

Revista FASGO



Volumen 22
Nº 4 – Noviembre de 2023

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Contenidos

Volumen 22 | N° 4 – Noviembre de 2023

- Página 3** Editorial. **Dr. Luis Auge**
- Página 6** **Autoridades**
- Página 8** Calidad de Atención en Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo
Lic. en Obst. Reissenveber Melina; