00	19
INTERMEDIO	7.00	7.71	8.00	8.00	7

Con respecto a la mediana en Apgar a los 5 minutos, el valor obtenido fue de 9 con +/- 0,93 desvío estándar para pacientes con riesgo alto, +/- 0,83 desvío estándar para pacientes con riesgo bajo y +/- 0.79 para las de riesgo intermedio. (Tabla 4)

Tabla 4: Clasificación de pacientes con diagnóstico de CIE según parámetros bioquímicos y Apgar a los 5 minutos.

RIESGO	Mínimo	Media	Mediana	Máximo	n
ALTO	6.00	8.45	9.00	9.00	11
BAJO	7.00	8.37	9.00	9.00	19
INTERMEDIO	7.00	8.57	9.00	9.00	7

Tabla 5: Clasificación de pacientes con diagnóstico de CIE según parámetros bioquímicos y relación con pesos de recién nacidos.

La presencia de líquido meconial se presenta en la figura 9.

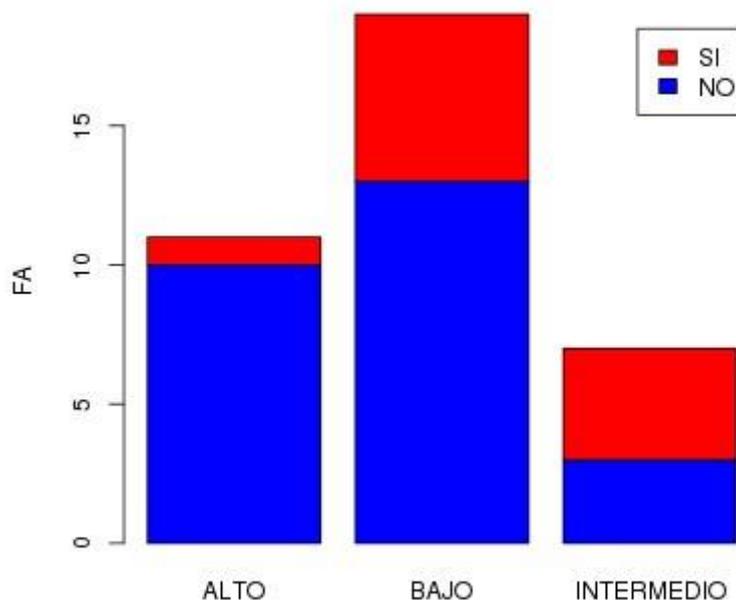


Figura 9: Presencia de líquido meconial. Solo el 26.9% de las pacientes estudiadas presentó esta característica al momento del nacimiento.

No se pudo establecer una correlación entre la alteración de los parámetros bioquímicos y la presencia de meconio. (Tabla 6). La mayoría de las pacientes, aun con riesgo alto, no presentaron líquido meconial al momento del nacimiento.

Tabla 6: Clasificación de pacientes con diagnóstico de CIE según parámetros bioquímicos y Presencia de tinción de líquido meconial.

RIESGO	NO	SI
ALTO	27%	3%
BAJO	35%	16%
INTERMEDIO	8%	11%

En filas: RIESGO / En columnas: MECONIO

El parto pretérmino espontáneo se presentó en el 10.52 % de las pacientes en estudio.

Discusión

La colestasis intrahepática del embarazo constituye la hepatopatía más frecuente durante la gestación, y se encuentra asociada a niveles elevados de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubina.

En cuanto a la prevalencia en nuestra institución, se pudo determinar un 1.1 de cada 100 nacidos vivos. Esto se corresponde con los datos estadísticos de incidencia en Europa, Norteamérica y UK, con valores entre el 0.7 y el 1%. En Sudamérica, en cambio, especialmente en Chile y Bolivia, oscila entre el 5% y el 15%. (14)

Nuestros resultados muestran una edad gestacional al momento del diagnóstico, entre el segundo y tercer trimestre del embarazo. Esto se correlaciona con la bibliografía analizada. (1 - 2 - 3)

El valor de corte de niveles séricos de ácidos biliares que se utilizó para determinar diagnóstico positivo de CIE fue mayor o igual a 10 micromol/L, no pudiéndose establecer una correlación entre la edad gestacional al momento del diagnóstico y los valores séricos de ácidos biliares. En una revisión sistemática de 11 estudios que evaluaron la precisión diagnóstica de los niveles totales de ácidos biliares en suero (utilizando un valor de corte de 10 micromol / L), la sensibilidad estimada fue de 0,91 (IC del 95%: 0,72 a 0,98) y la especificidad fue de 0,93 (IC del 95%: 0,81-0,97). Sin embargo, la precisión diagnóstica de los ácidos biliares séricos totales sigue siendo algo incierta porque la mayoría de estos estudios carecían de un diseño transversal que determine consecutivamente a mujeres embarazadas con sospecha de CIE (17).

Aunque existe alguna variación en los criterios de laboratorio entre las guías, la colestasis grave se define sistemáticamente como ácidos biliares superiores a 40 micromol / L y representa aproximadamente el 20% de los casos.(16) En nuestro estudio el porcentaje de pacientes con colestasis grave fue del 30%. Siendo lo más frecuente, la presentación como colestasis leve o de bajo riesgo. (51%).

Respecto a los resultados perinatales, no se registraron muertes fetales y neonatales asociadas a CIE. Resulta importante enfatizar la correlación existente entre niveles altos de

ácidos biliares, y la finalización de embarazos entre las 32 y 37 semanas de gestación. En base a esto, no se registraron embarazos con 37 o más semanas con niveles mayores a 100 micromol/L en nuestra muestra. En una revisión sistemática se informaron hallazgos similares: la frecuencia de muerte fetal para una concentración total de ácidos biliares <40 micromol / L, 40 a 99 micromol / L o ≥ 100 micromol / L fue de 0,4, 0,3 y 6,8 por ciento, respectivamente, lo que justificaría la finalización del embarazo previo a las 37 semanas con la presencia de estos valores de ácidos biliares. En contraparte, El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda el parto entre las 36 0/7 y las 39 0/7 semanas de gestación para pacientes con niveles totales de ácidos biliares < 100 micromol / L, o en el momento del diagnóstico si se diagnostica en > 39 0/7 semanas. Para pacientes con niveles ≥ 100 micromol / L, se recomienda el parto a las 36 0/7 semanas o en el momento del diagnóstico si se diagnostica más tarde. (18) Considerando la finalización previa a esta edad gestacional en los siguientes casos: Prurito materno insoportable e incesante que no se alivia con farmacoterapia, empeoramiento de la función hepática y antecedentes de muerte fetal antes de las 36 semanas debido a CIE con patología recurrente en el embarazo actual. (18)

Los embarazos complicados por un parto prematuro espontáneo parecen tener un inicio más temprano de prurito. Los ácidos biliares parecen aumentar la expresión de los receptores miometriales de oxitocina, lo que puede explicar el aumento del trabajo de parto prematuro espontáneo. (19). En nuestro estudio, se pudo observar esta complicación en un 10.52 % de las pacientes, representando un riesgo ligeramente mayor para la paciente en comparación con las que no presentan esta patología. Esto se basa en la incidencia de parto pretérmino de cualquier otra causa, a nivel mundial de un 9,6%. y en nuestro país de un 8,5%.

Conclusión

La Colestasis Intrahepática gestacional o del embarazo (CIE) es la enfermedad hepática más frecuente del embarazo. Pudiéndose establecer una incidencia en nuestra institución del 1.1 de cada 100 recién nacidos vivos (38 pacientes).

En cuanto a los factores de riesgos asociados se objetivó una recurrencia de esta patología del 35 % y el 84,2 % de las pacientes no presentaba otro antecedente patológico.

El momento del diagnóstico se realizó principalmente en el tercer trimestre de embarazo. No pudiéndose establecer correlación con los niveles de ácidos biliares y la edad gestacional.

Se determinó una relación positiva entre niveles de ácidos biliares y transaminasas. No se diagnosticaron formas ictericas de CIE en nuestra institución.

Respecto a los resultados perinatales, no hubo muertes fetales intraútero. La edad gestacional de finalización del embarazo se fundamenta en los valores altos de ácidos biliares (mayores a 40 micromol/ L), siendo lo más frecuente la finalización entre las 32 y 37 semanas de gestación, con una mediana en puntuación Apgar al minuto y 5 minutos de 8 y 9 respectivamente, independientemente del riesgo establecido previamente. No se registraron pesos fetales menores a 2090, y esto se evidenció en el grupo de Alto Riesgo. No se pudo correlacionar los niveles de ácidos biliares con la presencia de tinción de líquido amniótico. La incidencia de parto pretérmino espontáneo fue ligeramente mayor que aquellas que no presentaban esta patología según la incidencia mundial.

Para finalizar, el dosaje de ácidos biliares se considera el parámetro más importante para determinar la gravedad de la CIE junto con los niveles séricos de transaminasas. Siendo estos

parámetros los marcadores de seguimiento y determinación de la finalización del embarazo. El tratamiento utilizado fue el ácido ursodesoxicólico, y el seguimiento que demostró ser más eficaz fue el control con laboratorios cada 7 días, por lo que se debería esperar este periodo de tiempo mínimo para la evaluación de respuesta a tratamiento.

En base a este estudio y a los resultados perinatales obtenidos, se podría considerar como criterio de finalización niveles de ácidos biliares igual o mayores a 100 micromol/L después de 7 de tratamiento, a partir de las 37 semana de gestación o según antecedentes obstétricos y sintomatología.

Bibliografía

1. Alfredo Perez Sanchez, Enrique Donoso Siña. Obstetricia. Cuarta Edición. Mediterraneo. 2014.
2. Laura Almeida, Iria Vázquez, Marta López, Laura García. Xavier Forn. Protocolo: Colestasis Intrahepática Gestacional. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Última actualización: año 2020.
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/colestasis%20intrahep%C3%A1tica.pdf>
3. Catherine Williamson, MD, y Victoria Geenes, MBBS, PhD. "Colestasis Intrahepática del Embarazo" Obstetrics and Gynecology. 2014. Volumen 124. Pages: 120 - 133.
https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/July2014_Translation_Williamson.pdf
4. Estiú María Cecilia, Dra. Frailuna María Alejandra, Dra. Dericco Marcela, Dra. Otero Carla. Guía de Práctica Clínica: Colestasis Intrahepática Gestacional. Hospital Ramon Sarda. 2019.
https://www.sarda.org.ar/images/GPC_Colestasis_Intrahepatica_Gestacional.pdf
5. Anna Glantz, Hanns-Ulrich Marschall, Lars-Åke Mattsson. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Relationships Between Bile Acid Levels and Fetal Complication Rates. 2016. HEPATOLOGY. Volumen 40. Número 2. Pages 467- 474. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15368452/#:~:text=Simple%20logistic%20regression%20analyses%20showed,L%20of%20serum%20bile%20acids.>
6. Kirsten R Palmer, Liu Xiaohua, Ben W Mo. "Management of intrahepatic cholestasis in pregnancy." Department of Obstetrics and Gynaecology, Monash University, Clayton, VIC 3168, Australia (KRP, BWM); and Department of Obstetrics, International Peace Maternity and Child Health Hospital, Shanghai Jiaotong University, Shanghai. 2019. Volumen 9. Pages: 1273 - 1279. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26313609/#:~:text=Bile%20acids%20should%20be%20monitored,ursodeoxycholic%20acid%2C%20which%20reduces%20pruritus.>
7. Caroline Ovadia, Paul T Seed, Alexandros Sklavounos, Victoria Geenes, Chiara Di Illio, Jenny Chambers. "Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses". Department of Women and Children's Health, King's College London, London, UK. 2019. The Lancet. Volumen 393. Número 10174. Pages

- 899 - 909. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31877-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31877-4/fulltext)
8. Titta Joutsiniemi, Susanna Timonen, Maria Linden, Pia Suvitie and Ulla Ekblad. "Intrahepatic cholestasis of pregnancy: observational study of the treatment with low-dose ursodeoxycholic acid." Joutsiniemi et al. BMC Gastroenterology. 2015 15:92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215400/>
 9. Christina M. Ambros-Rudolph, MD; Martin Glatz, MD; Michael Trauner, MD; Helmut Kerl, MD; Robert R. "The Importance of Serum Bile Acid Level Analysis and Treatment With Ursodeoxycholic Acid in Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy." 2017. Arch Dermatol; 143:757-762. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17576942/>
 10. Hanns-Ulrich Marschall. "Management of intrahepatic cholestasis of pregnancy." Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2015. Volumen 9. Número 10 Pages: 1273 - 1279. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26313609/>
 11. Amber M. Wood, MD, Elizabeth G. Livingston, MD, Brenna L. Hughes, MD, and Jeffrey A. Kuller, MD. "Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: A Review of Diagnosis and Management." Obstetrical and Gynecological Survey. 2018. Volume 73, Number 2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29480924/>
 12. Lucy C. Chappell, Jennifer L. Bell, Anne Smith, Louise Linsell, Edmund Juszczyk, Peter H. Dixon. "Ursodeoxycholic Acid Versus Placebo in Women With Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy (PITCHES): A Randomized Controlled Trial." The Lancet. 2019. Vol 394. Número 10201. Pages 849-860. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)31270-X/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)31270-X/fulltext)
 13. Katherine S. Kohari, Rachel Carroll, Stephanie Capogna, Andrew Ditchik, Nathan S. Fox, and Lauren A. Ferrara. "Outcome After Implementation of a Modern Management Strategy for Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy". Obstetrical and Gynecological Survey. 2017. Volume 72 - Número 9 - p 521-522. Disponible en: https://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2017/09000/Outcome_After_Implementation_of_a_Modern.4.aspx
 14. Dra. María Alejandra Frailuna, Dr Martín Etcheagaray Larruy, Dra. Cecilia Estiu Dra. Lucía Di Biase, Dr. Ángel Betular y Dr. Luis Navarro. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG) Consenso FASGO 2016. Disponible en: file:///C:/Users/sofia/OneDrive/Documentos/Residencia/cie/Consenso_de_obstetricia_Colestasis_y_embarazo_2016.pdf
 15. [Keith D Lindor, MD](#) [Richard H. Lee](#). "Colestasis intrahepática del embarazo". Uptodate. Juny 2021.
 16. [Matthew J Bicocca](#) , [Jeffrey D Sperling](#), [Suneet P Chauhan](#). "Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Review of six national and regional guidelines". European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. October 2016. Volumen 231. Pages 180 - 183. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396107/>

17. [Cristina Manzotti](#), [Giovanni Casazza](#), [Té Stimac](#), [Dimitrinka Nikolova](#), [Christian Gluud](#). "Total serum bile acids or serum bile acid profile, or both, for the diagnosis of intrahepatic cholestasis of pregnancy". Cochrane Library. July 2019. Volumen 2017. Pages 5-7.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31283001/>
18. [Cynthia Gyamfi-Bannerman](#), [Angela B. Gantt](#), [Russell S Miller](#). "Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries: ACOG Committee Opinion, Number 818". Obstetrics and Gynecology. February 2021. Volumen 137. Número 2. Pages e29-e33.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33481529/>
19. [Catherine Williamson](#), [Laura M Hems](#), [Dimitrios G Goulis](#), [Ian Walker](#), [Jennifer Cámaras](#), [Oscar Donaldson](#). "Clinical outcome in a series of cases of obstetric cholestasis identified via a patient support group". BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. July 2004. Volumen 111. Issue 7. Pages: 676 - 681.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15198757/>
20. "Mangeaud A , Elías Panigo DH. 2018 R-Medic. Un programa de análisis estadístico sencillo e intuitivo. Revista Methodo 3 (1) 18-22."

Preferencia de Anticoncepción en la Adolescencia en Consultorio de Planificación Familiar, Hospital Santa Rosa Chajarí, Entre Ríos, en el primer periodo del Año 2021

Autores:

Carolina Raquel Capovila¹, Yanina Beatriz Quiroz¹

Objetivos.

Conocer método anticonceptivo (MAC) de preferencia en adolescentes. Determinar importancia sobre la consejería. Especificar de quienes recibieron información. Determinar motivo de elección. Conocer barreras de adherencia a MAC.

Pacientes y Métodos.

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, cuantitativo. Encuesta cerrada a 50 mujeres adolescentes, 14 a 18 años de edad. Consultorio Planificación Familiar. Hospital Santa Rosa. Chajarí. E. Ríos, periodo 01/01/2021 al 31/07/2021.

Resultados.

Se halló 70 % prefirió anticonceptivo oral, 15% inyectable, 15 % Implante, 10% preservativos. Información: escuela 40%, familia 38%, hospital 22%, amigos e internet, 14%. Embarazo adolescente 22%. Motivos de elección, 36% duración, 34% comodidad. Barreras: olvido/aumento de peso 21%, amenorrea 14%, síntomas/dismenorrea 10%.

Conclusiones.

MAC de preferencia ACO 21 días. Recomendaciones: reforzar consejería, promover preservativo y estudios de relevamiento.

Bibliografía.

OMS "*Que es la Adolescencia*" 2015. SCHWARCZ R., CASTRO y otros. Guía para el uso de Métodos anticonceptivos. Ministerio de Salud. Octubre 2002. BARBATO, Walter. Manual de Planificación Familiar y Métodos anticonceptivos. Mayo 2001. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 ENSSyR 2013. ELECTRA A. GONZÁLEZ y otros. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva Rev. chil. obstet. ginecol. vol.82 no.6 Santiago dic. 2017 y otros.

Palabras clave:

Métodos anticonceptivos, adolescencia, preferencia.

Introducción.

Todas las personas tenemos derecho a Salud Sexual y Reproductiva. Esta consiste en tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción, sin temor de infección, ni de un embarazo no deseado. También es poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos, y tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables.

Como profesionales de la salud, debemos comprometernos con el cumplimiento de este derecho, y el ejercicio de la atención primaria de la salud.

Este derecho incluye el acceso a la anticoncepción.

La anticoncepción se refiere a todo medio o método que permita a las personas evitar un embarazo cuando este es su deseo; dicho en otras palabras, provocar una infertilidad momentánea o permanente sin afectar la salud general.

Nuestra función en referencia a esto consiste en realizar una buena consejería, el que entendemos como un proceso de acompañamiento y comunicación en el cual el proveedor de servicios ayuda a la usuaria a tomar las decisiones más apropiadas para el uso seguro y efectivo de los distintos métodos anticonceptivos disponibles. Esta interacción está basada en el respeto a la usuaria, quien tiene la decisión final.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la adolescencia es el período que abarca de los 10 a 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase y llega hasta los 14-15 años, momento en el que el período de cambios físicos culmina con la capacidad reproductiva del adulto. La adolescencia media y tardía abarca de los 15 a 19 años. (1)

La edad no es razón suficiente para descartar ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser considerados a la hora de recomendar uno, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento.

Planteamiento del problema.

Debido al gran porcentaje de la inadecuada utilización de métodos anticonceptivos de la preferencia de los adolescentes que comprenden entre 14 a 18 años, surgió la necesidad de poder conocer cuáles son los motivos de la falta de adherencia a los mismos, con la finalidad de lograr un vínculo de confianza que posibilite una buena interacción para fortalecer la autonomía de los mismos, una adecuada consejería logrando amplios beneficios como la continuidad del método anticonceptivo de su preferencia, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, promoción de la salud sexual y reproductiva a través del ejercicio de la participación, compromiso y responsabilidad.

Objetivo General.

- Conocer cuál es el método anticonceptivo de preferencia en las adolescentes que asisten al Consultorio de Planificación Familiar. Hospital Santa Rosa. Chajarí. E. Ríos, en el periodo del 01/01/2021 al 31/07/2021.

Objetivos específicos.

- Determinar el grado de importancia sobre la consejería.
- Especificar de quienes recibieron información.
- Determinar el motivo de su elección.
- Conocer las barreras de la adherencia al uso de métodos anticonceptivos.

Diseño Metodológico.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y cuantitativo. Utilizando una encuesta cerrada a 50 mujeres adolescentes entre 14 a 18 años de edad que asisten al Consultorio de Planificación Familiar. Hospital Santa Rosa. Chajarí. E. Ríos, en el periodo del 01/01/2021 al 31/07/2021.

La encuesta elaborada está compuesta por 12 preguntas cerradas. Estas se utilizaron como material de análisis, para luego poder cuantificar cada una de ellas y volcar los datos obtenidos en gráficos de barras y tortas. Se utilizó el programa de Microsoft Office Word y Excel.

Criterios de inclusión.

- Mujeres adolescentes.
- Edad entre 14 a 18 años.
- Accedan a ser encuestadas.
- Usuarías del consultorio de planificación familiar.

Criterios de exclusión.

- Adolescentes menos de 14 años.
- Adolescentes mayores a 18 años.
- Que no accedan a ser encuestadas.

Marco teórico.

Un Método Anticonceptivo es cualquier medio como ser medicación, acción, o instrumento que permita a las personas evitar un embarazo cuando este es su deseo; dicho en otras palabras, provocar una infertilidad momentánea o permanente sin afectar la salud general.

Los métodos anticonceptivos pueden clasificarse desde distintos puntos de vista. Según el usuario, se pueden clasificar en métodos de uso femenino, masculino o de uso de la pareja. Por otro lado, de acuerdo al tiempo de uso pueden ser temporales o reversibles, o definitivos. Según su tiempo de aparición o antigüedad, desde una óptica cronológica, los métodos anticonceptivos pueden ser tradicionales, biológicos o científicos.

Los métodos anticonceptivos deben poseer las siguientes características comunes como son la eficacia, la reversibilidad, la accesibilidad, la tolerabilidad, la aceptabilidad y la comodidad.

- Eficacia: se refiere a la función de prevención del embarazo no deseado, tratando de lograr 100% de seguridad.
- Reversibilidad: característica que determina que una vez suspendido el método anticonceptivo se recupera la fertilidad.
- Accesibilidad: disponibilidad del método anticonceptivo para la mayoría de la población.
- Tolerabilidad o inocuidad: ausencia o mínima cantidad de efectos secundarios indeseables en un método anticonceptivo.
- Aceptabilidad: aceptable por la mayor cantidad de usuarios posible para ser aplicable a un programa de planificación familiar.
- Comodidad: el uso de un método anticonceptivo debe ser lo más sencillo posible para la pareja. (3)

En la prescripción de métodos anticonceptivos siempre deberán tenerse en cuenta múltiples factores, como el grado de motivación de la pareja o la mujer, su maduración psicológica, nivel cultural y ausencia de contraindicaciones orgánicas. Se valorarán factores biológicos, médicos y psicosociales asociados. (2)

La Organización Mundial de la Salud estableció cuatro categorías para clasificar los métodos anticonceptivos de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad:

Categoría 1: Se puede usar el método anticonceptivo libremente. No hay ninguna restricción sobre su uso.

Categoría 2: Se puede usar el método anticonceptivo. Las ventajas generalmente superan los riesgos comprobados o teóricos.

Categoría 3: No se debe usar el método a menos que un profesional de la salud especializado haga un juicio clínico que establezca que el cliente lo puede usar sin riesgo. Los riesgos probados o teóricos superan las ventajas.

Sería el caso de un método de última elección, que puede requerir el control médico regular.

Categoría 4: No se debe usar el método anticonceptivo. Las condiciones clínicas del usuario representan un riesgo inaceptable para la salud si el método se usa. (1)

Como se ha explicitado anteriormente, nuestra función como profesionales de la salud es “acompañar” en la decisión del usuario. Debemos tener en cuenta que la elección del método anticonceptivo estará influenciada por diversos factores, como ser inherentes a la pareja y a cada uno de sus componentes, por ejemplo las características y frecuencia de las relaciones sexuales, la existencia de uno/a o más compañero/as sexuales, sensibilidad o pudor de cualquiera de los miembros, nivel de instrucción, religión, distancia del domicilio al proveedor de servicio, aceptación, indicaciones o contraindicaciones, características anatómo-fisiológicas, edad, etapa del ciclo de fecundidad de la mujer. También habrá influencia de factores inherentes al método, como los que se refieren a las características enumeradas más arriba.

Por otro lado, hay factores que competen a la institución o servicio de planificación familiar, como la disponibilidad de recursos técnicos, de métodos y de personal especializado, y las políticas discriminatorias del mismo. Y en lo que se refiere al equipo profesional la existencia o no de actualización científica, prejuicios políticos, religiosos o médicos, o incentivos económicos.

Los métodos anticonceptivos son los siguientes:

1. Dispositivos intrauterinos:

- DIU de cobre.
- DIU hormonal de 52 mg.
- DIU hormonal de 13,5mg.

2. Anticonceptivos hormonales:

- Anticonceptivos hormonales combinados orales.
- Anticonceptivos hormonales de progestágeno solo o minipíldora.
- Anticonceptivo de emergencia.
- Anticonceptivos hormonales inyectables mensuales.
- Gestágenos de depósito.

3. Anticonceptivos de barrera:

- Preservativo masculino.
- Preservativo femenino.

4. Anticonceptivos químicos: Cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales, esponjas.

5. Método de lactancia (MELA).

6. Métodos basados en la abstinencia sexual periódica: calendario, moco cervical, temperatura basal, sintotérmico.

7. Quirúrgicos:

- Vasectomía
- Lisis tubaria. (3)

El uso responsable de los métodos de regulación de la fecundidad es de beneficio para las parejas tengan o no planes de familia, es de vital importancia para todo tipo de parejas regulares y ocasionales.

Con respecto a la adolescencia, esta se define como: Un período comprendido entre los 10 y los 19 años. Es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psicológica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad. (OMS) (1). De acuerdo con el Comité de Derechos del Niño, la adolescencia es “un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva”; y es una etapa con enorme potencialidad, “de cambios positivos inspirados por la importante capacidad de las/os adolescentes para aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico y familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar”.

En relación a las etapas de la adolescencia, lo más notorio al inicio son los cambios físicos que se producen, finalizando ésta con el mayor desarrollo psicosocial.

Los eventos descritos para el desarrollo corporal, cerebral, sexual, emocional y social responden de alguna manera a una secuencia lógica de avance. Algunos profesionales de las ciencias sociales, reconocen que debido al importante crecimiento psicológico y social que se produce en estos años, tiene más sentido considerar los años de la adolescencia como una serie de etapas y no como una etapa uniforme. A continuación, se muestran algunas de las características de la adolescencia, según la clasificación de las etapas de la adolescencia elaborada por la OPS.

Adolescencia temprana, de los 10 a los 13 años:

- Preocupación por los cambios físicos, los cuales son vividos como una irrupción.
- Pensamiento abstracto concreto. Aumentan tanto las habilidades cognitivas como la fantasía.
- Frecuentes fantasías sexuales y autoerotismo.
- Fluctuaciones en el ánimo y autoestima. Impulsividad.
- Intensa amistad con adolescentes de su mismo sexo. Menor interés en los padres.

Adolescencia media, de los 14 a los 16 años:

- El cuerpo sigue creciendo y cambiado.
- Mayor desarrollo del pensamiento abstracto.
- Relaciones de pareja más formales y de enamoramiento y compromiso afectivo. Interés en la experimentación sexual.
- Sentimientos de omnipotencia, se sienten invulnerables, pueden presentar conductas de riesgo.
- Período de mayor acercamiento y participación con sus pares y de compartir sus valores.
- Período de máximo conflicto con sus padres.

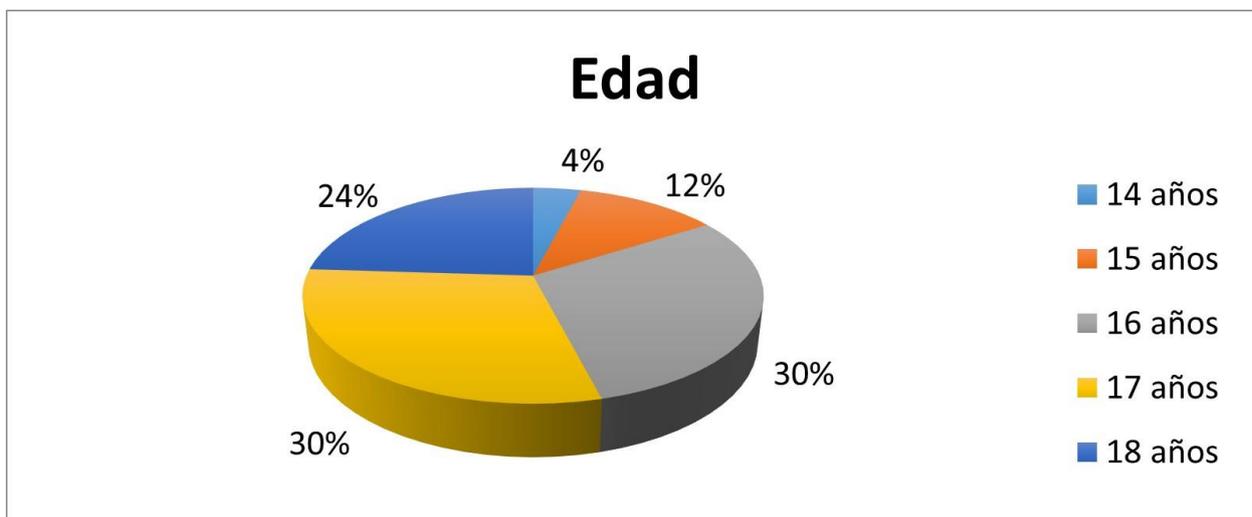
Adolescencia tardía, de los 17 a los 19 años:

- Características sexuales secundarias definidas.
- Consolidación del pensamiento abstracto.
- Consolidación de la capacidad de intimar y establecer relaciones de parejas estables.
- Disminuye la importancia del grupo de pares. Retorno a estar emocionalmente cercanos a sus padres.
- Aceptación de su propia imagen corporal.
- Desarrollo de su propia escala de valores.
- Metas de vida y proyectos más reales.
- Alcanza su propia identidad, tanto en lo personal como en lo social.

Los/as adolescentes son actores estratégicos para el desarrollo de la sociedad y, en este sentido, la adolescencia constituye un periodo fundamental para efectivizar las políticas de cuidado y atención integral de la salud. Diversas “adolescencias” se constituyen en los entramados de las dimensiones sociales, institucionales y subjetivas y esta concepción implica estimar el carácter único de cada adolescente, la complejidad de los determinantes sociales y culturales, y la necesidad de reformular aquellos abordajes enquistados en perspectivas individuales, estigmatizantes, y, por lo tanto, expulsivas. En este sentido, el desplazamiento de las miradas hacia las condiciones institucionales, las relaciones pedagógicas y los espacios de acompañamiento y de participación habilitan a reformular los problemas que atraviesan los adolescentes y resituarlos en sus contextos. Concebir al adolescente como sujeto de derecho debe movilizar las prácticas en un sentido inclusivo, efectivizando la participación activa de ellos y ellas en el diseño de las distintas acciones de Salud y Educación, y en todos los procesos se tengan como protagonistas. (1)

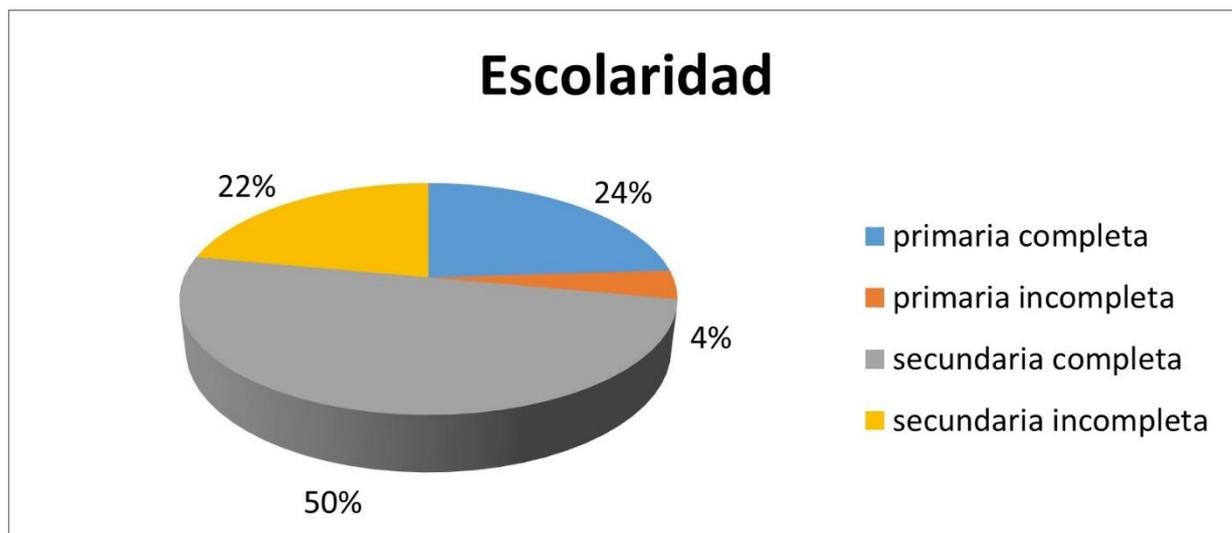
Resultados Obtenidos.

Gráfico n°1.



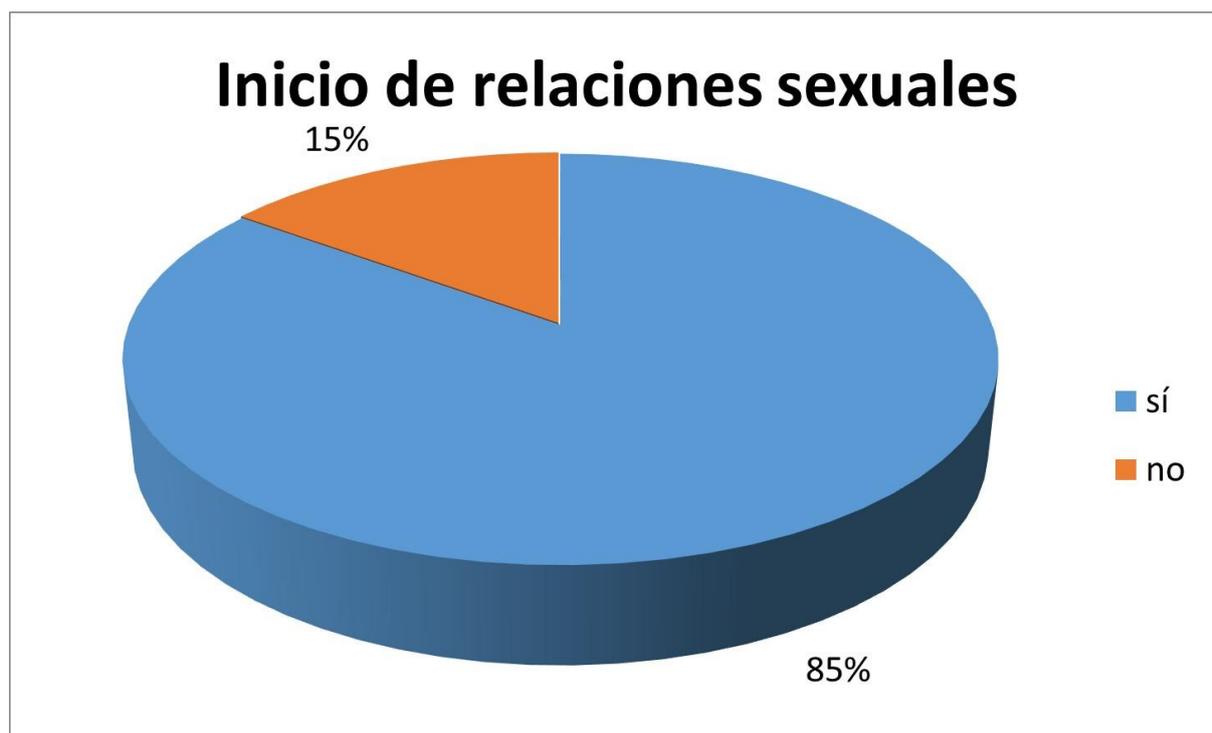
De las 50 adolescentes encuestadas, la mayoría transcurrían entre los 16 y 17 años de edad, luego continuaban las adolescentes de 18 años, y su minoría se encontraban las de 15 años en un 12% y un 4% de 14 años.

Gráfico n°2.



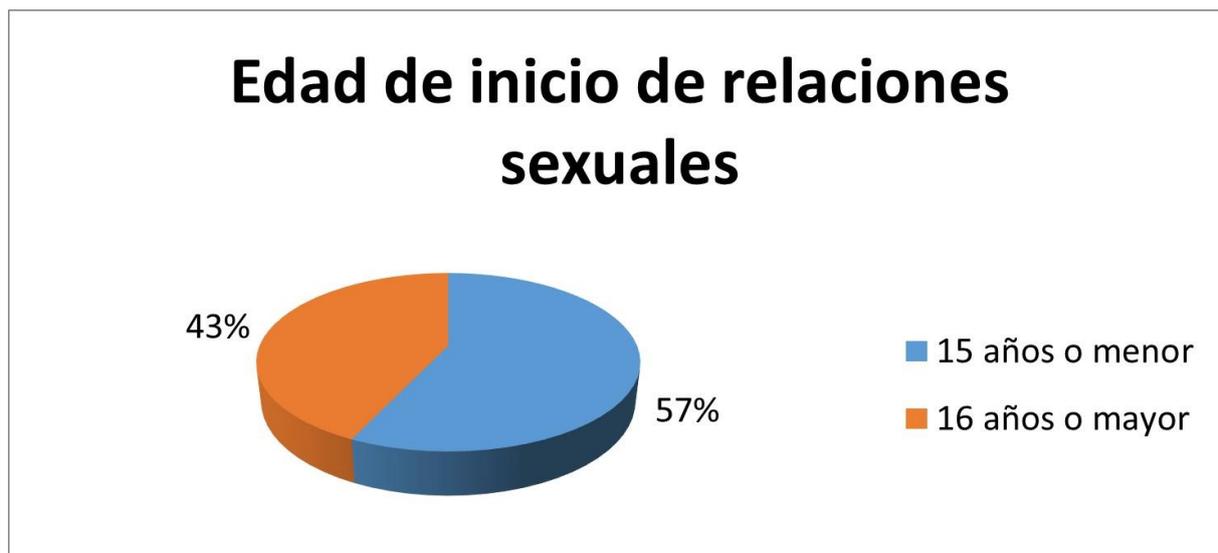
De las 50 adolescentes, el 50% tenían la secundaria completa; el 22 % secundaria incompleta; 24% primaria completa y el 4% primaria incompleta.

Gráfico n°3.



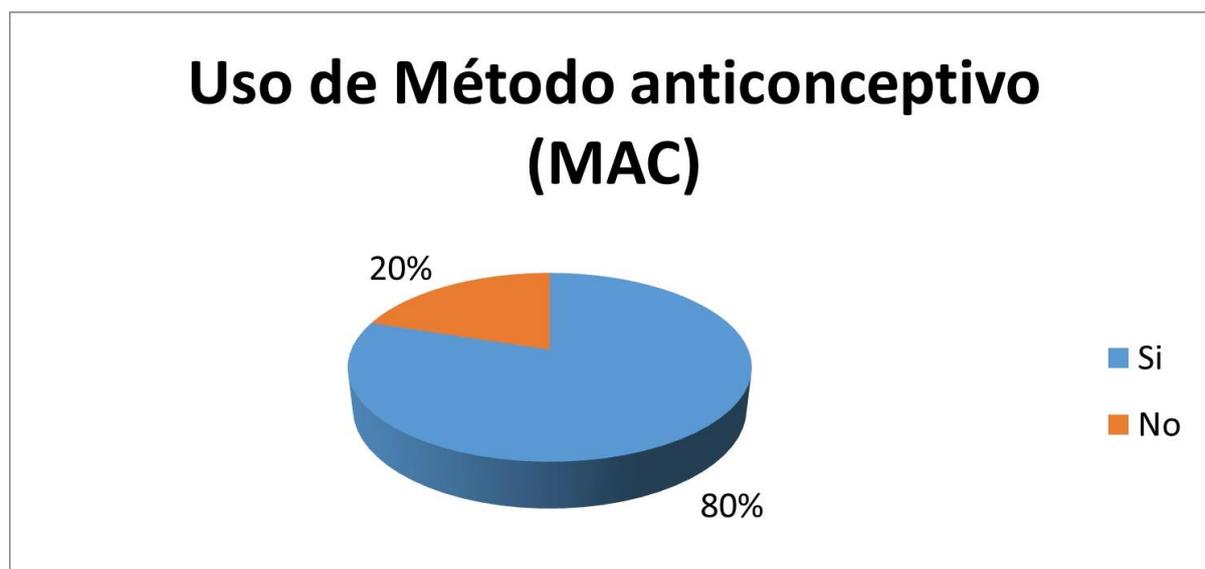
El 85% de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales, y el porcentaje restante 15% no.

Gráfico n°4.



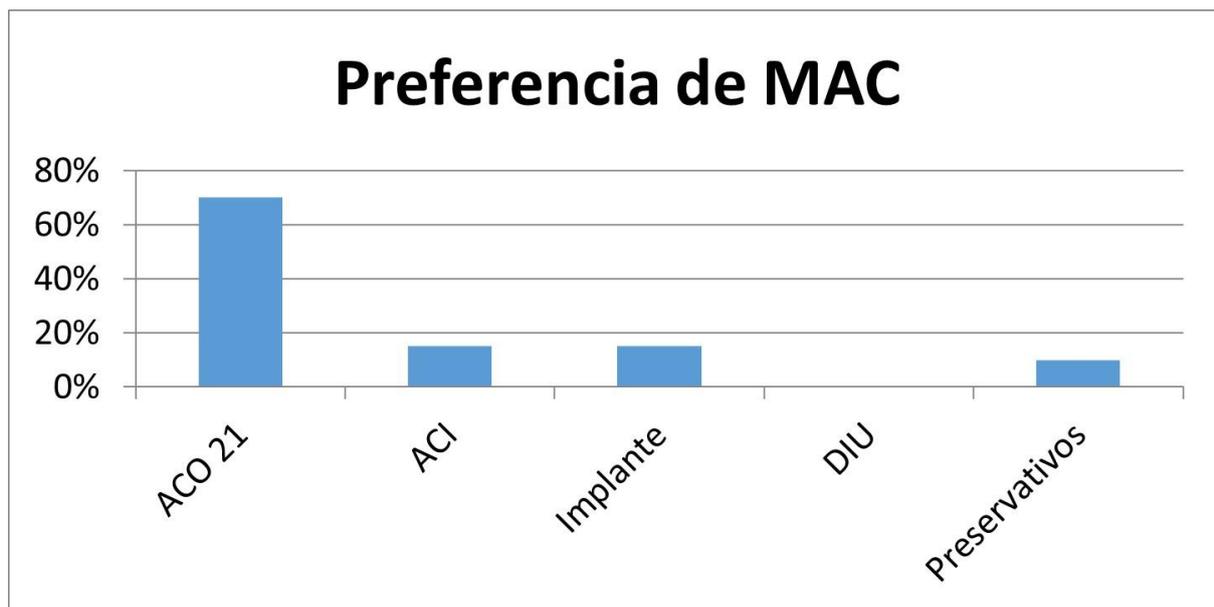
El 57 % iniciaron relaciones sexuales a los 15 años o antes, mientras que el 43 % a los 16 años o después.

Gráfico n° 5.



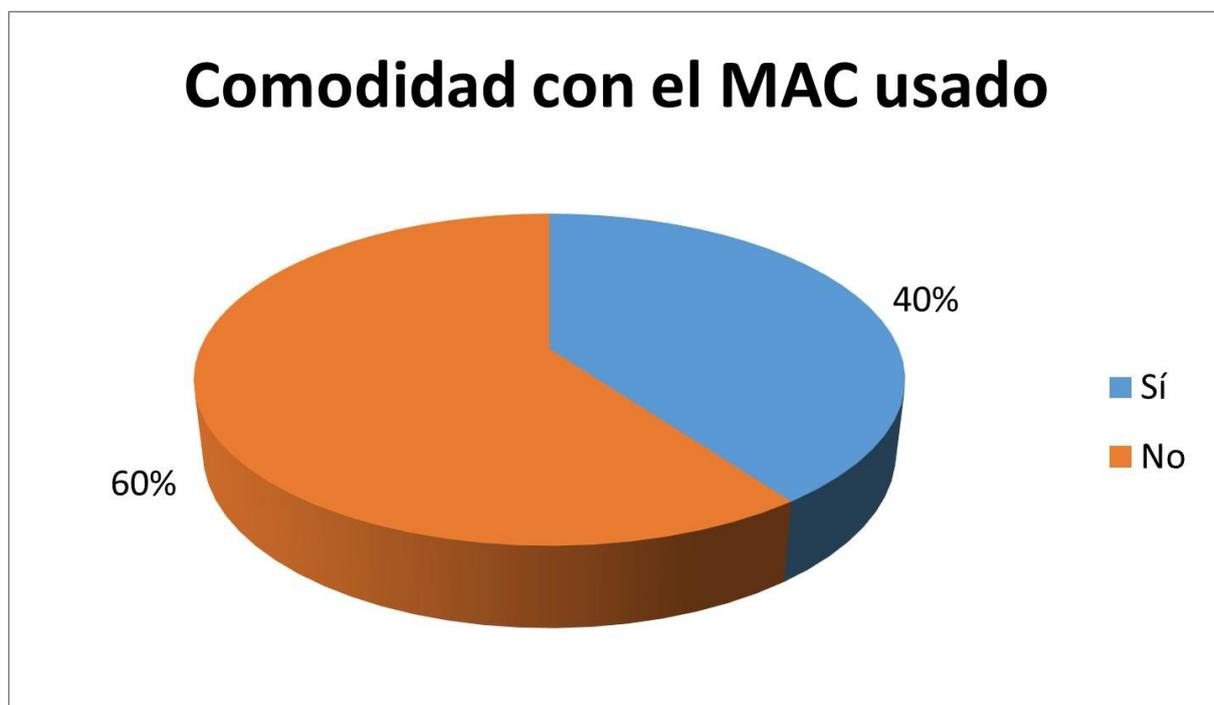
Con respecto al uso de los métodos anticonceptivos, el 80% utilizaba un método, mientras que el 20% restante no utilizaba anticoncepción.

Gráfico n°6.



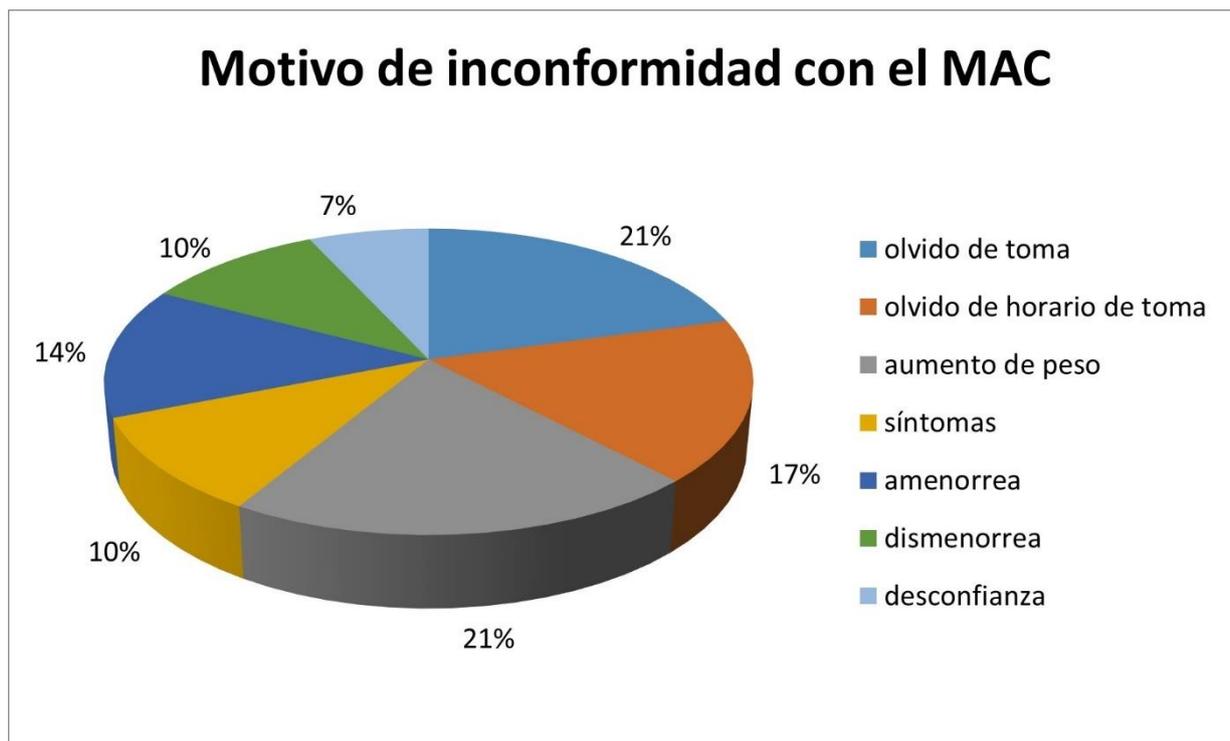
De las 50 pacientes adolescentes que consultaron por métodos anticonceptivos, el 70 % tuvo preferencia por anticonceptivos de 21 días; Levonorgestrel – Etilnil Estradiol grageas. El 15% de ellas, tuvo preferencia por la utilización de anticonceptivo inyectable; Noretisterona Enantato 50 mg – Estradiol Valerato 5 mg. El 15 % restante de las adolescentes optaron por la utilización del Implante Subdérmico. DIU ninguno. 0%. Preservativos, del total de la población estudiada el 10% refirió utilizar profilácticos en conjunto con las pastillas.

Gráfico n°7.



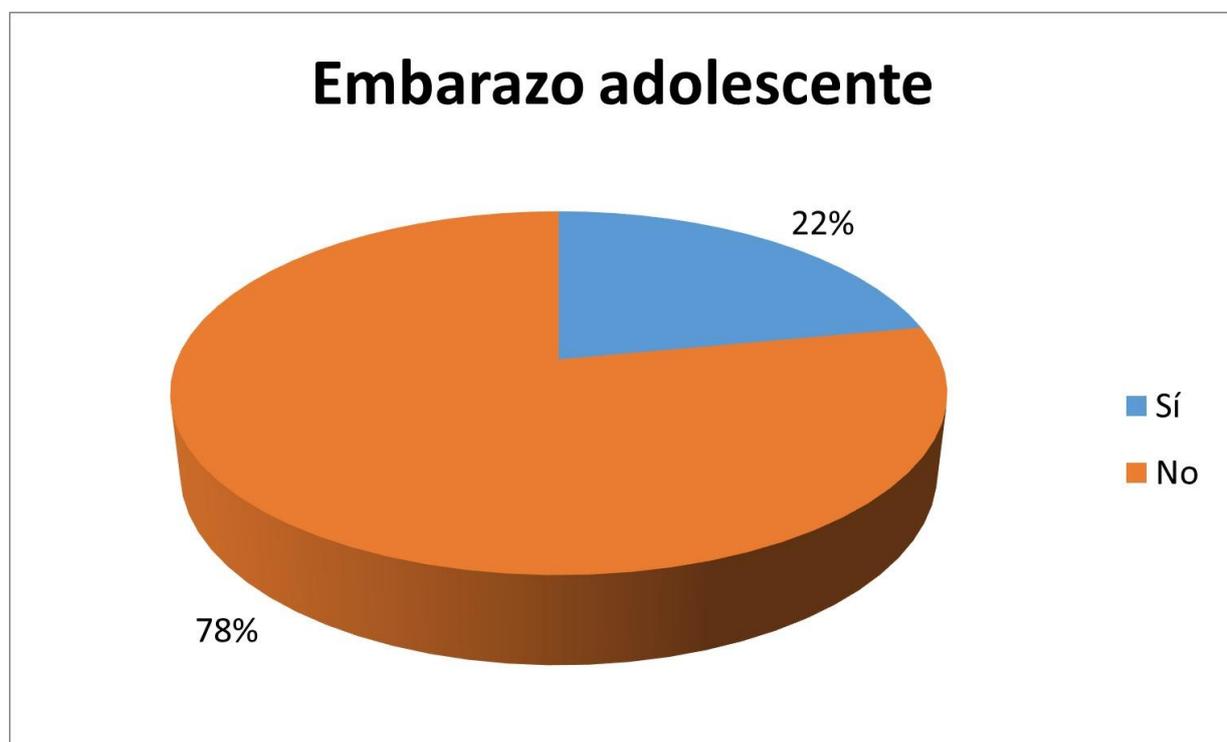
Con respecto a la comodidad del método elegido, el 60% refirió no estar cómodo y el 40% restante refirió si estar cómodo.

Gráfico n°8.



Las adolescentes refirieron los siguientes motivos por los cuales no se sentían conformes con el método utilizado: el 21% por aumento de peso; el 21% por olvido de la toma; 17% olvido de horario de la píldora; 14% por amenorrea; 10% por dismenorrea; 10% por síntomas y 7% desconfianza.

Gráfico n°9.



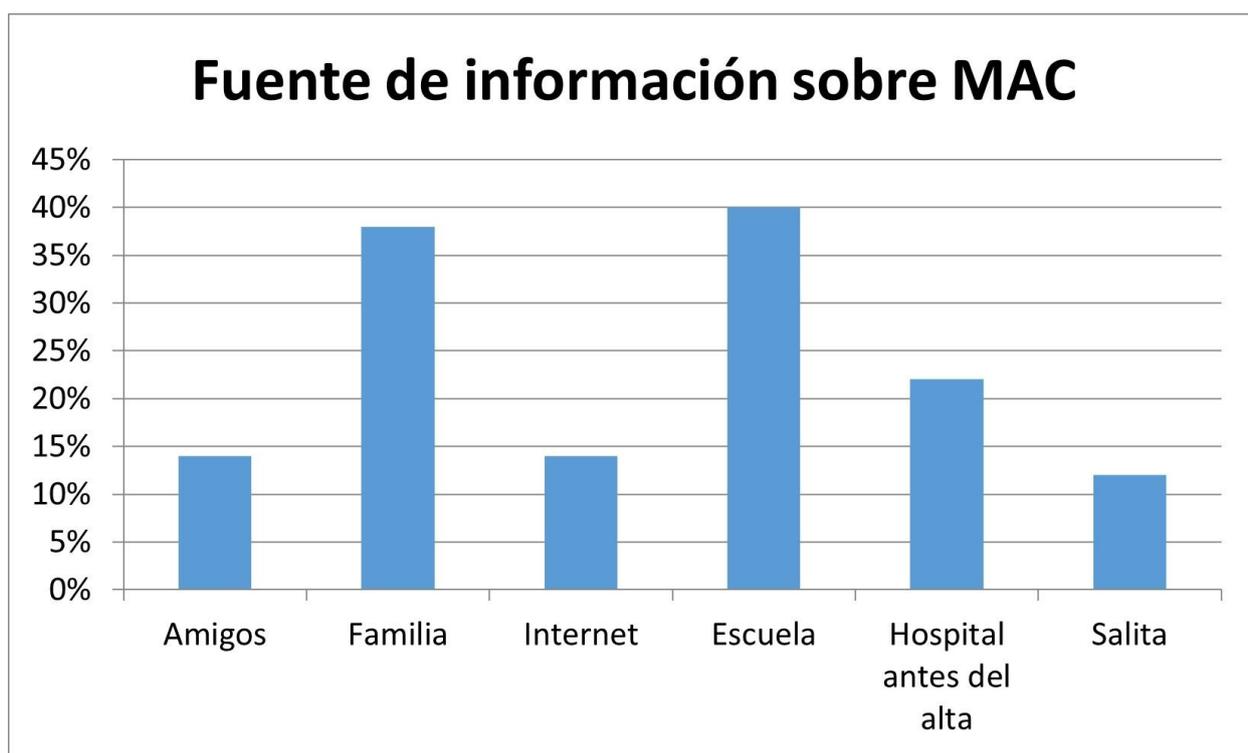
De las 50 adolescentes encuestadas, el 22% estuvo embarazada y el 78% no.

Gráfico n°10.



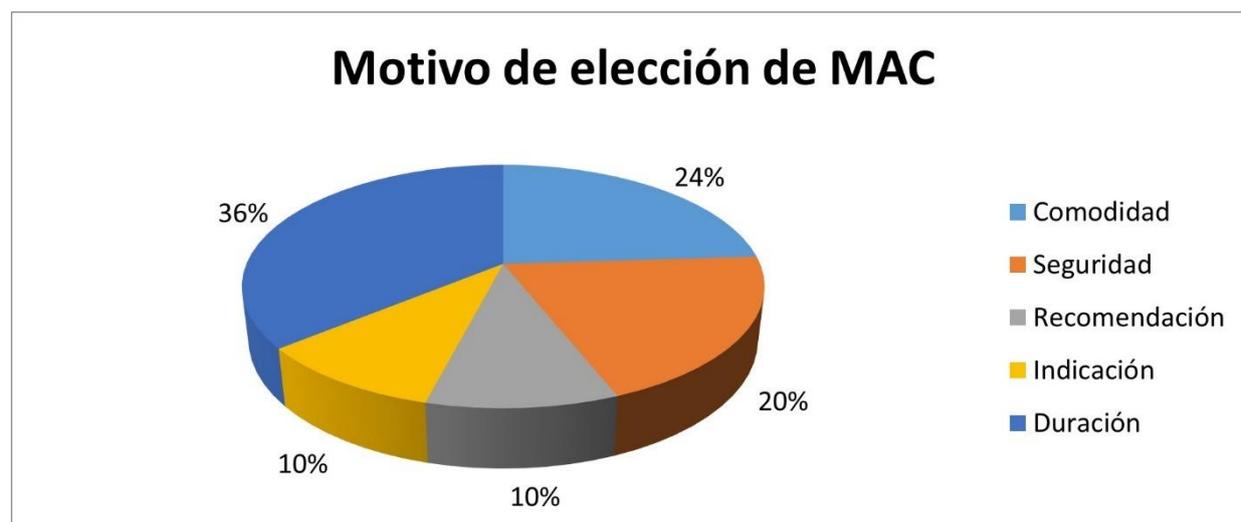
De las adolescentes que refieren haber estado embarazadas, el 10% lo planeo y el 90% no.

Gráfico n°11.



Las adolescentes refieren haber recibido la información sobre MAC 40% escuela; 38% familia; hospital antes del alta 22 %; amigos e internet 14% respectivamente; 12% de la salita.

Gráfico n°12.



Con respecto a los motivos de elección del MAC: 36% eligió el método anticonceptivo por su duración; 24% por la comodidad; 20% seguridad; 10% indicación; 10% recomendación.

Conclusión, discusión y recomendación.

La salud reproductiva es un factor clave para el progreso social, económico y político. El embarazo adolescente es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad, siendo un problema de salud pública. La anticoncepción es una estrategia importante de regulación de la fertilidad, para prevenir tanto el embarazo no programado como el subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. Para contribuir a la expansión de esta información es importante que las adolescentes tengan conocimientos y acceso a los métodos anticonceptivos.

A partir de los resultados obtenidos de la población estudiada, el 80% estaba usando algún MAC y el método de anticoncepción de preferencia es la píldora de 21 días (levonorgestrel – etinil estradiol grageas). Lo cual coincide con la encuesta ENSSyR 2013, que refiere que en este rango de edad el 90, 1% usa algún MAC y que Entre se observa que un 94% mencionó conocer las pastillas anticonceptivas, seguido de un 87% que mencionó al preservativo o condón. (4)

Hemos observado que la mayoría de ellas consideran que la utilización de las pastillas les brinda más confianza ya que sus ciclos se encuentran regulares acompañados de la presencia de la menstruación lo que les confirma la ausencia de embarazo.

Los siguientes métodos que fueron elegidos son: los implantes subdérmicos (implanon nxt) y los anticonceptivos inyectables mensuales combinados (noretisterona enantato 50 mg – estradiol valerato 5 mg) por su tiempo de duración, por no estar condicionado a un horario determinado, por su comodidad y colocación. Por último, la utilización del preservativo es muy escasa, generalmente se recomienda utilizarlo en conjunto con los demás métodos, pero en la población solo se ha observado un 10 % de su utilización.

Otro estudio similar acerca de los determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes publicado por la [Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología](#), refiere que “el inyectable fue el método que más conocen y que más usan, seguido de la píldora. La eficacia,

protección contra ITS y regular los períodos menstruales son las tres más importantes razones para elegir un MAC. Mientras que las razones más importantes para no elegir la píldora fue tener que recordar su uso cada día. En el caso del implante, el miedo y dolor al colocarlo y removerlo fue la razón más importante” (5), a diferencia de este trabajo, los inyectables fueron los más usados; si se encuentra concordancia con los motivos por los cuales se eligen las píldoras, en cuanto a la seguridad en cuanto a la regularidad en la aparición de la menstruación, y el motivo de no elección mencionado que tiene que ver con la toma diaria.

Un artículo publicado por la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología postula en base a revisiones que “Los anticonceptivos hormonales combinados son seguros y eficaces para adolescentes, al igual que los métodos reversibles de acción prolongada. La anticoncepción de emergencia es de gran utilidad en situaciones excepcionales, pero no como método habitual. El uso correcto del condón masculino, es el único método capaz de disminuir el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia adquirida (ITS/VIH). El método combinado al utilizar los anticonceptivos hormonales y el condón masculino protegen de una gestación no deseada y de las infecciones, por lo que sería el método ideal para los adolescentes.”(6) En base a los resultados de este estudio coincide con dicha recomendación.

Se destacó en su mayoría que la fuente de información más alta proviene de la escuela, la familia y el hospital en aquellas adolescentes madres, luego un porcentaje recibía de las salitas, amigos y el internet.

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, un 57% las inicio a los 15 años o antes, siendo en promedio la edad de inicio de 15,2 años, lo que coincide con la encuesta ENSSyR 2013, que menciona la edad de inicio de relaciones sexuales a los 15 años en este grupo de edad. (4)

Se ha observado que un 10% de los adolescentes se encontraban utilizando un MAC por indicación lo cual sugiere que los usuarios no tuvieron autonomía o libertad de decisión, esto puede repercutir en la utilización del mismo ya que no sabemos si se encuentran en su total confort.

Consideramos de suma importancia poder brindar consejería y brindar información sobre métodos anticonceptivos disponibles, con sus ventajas, desventajas y mitos, acompañando a las adolescentes en la toma de decisiones sobre su salud sexual y bienestar empoderándolas y haciendo valer sus derechos, y así evitar embarazos no planificados o de periodo intergenésico corto.

A su vez, brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual y hacer un mayor hincapié en el uso de preservativos además de su correcto uso. Consideramos que el adolescente debe tener doble protección ya que este previene además del embarazo no deseado, las ITS, pudiendo así disfrutar de su vida sexual sin miedos.

Esta investigación nos resultó útil como fuente de conocimiento de la población abordando factores subjetivos q creemos que tiene influencia sobre la utilización de los MAC, de esta forma hemos alcanzado los objetivos propuestos poniendo en hincapié herramientas para sortear las barreras que durante este trabajo se manifestaron.

También consideramos que se debería realizar futuros estudios de seguimiento para evaluar los cambios e ir adaptando estrategias para una adecuada atención.

Bibliografía

- OMS “*Que es la Adolescencia*” 2015. Disponible en: https://www.google.com/search?q=oms+definicion+de+adolescencia&rlz=1C1SQJL_esAR929AR929&oq=oms+definicion+de+adolescencia&aqs=chrome.1.69i57j0i13j0i8j13i30.9983j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- SCHWARCZ R., CASTRO y otros. Guía para el uso de Métodos anticonceptivos. Ministerio de Salud. Octubre 2002.
- BARBATO, Walter. Manual de Planificación Familiar y Métodos anticonceptivos. Mayo 2001.
- Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 ENSSyR 2013. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf
- ELECTRA A. GONZÁLEZ y otros. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva Rev. chil. obstet. ginecol. vol.82 no.6 Santiago dic. 2017 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600692>.
- PELAEZ MENDOZA, Jorge. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2016, vol.42, n.1. ISSN 0138-600X. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2016000100011

Anexo

Encuesta: preferencia y uso de los métodos anticonceptivos.

- **Edad:**
- **Estudios alcanzados (Hasta qué grado/año cursó)**
Primario. - Secundario.
- **¿Iniciaste las relaciones sexuales?**
Sí - No
- **¿A qué edad fue?**
Edad.
- **¿Estas usando algún método anticonceptivo?**
Sí. - No.
- **¿Qué método anticonceptivo es?**
- **¿Te sentías cómoda, segura?**
Sí. - No.

- **Si la respuesta anterior fue No, elegí un motivo:**
 - Olvido de la toma de la pastilla diariamente.
 - Olvido del horario de la toma de la pastilla.
 - Aumento de peso.
 - Ausencia de la menstruación.
 - Cambios en la menstruación.
 - Síntomas como: dolores de tipo cólicos, cabeza.

- **¿Estuviste embarazada?**
Sí. - No.

- **¿Si la respuesta es SI, fue un embarazo planeado?**
Sí. - No.

- **¿De quién recibiste la información sobre los métodos anticonceptivos?**
 - Antes del alta del hospital.
 - De la salita.

- **¿Porque lo elegiste?**
 - Por recomendación.
 - Porque alguien te dijo que lo usaras.
 - Por comodidad.
 - Por seguridad.
 - Por el tiempo que dure.

1. Licenciada en Obstetricia, Servicio de Maternidad. Hospital Santa Rosa. Chajarí, Entre Ríos

Impacto de los Agroquímicos sobre las Variables Seminales en Varones Infértiles

Autores:

Cecilia V. Paparella¹, Ivanna M. Garnero², Patricia R. Perfumo³

Condensación

Los agroquímicos se consideran disruptores endocrinos que afectan la homeostasis del sistema endocrino del individuo mediante un desequilibrio hormonal alterando el desarrollo de la espermatogénesis. La exposición ocupacional a agroquímicos deteriora parámetros del espermograma y altera el estado de condensación de la cromatina nuclear y la integridad de la membrana del espermatozoide humano.

Resumen

El objetivo del trabajo fue comparar variables del análisis seminal y pruebas funcionales espermáticas de varones con y sin exposición ocupacional a agroquímicos en una población seleccionada de hombres que consultaron por trastornos de fertilidad en la Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida del Hospital Provincial del Centenario, Rosario. Estudio transversal de 84 varones donde se formaron 2 grupos: G_E (n=36) trabajadores expuestos a agroquímicos; G_{NE} (n=48) varones sin exposición a agroquímicos. La movilidad espermática se evaluó con sistema computarizado ISAS-LAB. La concentración de espermatozoides se determinó en Cámara de Makler y se utilizó tinción Hematoxilina para analizar la morfología espermática. Se evaluaron la integridad de la membrana espermática con solución hipoosmótica y el estado de condensación de la cromatina nuclear con azul de anilina. Los varones expuestos presentaron disminución en los parámetros del espermograma y alteraciones en los estudios funcionales analizados. La exposición ocupacional a agroquímicos altera variables seminales relacionadas con la capacidad fecundante del espermatozoide humano.

Palabras Claves

agroquímicos - disruptores endocrinos - parámetros seminales – espermatozoide -
infertilidad masculina

Abstract

The objective of the work was to compare variables of the seminal analysis and sperm functional tests of male with and without occupational exposure to agrochemicals in a selected population of men who consulted for fertility disorders in the Medically Assisted Human Reproduction Unit of the Centenario Provincial Hospital of Rosario. Transversal study of 84 mens where two groups were formed: GE (n = 36) workers exposed to agrochemicals;

GNE (n = 48) mens without exposure to agrochemicals. Sperm motility was evaluated with the ISAS-LAB computerized system. Sperm concentration was determined in the Makler chamber and Hematoxylin staining was used to analyze sperm morphology. The integrity of the sperm membrane with hypoosmotic solution and the condensation state of nuclear chromatin with aniline blue were evaluated. The exposed men presented a decrease in the sperm parameters and alterations in the functional studies analyzed. The occupational exposure to agrochemicals alters seminal variables related to the fertilizing capacity of human spermatozoa.

Key Words

agrochemicals – endocrine disruptors - seminal parameters - spermatozoa - male infertility

Introducción

La función reproductiva masculina se ha deteriorado significativamente en las últimas décadas ocasionando como resultado un descenso de la calidad seminal y consecuentemente una disminución en la capacidad fecundante del espermatozoide humano (1, 2). La exposición laboral o ambiental a sustancias tóxicas como diferentes clases de agroquímicos es uno de los factores implicados en los problemas de fertilidad masculina (3, 4, 5, 6). Muchas de estas sustancias agroquímicas afectan el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal o directamente el desarrollo de la espermatogénesis alterando la homeostasis del sistema endocrino del individuo y provocando un desequilibrio en el balance de estrógenos, andrógenos y hormonas tiroideas (7, 8). Estos compuestos químicos y sus metabolitos persistentes en las cadenas tróficas y bioacumulables se conocen como alteradores o disruptores endocrinos (DE) (9, 10, 11). Los DE son biológicamente activos en concentraciones muy bajas capaces de unirse a receptores de estrógenos y andrógenos funcionando como agonistas o antagonistas de estas hormonas y además están involucrados en procesos de carcinogénesis (11, 12). La Organización Mundial de la Salud define a los DE como sustancias exógenas que alteran la función del sistema endocrino y consecuentemente causan efectos adversos sobre la salud de un organismo intacto, de su progenie o de sus poblaciones (13, 14). El proceso de formación de las gametas masculinas se desarrolla en los túbulos seminíferos constituidos por un epitelio especializado donde coexisten dos poblaciones celulares estructural y funcionalmente distintas: las células somáticas de Sertoli (CS) y las células germinales o espermatogénicas (CG). Las CS se extienden a lo largo de todo el epitelio seminífero acompañando y guiando el desarrollo de las CG inmaduras (15). Estas células somáticas intervienen en la regulación armónica de la espermatogénesis enviando señales a las CG adyacentes que poseen receptores para las hormonas folículo estimulante (FSH) y testosterona (To) (16). El epitelio seminífero es un medio rico en andrógenos indispensables para la proliferación, diferenciación y maduración espermática. Las gónadas son estructuras vulnerables a los efectos de los agentes físicos y químicos; toda alteración endocrina o exocrina del testículo interfiere en su funcionamiento alterando la producción y maduración de los espermatozoides (17, 18, 19). En el proceso de espermiogénesis las histonas son reemplazadas por proteínas de transición y luego por proteínas básicas ricas en residuos de arginina y cisteína denominadas protaminas. Durante la maduración epididimaria de la gameta masculina, las protaminas participan en la formación de puentes disulfuro intramoleculares y extramoleculares proporcionando mayor condensación y estabilidad en la cromatina nuclear espermática para proteger la integridad del genoma paterno durante el tránsito del espermatozoide hasta alcanzar el sitio de fecundación (17, 20, 21, 22). Mediante

la aplicación estricta de criterios de morfología espermática se han establecido relaciones entre el porcentaje de formas normales de los espermatozoides y las tasas de embarazo in vivo o in vitro que pueden ser útiles para el pronóstico de la fertilidad (23, 24, 25, 26). Sin embargo un espermatozoide con movilidad y morfología dentro del rango de referencia según normas OMS 2010, puede presentar alteraciones funcionales y anomalías fisiológicas que no son detectadas mediante el espermograma convencional pero que afectan la capacidad fecundante de la gameta masculina (27, 28, 29, 30). El objetivo de investigación del trabajo fue comparar variables del espermograma y estudios funcionales espermáticos de varones con y sin exposición ocupacional a agroquímicos en una población seleccionada de hombres que consultaron por trastornos de la fertilidad en la Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida (URHMA) perteneciente al Hospital Provincial del Centenario de Rosario, Argentina.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal de 84 varones con edades entre 24 y 48 años que asistieron con su pareja a la URHMA entre los meses de marzo 2016 y octubre 2019. En la selección se excluyeron pacientes hipertensos, con enfermedades metabólicas y/o antecedentes de patologías uro-andrológicas, consumidores de alcohol, tabaco, drogas, esteroides y hormonas. Según las actividades laborales se formaron 2 grupos: G_E (n=36) hombres que realizaban trabajos con exposición constante a diferentes agroquímicos (plaguicidas, fungicidas, herbicidas, insecticidas) desde un período mayor o igual a 5 años y G_{NE} (n=48) varones con tareas sin exposición a sustancias agroquímicas (administrativos, comerciantes, empleados de seguridad, albañiles, enfermeros, docentes, estudiantes). Las muestras de semen se obtuvieron por masturbación luego de 3 a 5 días de abstinencia sexual. Luego de la total licuefacción de las muestras, se realizó el espermograma y estudios funcionales espermáticos según normas OMS 2010 (20, 31). La evaluación objetiva de la movilidad espermática se efectuó con el sistema computarizado ISAS-LAB (Proiser, Valencia, España) en platina termostata a 37°C y microscopía de contraste de fases. Estos sistemas combinan la videomicrografía con el análisis digital de la imagen permitiendo evaluar los parámetros cinéticos de los espermatozoides ya que pueden detectar células móviles (32, 33). Se determinaron los porcentajes de espermatozoides móviles progresivos (MP), móviles no progresivos (MNP) e inmóviles (I). La concentración espermática (C) en el eyaculado (espermatozoides / mL de semen) relacionada con la fertilización y tasas de embarazos, se determinó subjetivamente por duplicado en cámara de Makler (34, 35, 36). Para el análisis de la morfología de los espermatozoides (M) se realizaron extendidos por duplicado de cada muestra de semen, se fijaron con etanol-metanol durante 30 minutos y se efectuó la tinción Hematoxilina. En cada extendido coloreado se evaluaron como mínimo 200 espermatozoides en microscopio óptico con objetivo de inmersión, clasificándolos según sus características morfológicas y criterios estrictos. Los resultados se informaron como porcentaje de formas normales (20, 37, 38, 39, 40). El estudio de la integridad anatómica y funcional de la membrana espermática se realizó mediante el Test Hipoosmótico (TH) aplicando microscopía con contraste de fases. Este ensayo evalúa la capacidad del espermatozoide con membrana plasmática intacta de incorporar agua extracelular cuando se incubaba a 37°C en una solución hipoosmótica de 150 mOsm /L durante 20 minutos, especialmente se evidencia a nivel del flagelo hinchado (20, 30, 41, 42). El estado de condensación de la cromatina nuclear espermática, es decir la madurez del núcleo, se evaluó con el Test Azul de Anilina (AA); el colorante ácido AA tiñe selectivamente proteínas ricas en lisina (las histonas). La presencia de espermatozoides con núcleos total o parcialmente teñidos con AA sugiere alteración en la condensación de la cromatina por un intercambio incorrecto de las histonas por las

protaminas durante la espermatogénesis implicando inmadurez nuclear (43, 44, 45). El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante el programa Excel de Microsoft office. Para las distintas variables se calculó el promedio y las desviaciones estándar. Se aplicó la prueba *t*-Student para comparar los promedios de las variables analizadas entre ambos grupos considerando diferencia estadísticamente significativa un valor de *p* menor o igual a 0.05.

Resultados

En el grupo de hombres laboralmente expuestos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a los varones no expuestos en los promedios de las variables analizadas del espermograma (MP, C y M). Se encontraron también alteraciones en el estado de condensación de la cromatina nuclear (AA) e integridad de la membrana (TH) espermáticas en los individuos expuestos a diferentes clases de agroquímicos (Tabla 1).

Tabla 1 Comparación de los promedios de las variables seminales analizadas entre ambos grupos

VARIABLES	PROMEDIO G _E	PROMEDIO G _{NE}	VALOR p
MP (% espermatozoides móviles progresivos)	38.76 ± 16.5	60.6 ± 14.4	0.0001
C (millones espermatozoides/ml de semen)	25.80 ± 14.0	55.4 ± 23.7	0.0018
M (% espermatozoides con morfología normal)	3.2 ± 1.0	8.2 ± 3.6	0.0009
TH (% espermatozoides con membrana funcional intacta)	41.1 ± 14.0	73.07 ± 7.1	0.0001
AA (% espermatozoides con cromatina condensada)	51.1 ± 24.0	84.4 ± 6.9	0.0013

G_E (n=36) hombres expuestos a agroquímicos; G_{NE} (n=48) varones sin exposición

Discusión

Estudios epidemiológicos reportan que algunas ocupaciones del varón que involucran la exposición a compuestos químicos como los plaguicidas, están asociadas con calidad espermática alterada, tiempo de concepción aumentado, mayor frecuencia de abortos espontáneos, defectos congénitos o desarrollo de cáncer en la infancia (46). La exposición a múltiples sustancias químicas, incluyendo metales pesados y plaguicidas se han asociado con efectos adversos sobre los principales parámetros seminales (concentración, morfología,

movilidad y volumen espermático), daños estructurales al ADN y alteraciones en los niveles de hormonas reproductivas. Actualmente el uso de algunas de estas sustancias está prohibido en muchos países sin embargo es necesario implementar una política de salud más estricta que actúe directamente sobre las exposiciones para intentar reducirlas al máximo y minimizar el efecto perjudicial sobre la salud reproductiva (47) Según la Environmental Protection Agency (EPA), los DE son agentes exógenos naturales o sintéticos que interfieren en la secreción, transporte, metabolismo, unión o eliminación de hormonas naturales circulantes presentes en el organismo y responsables de los procesos de homeostasis, reproducción y crecimiento (48). En la vida intrauterina, neonatal temprana y en la pubertad donde los mecanismos neuroendocrinos son muy sensibles a cambios estrogénicos y androgénicos, la exposición a DE produce un impacto mayor afectando a la descendencia. El mecanismo de transmisión transgeneracional involucra modificaciones no genómicas de las células germinales como cambios en la metilación del ADN o en la acetilación de las histonas (49). Los resultados del análisis de nuestro trabajo coinciden con lo publicado por Miranda-Contreras y col. quienes han demostrado alteraciones significativas de algunos parámetros seminales en trabajadores expuestos a los efectos tóxicos de agroquímicos: disminuciones en la concentración, movilidad progresiva y porcentaje de espermatozoides vivos; además de alteraciones en la integridad de la membrana espermática e incrementos en el índice de fragmentación del ADN espermático (50). La integridad de la cromatina nuclear espermática es esencial para transmitir la información genética durante la fecundación; la acumulación de sustancias xenobióticas tóxicas como los plaguicidas pueden causar problemas asociados con infertilidad masculina, baja tasa de embarazos y mayor frecuencia de abortos recurrentes en las parejas (51). La disminución en la concentración espermática fue el hallazgo más mencionado relacionado con la exposición a distintos grupos de agroquímicos; se ha observado también una reducción en la cantidad total de espermatozoides como así también en la movilidad y en el porcentaje de células con morfología normal. Se ha reportado un aumento en la incidencia de anomalías en los espermatozoides, malformaciones urogenitales, cáncer de próstata y testículo (52, 53).

Conclusiones

Las evidencias científicas demuestran el impacto negativo de la contaminación ambiental y ocupacional con agroquímicos. Estos compuestos naturales o sintéticos afectan de manera aguda y crónica distintos órganos que inciden en los trastornos de la fertilidad tanto masculina como femenina. La exposición laboral a estas sustancias químicas altera el desarrollo armónico de la espermatogénesis manifestándose en el eyaculado con disminuciones en los parámetros de concentración, movilidad progresiva y porcentaje de espermatozoides morfológicamente normales, además de alteraciones en el estado de condensación de la cromatina nuclear e integridad de la membrana espermática. El impacto de los agroquímicos en la salud reproductiva debe ser evaluado dentro del estudio integral del factor masculino ya que altera variables seminales esenciales relacionadas con la capacidad fecundante del espermatozoide humano.

Bibliografía

- Jorgensen N, Nordstro M, Joensen U y cols. Human semen quality in the new millennium: a prospective cross sectional population-based study of 4867 men. *BMJ Open* 2012; 2: e000990)

- Dama MS, Rajender S. Secular changes in the semen quality in India during the past 33 years. *J Androl* 2012; 33 (4): 740-744
- Recio-Vega R, Ocampo Gomez G, Borja-Aburto VH, Morán-Martínez J, Cebrian-García M. Organophosphorus pesticide exposure decreases sperm quality: association between sperm parameters and urinary pesticide levels. *J Appl Toxicol* 2008; 28 (5): 674-680
- Geoffroy-Siraudin C, Loundou AD, Romain F y cols. Decline of semen quality among 10932 males consulting for couple infertility over a 20 years period in Marseille, France. *Asian J Androl* 2012; 14 (4): 584-590
- Mehrpour O, Karrari P, Zamani N, Tsatsakis AM, Abdollahi M. Occupational exposure to pesticides and consequences on male semen and fertility: A review. *Toxicol Lett* 2014; S0378-4274 (14): 00040X
- Perry MJ. Effects of environmental and occupational pesticide exposure on human sperm: a systematic review. *Human Reprod. Update* 2008; 14 (3): 233-242
- Mendiola J, Torres-Cantero AM, Guillén-Pereza JJ, Moreno Grau S. Salud Reproductiva y medio ambiente. *Rev Salud Ambiental* 2013; 13 (2): 201-202
- Schrader S, Marlow K. Assessing the Reproductive Health of men with occupational exposures. *Asian J Androl* 2014; 16 (1): 23-30
- Yucra S, Gasco M, Rubio J, Gonzalez G. Exposición ocupacional a plomo y pesticidas órganofosforados: efecto sobre la salud reproductiva masculina. *Revista Perú Med Exp. Salud Pública* 2008; 25 (4): 394-402
- Fernandez MF, Bergoña Olmos, Olea N. Exposición a disruptores endocrinos y alteraciones del tracto urogenital masculino (criptorquidia e hipospadia). *Gac Sanit* 2007; 21 (6): 500-514
- Ake Bergman, Jerrold J heindel, Susan Jobling, Karen A Kidd, R. Thomas Zoeller. State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012 United Nations Environment Programme and the World Health Organization 2013; 289
- Scaglia H, Chichizola C, Franconi MC, Ludueña B, Mastandrea C, Scaglia J. Disruptores endocrinos. Composición química, mecanismo de acción y efecto sobre el eje reproductivo. *Reproducción* 2009; 24 (2): 74-86
- World Health Organization /International Program on Chemical Safety 2002: Global assessment of the state of the science of endocrine disruptors. Disponible en: who.int/pcs/emerg-site/edc/global-edc-ch5.pdf
- Trossero SM. Disruptores endocrinos: el enemigo silencioso. *Rev Ecociencia y Naturaleza* 2/2007: 20-23
- Rey R, Gottlieb S. Copelli S. Regulación de la espermatogénesis de la embriogénesis a la vida adulta. *Boletín Informativo de la SAA* 2003; 12 (2): 28-44
- Kierszenbaum A. *Histología y Biología celulares. Introducción a la Anatomía Patológica*. Elsevier 2° edición 2008; 569-596
- Calamera J, Calamera P. El laboratorio de Andrología como ayuda diagnóstica. *CEGYR Rev de Medicina Reproductiva* 2003; 6 (1): 16-26
- Minguez-Alarcón L, Mendiola J, Torres-Cantero A. Calidad seminal y toxicidad de metales pesados y plaguicidas. *Rev de Salud Ambiental* 2014; 14 (1): 8-19

- Paoli D, Giannandrea F, Gallo M y cols. Exposure to polychlorinated biphenyls and hexachlorobenzene semen quality and testicular cancer risk. *J Endocrinol Invest* 2015; 38 (7): 745-752
- WHO 2010: Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen 5° edición. World Health Organization 2010
- Paparella C, Pavesi A, Provenzal O y cols. Evaluation of the occupational exposure to environmental factors that can alter the sperm of infertile men. *Biocell* 2014; 38 (suppl 5): A14
- Marchiani S, Tamburrino L, Benini F y cols. Chromatin Protamination and Catsper Expression in Spermatozoa Predict Clinical Outcomes after Assisted Reproduction Programs. *Scientific Reports* 2017; 7: 15122
- Eggert-Kruse W, Schwarz H, Rohr G, Demirakca T, Tilgen W, Runnebaum B. Sperm morphology assessment using strict criteria and male fertility under invivo conditions of conception. *Hum Reprod.* 1996;11(1):139-146
- Coetzee K, Kruger TF, Lombard CJ. Predictive value of normal sperm morphology: a structured literature review. *Hum Reprod Update.* 1998;4 (1): 73-82.
- Toner JP, Mossad H, Grow DR, Morshedi M, Swanson RJ, Oehninger S. Value of sperm morphology assessed by strict criteria for prediction of the outcome of artificial (intrauterine) insemination. *Andrologia* 1995;27(3):143-148
- Garrett C, Liu DY, Clarke GN, Rushford DD, Baker HW. Automated semen analysis: 'zona pellucida preferred' sperm morphometry and straight-line velocity are related to pregnancy rate in subfertile couples. *Hum Reprod.* 2003;18(8):1643-1649
- Bungum A, Bungum L, Giwercman A. Sperm chromatin structure assay (SCSA): a tool in diagnosis and treatment of infertility. *Asian J Androl* 2011; 13(1):69-75
- Mayorga-Torres BJ, Cardona-Maya W, Cadavid A, Camargo A. Evaluation of sperm functional parameters in normozoospermic infertile individuals. *Actas Urol Esp.* 2013; 37(4): 221-227
- Zini A, Albert O, Robaire B. Assessing sperm chromatin and DNA damage: clinical importance and development of standards. *Andrology* 2014; 2 (3): 322-325
- Jeyendran RS, Van der Ven HH, Perez-Pelaez M, Crabo BG, Zaneveld LJ. Development of an assay to assess the functional integrity of the human sperm membrane and its relationship to other semen characteristics. *J Reprod Fertil.* 1984;70 (1): 219-228
- Holmes E, Björndahl L, Kvist U. Post-ejaculatory increase in human semen osmolality in vitro. *Andrologia* 2019: e13311
- Mortimer D, Aitken RJ, Mortimer ST, Pacey AA. Workshop report: clinical CASA-the quest for consensus. *Reproduction, fertility, and development.* 1995; 7(4): 951-959
- ESHRE Special Interest Group in Andrology. Guidelines on the application of CASA technology in the analysis of spermatozoa. 1998 Jan. Report No.: 0268- 1161 (Print) Contract No.: 13
- Björndahl L, Kvist U. Sequence of ejaculation affects the spermatozoon as a carrier and its message. *Reprod Biomed Online.* 2003; 7(4): 440-448

- Zinaman MJ, Brown CC, Selevan SG, Clegg ED. Semen quality and human fertility: a prospective study with healthy couples. *J Androl* 2000; 21(1): 145-153
- Slama R, Eustache F, Ducot B y cols. Time to pregnancy and semen parameters: a cross-sectional study among fertile couples from four European cities. *Hum Reprod* 2002;17 (2): 503-515
- Kruger TF, Ackerman SB, Simmons KF y col. A quick reliable staining technique for sperm morphology. *Arch Androl* 1987; 18: 275-277
- Calamera JC. Morfología espermática para todos. Ed científicas Dr J Montes (ed). Montevideo Uruguay 1999; 1
- Kruger TF, Menkveld R, Stander FS. y cols. Sperm morphologic features as a prognostic factor in vitro fertilization. *Fertility and Sterility* 1986, 46 (6): 1118-1123
- Rothmann SA, Bort AM, Quigley J, Pillow R. Sperm morphology classification: a rational method for schemes adopted by the World Health Organization. *Methods Mol Biol.* 2013; 927:27-37
- Hossain AM, Rizk B, Barik S, Huff C, Thorneycroft IH. Time course of hypoosmotic swellings of human spermatozoa: evidence of ordered transition between swelling subtypes. *Hum Reprod* 1998; 13 (6):1578-1583
- Holmes E. On osmolality and sperm function during processing for assisted reproduction [Academic]. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet; 2020
- Dadoune JP, Mayaux MJ, Guihard-Moscato ML. Correlation between defects in chromatin condensation of human spermatozoa stained by aniline blue and semen characteristics. *Andrología* 1988, 20 (3): 211-217
- Sellami A, Chakroun N, Ben Zarrouk S y cols. Assessment of chromatin maturity in human spermatozoa: useful aniline blue assay for routine diagnosis of male infertility. *Advances in Urology* 2013
- Bouvet B, Paparella C, Feldman R, Almará A, Gatti V, Solis E. Capacidad fecundante espermática luego de la recuperación de espermatozoides mediante la técnica de swim up. *Arch Esp de Urol* 2006; 58 (10): 1049-1054
- Sharpe RM, Skakkebaek NE. Testicular dysgenesis syndrome: mechanistic insights and potential new downstream effects. *Fertil Steril* 2008; 89 (suppl 2): e33-38
- Minguez-Alarcón L, Mendiola J, Torres-Cantero A. Calidad seminal y toxicidad de metales pesados y plaguicidas. *Rev de Salud Ambiental* 2014; 14 (1): 8-19
- Diamanti-Kandarakis E, Bourguignon JP, Giudice LC y cols. Endocrine-Disrupting Chemicals: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocrine Reviews* 2009; 30 (4): 293-342
- Skinner M, Manikkam M, Guerrero-Bosagna C. Epigenetic transgenerational actions of endocrine disruptors. *Reproductive Toxicology* 2011; 31: 337-343
- Miranda-Contreras L, Cruz I, Osuna J y cols. Efectos de la exposición ocupacional a plaguicidas sobre la calidad del semen en trabajadores de una comunidad agrícola del Estado Mérida, Venezuela. *Invest Clin* 2015; 56 (2): 123-136
- Fei Q, Huang H, Jin J, Huang X. Diagnostic value of sperm DNA fragmentation for male infertility. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-9406.2014.01.014. 2014; 31 (1): 60-64

- Biggs ML, Davis MD, Eaton DL cols. Serum organochlorine pesticide residues and risk of testicular germ cell carcinoma: A population based case control study. Cancer Epidemiol Biomarkers. Prev 2008; 17 (8): 2012-2018
- Giannandrea F. Long-term pesticide exposure and the risk of testicular cancer. Occup Med (London) 2012; 62 (4): 309-310

1. Docente de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina
Profesora Superior en Bioquímica - Universidad Católica Argentina, Santa María de los Buenos Aires
Especialista en Andrología - Sociedad Argentina de Andrología
Staff de la URHMA (Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida), Hospital Provincial del Centenario de Rosario, Provincia de Santa Fe
Toco Ginecóloga y Ecografista
2. Docente de la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
Staff de la URHMA (Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida), Hospital Provincial del Centenario de Rosario, Provincia de Santa Fe
Especialista en ginecología y obstetricia -Universidad Nacional de Rosario
Especialista en endocrinología ginecológica y reproductiva- Universidad Favaloro
Especialista en Medicina Reproductiva-SAMER
3. Especialista en docencia universitaria - Universidad Tecnológica Nacional de Rosario
Profesora Adjunta de la Catedra de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
Profesora titular de la Materia Ginecología y Esterilidad de UAI
Directora de la URHMA (Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida), Hospital Provincial del Centenario de Rosario, Provincia de Santa Fe
Staff de Servicio de Medicina Reproductiva de Grupo Gamma. Rosario, Santa Fe

Derechos Vulnerados: Nuestra Mirada de los Nacimientos en Pandemia

Autores:

Paganini, Stella Maris¹, Ramunno, Cintia²

Resumen

Bajo el contexto de la pandemia se generaron distintos protocolos sanitarios, que marcaron las pautas de prevención y atención de las personas gestantes. En el siguiente trabajo, escrito desde una perspectiva ecosistémica, resaltaremos la importancia del contacto precoz y el apego. Así como de la vivencia de esa experiencia de la mano de una pareja o un ser cercano que nos brinde seguridad y sostén.

Realizamos este trabajo corroborando los datos obtenidos a través del SIP, de un hospital de la provincia de Buenos Aires la metodología que utilizamos fue observacional y retrospectiva tomando como parámetro 2 años previos al año 2021 y englobando un total de 1898 personas. Es nuestra intencionalidad demostrar cuan esencial es nuestra una tarea, aun frente a la posibilidad de contagio, para asegurar que se continúen garantizando los Derechos Humanos, sin olvidarnos de la importancia de ofrecerles a nuestras gestantes un trato digno y lograr una experiencia de parto positiva.

Los resultados que obtuvimos fueron que previo a la pandemia casi un 93% de las usuarias que asistieron al Hospital tuvieron acompañantes durante el trabajo de parto y un 68% solo en la instancia del parto. No fueron los mismos números en el transcurso de la misma, en donde un 67% de las gestantes vivieron solas su trabajo de parto y un 82% no fueron acompañadas en sus partos.

Palabras claves: maternidad – pandemia – rol de la obstétrica – epigenética – hora de oro – influencia cultural.

El Relato de Ana...

Ana, Anetta como le decimos en nuestro grupo de amigas, es licenciada obstétrica, la conocimos en los pasillos de la facultad de medicina, cuando compartimos el mismo sueño, “ser parteras”.

Nació en Olavarría, vino a vivir a capital para poder estudiar, junto con su hermana. Donde se enamoró de Fede y armaron una hermosa familia que ya tiene un pimpollo que se llama Felipe. Ana fue mamá por segunda vez en el mes de abril del año 2020, la llegada al mundo de Benicio fue en medio del caos total, en plena cuarentena estricta y el mundo con el freno de mano intentando aprender qué era este virus que nos iba a dejar tanto tiempo en stand by.

Ella nos contó que su parto fue hermoso, que tenía mucho miedo, sobre todo, temor al contagio de su hijo recién nacido. Durante su internación, solo estuvo con su pareja, pero sin dudas ella anheló el abrazo de su madre. Sin poder recibir a otras personas, el reencuentro de éste grupo familiar tuvo que esperar algunos meses más.

Pero si pudo encontrar algo positivo en esta situación, y estuvo relacionado con el vínculo hacia el nuevo integrante, esa ausencia de visitas durante la internación los llevo a compartir exclusivamente ese espacio entre los tres, a descubrirse, no existieron factores de distracción, ni bullicio, ni incomodidad en esas primeras horas de inicio en la lactancia. Además, hubo tiempo para seguir descubriéndose en casa, los cuatro, sin una pareja que tuviese que retomar sus tareas laborales fuera del hogar, un puerperio distinto, con faltas, pero con el amor de su compañero presente.

El relato de Ana, fue una vivencia excepcional en la que tuvo la fortuna de compartir junto a su pareja la llegada de este nuevo ser, pero esa no fue una posibilidad que todos han podido transitar, mientras los profesionales de la salud aprendíamos a ponernos el equipo de protección personal (EPP) y a cuidarnos, se fueron dejando de lado e invisibilizando muchas cuestiones desde una mirada emocional y desde el lado más humano, en el acompañamiento de estas familias.

Escuchar su relato, tan sabio y tan certero nos llevó a que armemos este trabajo. La foto a continuación fue tomada en la llegada de Benicio, los protagonistas nos autorizaron a que la usemos.



Derechos Vulnerados

Aspectos emocionales e impacto psicológico de la pandemia en la vivencia materna, en la atención al parto y nacimiento.

Introducción

¿Que nos dejó la historia?

Con el origen de la vida y la llegada de un nuevo ser se genera un acontecimiento, cargado de un significado cultural, que va a ocurrir en una época determinada y en un contexto específico.

En las sociedades occidentales el qué, cómo, quién y por qué cuidar los procesos relacionados con el nacimiento, se han modificado con los años y conforme a la evolución social. En los primeros tiempos, la información que se conoce, es que era un suceso muy privado, acompañado o apoyado entre mujeres. Luego, fue rompiéndose esa intimidad y pasó a ser un acto de interés social y por lo tanto tenía valor a nivel político y económico, y por ello debía ser controlado. A raíz de todo esto, es que cambia el sitio donde se producirían los partos, así como sus participantes.

Por lo tanto, el momento histórico en el que ocurre el nacimiento, determinará entre otros aspectos la compañía que tendrá la mujer en el momento de parir, la presencia de familiares o de su pareja y cuál será la figura que auspiciará de experta en este suceso.

Por lo tanto, es un acto que trasciende las paredes del hogar, porque impacta a nivel familiar y social. Con él llega la esperanza y la ilusión.

El paradigma biomédico dominante ha generado que se vayan perdiendo las creencias y prácticas arraigadas y transmitidas por generaciones. Se han establecido cambios en muchos de los estadios por los que transita el ser humano y su comunidad, encontrándonos ahora con formas muy distintas de nacer y de parir. Son ahora, los profesionales de la salud los principales controladores de todo el proceso de maternidad, tanto del embarazo, como del parto y el puerperio. A pesar que fisiológicamente todos estos son procesos universales, serán moldeados por la influencia cultural, dejarán entonces, de ser un acto meramente biológico, para irse modificando según la sociedad en la que se encuentren.

¿Qué fue lo que nos inquietó?

Hoy en día todos nuestros saberes con respecto al Sars Cov-2 están en construcción y la información fue mutando día a día.

La primera medida que se tomó inicialmente fue la separación de los recién nacidos de sus madres, mientras que las parejas o acompañantes quedaron completamente excluidos de este encuentro. Se siguieron protocolos armados por los distintos nosocomios que dejaron a un lado lo que marcaba la OMS. Si bien esto fue porque lo que conocíamos, a través de los antecedentes de las epidemias anteriores de coronavirus (como el Sars y el Mers), habían sido bastantes más severas con las embarazadas que este tipo de cepa.

Luego se comprendió que la separación de esta tríada ocasionaría más consecuencias que beneficios, afectando directamente a la lactancia y sobre todo al “vínculo” entre ellos.

¿Qué nos dice la Organización Mundial de la Salud/ OMS?

TODAS LAS MUJERES TIENEN EL DERECHO A UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA, TENGAN O NO UNA CONFIRMACIÓN DE LA INFECCIÓN COVID-19

Durante el desarrollo de esta pandemia, nosotras como profesionales obstétricas notamos los cambios que se fueron dando en el pensamiento de los profesionales y el miedo que nos provocó en sus inicios acompañar a la gestante en el proceso de embarazo y parto por el temor a contagiarnos y el pánico a enfermar a nuestros familiares y compañeros.

Objetivos

- Que el profesional de la salud reconozca cuales son las prioridades en su atención y que pueda valorar el proceso del nacimiento desde una perspectiva ecosistémica^[1] observándolo desde una mirada global y holística.
- Que puedan tener en cuenta la trascendencia del parto en la vida de las personas y actúen en pos de ello.
- Que el profesional conozca y respete los tiempos fisiológicos del parto, aun en pandemia. Siendo guardianes de los derechos de las gestantes, respetando sus decisiones y escuchando sus inquietudes.
- Propiciar ambientes fisiológicos que tengan en cuenta el acompañamiento y por sobre todas las cosas el trato respetuoso y digno. Fomentando que las mujeres transiten su parto de manera plena y autónoma.
- Promover la capacitación constante del equipo de salud y de esta manera estemos actualizados sobre los protocolos a seguir.
- Entender que cuando nos referimos a vulnerar los derechos de las madres y recién nacidos, estamos hablando de violencia obstétrica.

Método

El procedimiento elegido fue observacional y retrospectivo. Al comenzar a trabajar con la presencia del Covid 19 vivimos una lucha constante entre lo que nos marcaba el protocolo y lo que nos pedían las personas gestantes. Sus derechos fueron olvidados al no poder estar acompañadas por nadie de su elección. La falta de insumos, el temor al contagio, la necesidad de priorizar la cantidad de personas en espacios pequeños, entre otras tantas dificultades nos llevaron a omitir los deseos de las gestantes y su entorno. Estos hechos coincidían con los datos arrojados por la fuente de información que elegimos. Y la cual fue a través del sistema informático perinatal/ SIP de un Hospital de la provincia de Buenos Aires. El mismo se encuentra ubicado en ex ruta 8 km 20500 n°9100, Loma Hermosa, Partido 3 de febrero. Provincia de Buenos Aires.

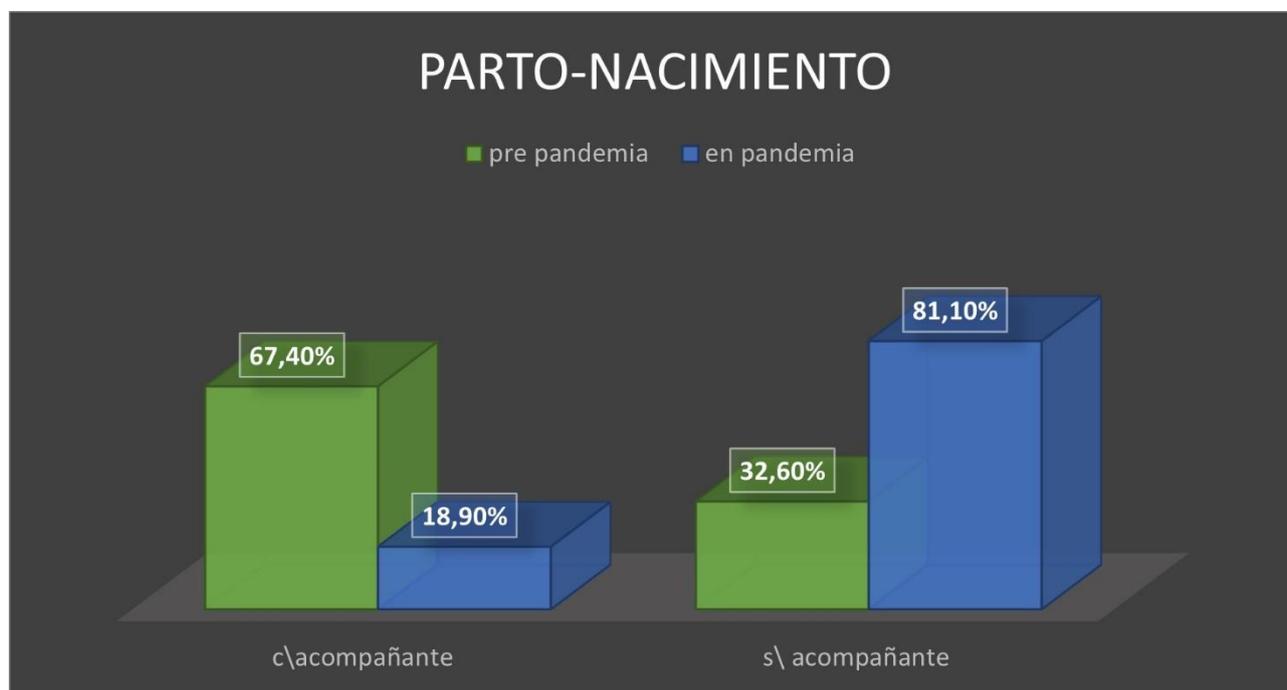
Fecha de inicio: Marzo del año 2019

Fecha de finalización: Marzo del año 2021

Consideramos importante estas fechas de manera tal que podamos comparar el contexto en el que se daban los nacimientos en un período pre y durante la pandemia.

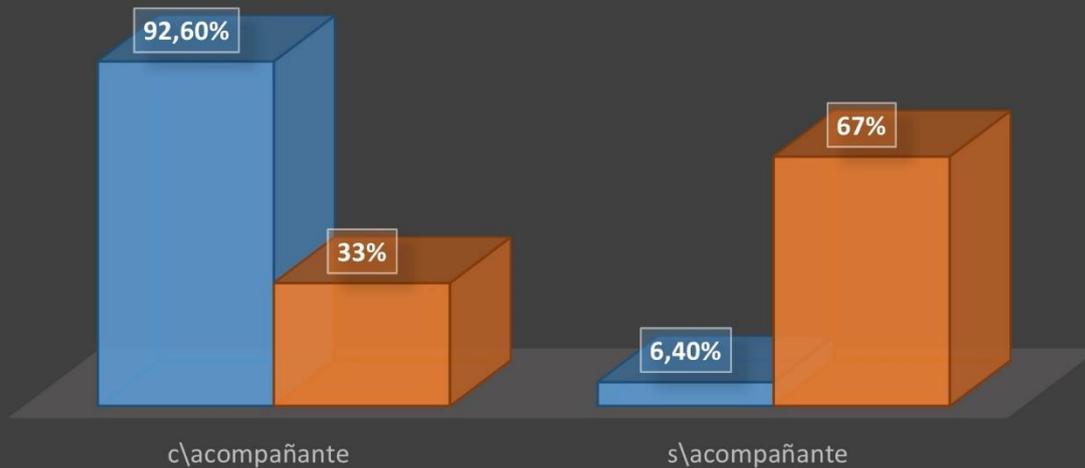
A continuación, expondremos los datos obtenidos, la variable que tomamos en cuenta tuvo que ver con la presencia o no del acompañante durante el trabajo de parto y el parto. El total de nacimientos fue de 1034 en el año 2019 y 2020 fue de 864.

Acompañante en el parto	Pre pandemia-2019	Pandemia-2020
Pareja/familiar/otro	67,4% - 697 nacimientos	18,9% - 163 nacimientos
Ninguno/ sin dato	2,6% - 337 nacimientos	81,1% - 701 nacimientos
Acompañante en el trabajo parto	Pre pandemia	En pandemia
Pareja/familiar/otro	92,6% - 957 nacimientos	33% - 285 nacimientos
Ninguno/ sin dato	6,4% - 77 nacimientos	67% - 579 nacimientos



DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

■ Pre pandemia ■ Pandemia



¿Se puede entender como trato humano un protocolo que olvide la relación fisiológica entre la madre y el hijo al momento del nacimiento?

¿Qué pasa con esa triada? ¿Qué impacto tiene en esa familia la falta de vínculo en el primer encuentro?

¿Quiénes son los encargados de procurar los derechos de las gestantes?

En la búsqueda de respuestas ante estos interrogantes nos encontramos con información que transcribiremos en las siguientes páginas.

Según Michel Odent [2] y su libro “El nacimiento y los orígenes de la violencia” nos dice que: El ambiente que rodea a la mujer es fundamental en el momento del parto. Durante ese proceso el entorno desempeñará un papel clave. Desde el familiar que contiene, como el profesional de salud que debe dar tranquilidad, confianza e ir brindando información sobre todas las cosas que vayan sucediendo. Cuando el medio es el adecuado, puede hacer más agradable la experiencia, reducir las sensaciones de dolor, acelerar el trabajo de parto, minimizar el sufrimiento fetal y evitar la necesidad de cesáreas y alumbramientos instrumentales.

Las gestantes requieren estar acompañadas por su pareja, por alguien de su familia o de su entorno afectivo, tener apoyo, estar informadas, contar con una matrona que les infunda tranquilidad, confianza y, sobre todo, que se las escuche.

El transcurso del nacimiento es un proceso involuntario, el profesional **NO** puede ayudar en él. El asunto importante está en **NO** alterarlo.

Una persona en trabajo de parto, cuando llega a su internación se encuentra con la partera, su mirada amable, la sonrisa y los gestos tienen efectos beneficiosos.

Desde el primer momento en donde el recién nacido, fuera del útero y en un medio terrestre puede interactuar directamente con su progenitora y esta con aquel. Genera que se sientan conmovidas con observar por primera vez a su bebé, desean tocarlo, mirarlo y cerciorarse que está todo bien. A su vez los padres\madres lloran al notar que su hijo ha nacido y acompañan el parto-nacimiento como parte del equipo obstétrico.

Convirtiéndose este en un periodo crítico, de alta sensibilidad en los nuevos padres a los comentarios y conductas de quienes los rodean, incluidos el personal de salud. Recordarán detalles años después, las emociones que sintieron y lo que sucedió en el parto y en el postparto.

Un factor más en la formación del vínculo temprano es que haya contacto temprano del recién nacido con los nuevos padres.

La conexión piel con piel en las primeras horas es fundamental, donde el periodo sensitivo influencia de manera positiva en la diada. La Organización Mundial De La Salud recomienda que los recién nacidos, que no requieran cuidados especiales, deben relacionarse con sus progenitores de manera inminente dentro de la primera hora de nacidos.

En caso de en los partos vaginales el bebé es colocado en el vientre de su madre, permitiendo el primer contacto, aun antes de cortar el cordón umbilical. Ese encuentro inmediato piel con piel ayuda a regular la temperatura corporal del recién nacido, los expone a bacterias beneficiosas que se encuentran en la piel, fortaleciendo así su sistema inmune.

Es importante que el profesional de la salud potencie la fisiología, resguardando la intimidad de las personas, la libertad de movimientos, evitando intervenciones innecesarias, que se sientan cuidadas y contenidas, favoreciendo de esta manera una experiencia de parto positiva. Marcando la normalidad ayudaremos a la persona por parir a calmar la ansiedad. Hablar del dolor, explicarles que sabemos que este existe, negarlo ayudaría a pensar que no se sienten comprendidas ni escuchadas. La conversación en tono bajo, centrada en el conocimiento, la inducción a la respiración profunda, ayudarán a disminuir el miedo. No olvidemos que parir es un acto sexual.

Si afronta el trabajo de parto sola, el único pensamiento que girará obsesivamente es el temor, le faltará el reaseguro afectivo. Pánico al dolor, a no poder, a la posibilidad de un hijo no sano. La engloban emociones contradictorias y sentimientos persecutorios. El acompañante que se queda afuera se encontrará angustiado, y tendrá que trabajar luego en las bases de la relación futura extrauterina.

Las definiciones de un parto traumático van desde una respuesta negativa y debilitante a nivel fisiológico y emocional a partir del parto, donde muchas veces pueden llegar a creer que está en riesgo la vida del bebé. Como también a tener la sensación de no haber sido escuchados ni comprendidos por parte del profesional de la salud.

Marcas de Nacimiento

Desde una mirada haptonómica[3] en la vida intrauterina, el niño dependerá de las sensaciones que confirman su existencia y se mostrará muy sensible a los ofrecimientos de aprobación a los que responderá de manera variable en función de su disponibilidad.

El padre, llama al niño de una manera diferente. El niño percibe la cualidad de su acercamiento en función de las reacciones de la madre. Las modulaciones de la relación en el interior de la pareja parental son percibidas, sensorial y sensualmente por el tono de representación de la mamá. La tensión de la pared uterina se modifica, cambiando la elasticidad de su habitáculo que significa mayor o menor libertad motriz para él.

Las hormonas segregadas por la gestante modifican el gusto del líquido amniótico, puede decirse que una persona ansiosa y una alegre no tienen el mismo gusto. Todo esto conduce a variaciones en el ritmo cardíaco del bebé y en sentimientos de disconformidad e inseguridad.

Los padres y los acompañantes exteriores por distintas formas entran en contacto lúdico con el niño. Una mano liviana, ubicada de manera tierna y calma sobre el regazo, atraerá siempre al bebé. Le dará espacio, igual a si estaría acurrucándose. Sucede allí una vivencia de bienestar compartido que repercute en cada uno y deja marcas duraderas en lo íntimo afectivo. Los bebés intra-útero ya memorizan esas pequeñas secuencias de juego.

Si bien, no vive directamente las dificultades que atraviesa la madre, sino que se encuentra protegido, las vibraciones que se provocan a través de su piel hace que perciba los sonidos por lo que, las voces de su entorno ocupan un lugar importante.

Las experiencias emocionales de ambos padres tienen una importancia durante el embarazo, en el desarrollo del niño y la instauración de lazos en la triada. Todo esto jugará un importante rol en el momento del parto.

El nacimiento nos describe y nos marca, es vivido con intensidad por cada uno de sus protagonistas. Desde hace siglos, los mitos, rituales, costumbres evocan los signos del nacimiento y su importancia.

¿Qué es un recién nacido?

Es alguien que viene de pasar de un estado a otro trayendo consigo emociones y sensaciones fuertes. Todo lo afecta y es potencialmente amenazante. Viene de un mundo líquido, caliente, oscuro y cerrado en el que se movía libremente. Estaba en una convivencia casi simbiótica y se reencuentra separado, pero no autónomo ni independiente. Como todo ser humano está a la búsqueda de seguridad. En el momento del nacimiento, el universo sensorial se modifica profundamente: llega la gravedad y la luz, desaparece la placenta y el cordón que siempre habían estado allí, de manera olfativa, pulsátil, táctil.

Luego estará sometido a la gravedad, privado de la libertad de desplazarse, sintiendo frustración de la seguridad que antes le era habitual. Llega una sensación amenazante, el hambre y los cambios de posición.

Dentro del útero el sentimiento de mismidad del ser, como un concierto poli-sensorial formado por sus padres, donde sus voces se modulaban, se acercan, se alejan, pero aprende a reconocerlos, todo lo que entra en contacto con él, las emociones de la madre, la pulsatilidad de su ritmo cardíaco y pulmonar.

Las primeras horas y los primeros 14 días son esenciales. El recién nacido se abre al mundo, sus emociones son exacerbadas, dejando una marca profunda. Sus sentidos están en alerta. Muchas veces sus esfuerzos de adaptación, sufrimientos y temores pasan inadvertidos en los ojos del entorno. Esas marcas no van a ser visibles hasta mucho tiempo después en el camino del niño.

Él está listo a amar a quienes lo rodean para no perder la vida o el sentido común, rechazan la soledad en la que podrían ahogarse. La relación con su madre es tan íntima que, aunque este solo, no es libre, está ligado a ella a través de un lazo estrecho. El recién nacido siente la angustia/bienestar de ella. Si está mal, será capaz de aventurarse en la patología para que ella le haga sentir que no vive más que por él y para él. La presencia del padre\acompañante de esta diada oficia de pacificador.

Su tiempo es más lento que el nuestro. Su búsqueda de seguridad es excesiva. El lactante teje con lo que tiene para ser el ser y más tarde, ser con otros.

Conclusión

“La madre es el hábitat del recién nacido”[4] el contacto piel con piel lo ayudará a colonizarse por las bacterias de ella, generándose la **microbiota**, y esta tiene que estar integrada por sus colonias y las de su hogar, no por las del hospital, siempre teniendo en cuenta que esta separación no esté justificada clínicamente.

El marco legal vigente en la República Argentina nos señala las directrices que debemos tener en cuenta:

El acompañamiento durante el parto es un derecho, que se encuentra avalado por Ley nacional N° 25929 “Ley de parto respetado”, las decisiones de las personas gestantes deben ser escuchadas, deben ser protagonistas de este acto. Los profesionales de salud somos los encargados de que estos derechos sean garantizados. Cada institución debe tomar lo redactado en la ley y adaptarlo a su contexto.

La Ley Nacional n° 26.485- “Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en ámbitos en que se desarrollan sus relaciones interpersonales”. Esta explica la violencia obstétrica y la define como la modalidad de violencia hacia las mujeres que ejerce el personal de salud sobre su cuerpo y sus procesos reproductivos, expresado como un trato deshumanizado y en la patologización de los procesos naturales.

Los derechos de los pacientes en relación con los profesionales e instituciones de la salud escritos en la Ley Nacional N° 26.529, garantizando los derechos de asistencia, de trato digno y respetuoso.

Han surgido muchas preocupaciones en las familias que no son tenidas en cuenta. Es decir, la atención está puesta en entender la enfermedad, sus procesos y su cura.

Las medidas estrictas de salud pública dirigidas a mitigar la propagación de la enfermedad son necesarias, pero como veníamos mencionando anteriormente tienen efectos psicológicos negativos que provocan estrés, ira y confusión.

El parto\nacimiento genera en la gestante un sin número de sentimientos y sensaciones, entre ellos tensión y ansiedad, se convierte en un evento altamente estresante en donde la coloca en un plano de vulnerabilidad, creando la necesidad y el fuerte deseo de un sostén. Contención que será aportada por la familia, pareja o un ser querido y que tiene varias funciones, una de ellas, es que aporta un apoyo emocional que incluye sentimientos, entre ellos de seguridad, afecto y sobretodo de confianza que le van a permitir comunicar sus deseos y miedos.

Por lo tanto, es fundamental desarrollar proactivamente estrategias apropiadas para aliviar el estrés, poder detectarlo, identificarlo, realizar las intervenciones necesarias evitando las consecuencias de un *parto traumático*, el cual es vinculado con una herida emocional que se valorará subjetivamente, como una experiencia en que la mujer se sintió desbordada no habiendo tenido una contención adecuada ni la posibilidad de un acompañante.

Estas secuelas no suelen ser visibles, pero sí tienen muchos efectos en la salud mental de la madre, van a condicionar la relación que ella tenga con su bebé, con su pareja, con su sexualidad y con los futuros embarazos.

La experiencia del parto puede ser traumática no solo para la madre, también para el bebé, para el padre o pareja, para la familia y hasta para los profesionales que lo han asistido. Integrar activamente al padre\madre en el proceso de la gestación, el parto y el nacimiento es una oportunidad de suma importancia para la vinculación del hijo/hija, con la pareja y con las responsabilidades de su crianza. Al mismo tiempo, aporta en la disminución de las inequidades de género, permitiéndoles vivenciar experiencias que antes eran exclusivas de las mujeres y posibilitándoles un rol activo en el proceso de crianza.

La pandemia y con ella el miedo al contagio, como desarrollamos a lo largo del trabajo, nos alejó de la embarazada, herramienta esencial en nuestro arte de acompañar los nacimientos. Este contexto también apartó a sus afectos de la posibilidad de vivenciar con ella ese momento, saber que en un hospital de la provincia de Bs As de 864 nacimientos entre 150 y 200 contaron con la posibilidad de algún tipo de acompañamiento y que eso implicó que más del 80% de las familias fueron vulnerados en sus derechos, privados de la posibilidad de generar un vínculo precoz y expuestos a una vivencia de inseguridad y soledad que los marcará en un futuro.

El equipo de salud debe aprender a ceder el protagonismo y entender que la nueva familia debe compartir ese espacio para poder así, generar un lazo inmediato y necesario. Unión fundamental para que, además, la lactancia se establezca. Los profesionales junto con las instituciones tenemos que garantizar los derechos de las familias en su conjunto y trabajar para que tengan una experiencia de parto positiva, aun en un contexto tan dificultoso.

Discusión

¿El equipo de salud que acompaña a las gestantes, debe reflexionar sobre las situaciones que ocurren en sala de partos?

¿Debe atravesarnos la sensibilidad para entender que somos nosotros los que permitimos o no las situaciones que ocurren?

¿Podemos entender que los eventos que suceden en la sala de partos marcan para toda la vida de la gestante?

¿Estamos preparados para no ser protagonistas?

Bibliografía

- [Proyecto Natal | Beneficios de la Hora Sagrada - Proyecto Natal](#)
- [Nils Bergman: "Tras nacer, un bebé no necesita nada de sus padres, excepto a sus padres, su presencia" | Mamás y Papás | EL PAÍS \(elpais.com\)](#)
- [La Hora Siguiendo al Nacimiento | Ecología del Nacer \(ecologiadelnacer.cl\)](#)
- [Nils Bergman: "La separación del bebé del cuerpo de la madre debe ser cero".\(cuerpamente.cecom\)](#)
- Catherine Dolto. Año 2014; "Haptonomía pre y postnatal, por una ética de la seguridad afectiva". editorial crea vida.
- Dr. Michel Odent, año 2005; "Nacimiento renacido"; editorial creavida.
- Dr. Papagno. Dra. Vidal. Año 1986; "Así nacemos, fundamentos para un parto sin violencia". editorial Celsius.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[1] Modelo de U. Bronferbrenner, psicólogo ruso que describió al ser humano como el resultado de una serie de interacciones, en los diversos sistemas en los que este se desenvuelve, logrando de esta manera una comprensión global, holística y multidisciplinaria.

[2] Michel Odent, es un [médicoobstetrafrancés](#), y uno de los defensores más notables del parto fisiológico

[3] es la ciencia del sentimiento y de la vida afectiva estudia, describe los aspectos del contacto táctil, las interacciones y las relaciones afectivas entre los seres humanos a través del tacto.

[4]**Nils Bergman**: especialista sueco en neurociencia perinatal, uno de los fundadores del movimiento Kangaroo Mother Care y un promotor del contacto piel a piel entre una madre y un recién nacido

1. Lic. obstétrica. Especialista en Salud sexual y reproductiva. Titular de guardia del Hospital Carlos Bocalandro (prov. Bs As). Suplente de guardia del Hospital Vélez Sarsfield (CABA)
2. Lic. obstétrica. Especialista en Salud sexual y reproductiva. Suplente del Hospital Fernández (CABA)

Escuela FASGO

FASGO ofrece programas de formación a través de E-Learning con los temas más relevantes del quehacer profesional, dirigidos por especialistas de cada disciplina

[CURSOS.FASGO.ORG.AR](http://cursos.fasgo.org.ar)



<http://cursos.fasgo.org.ar>

Consensos FASGO

<http://consensos.fasgo.org.ar>

Jornadas, Cursos y Otras Actividades

<http://jornadas.fasgo.org.ar>

Info FASGO

<http://info.fasgo.org.ar>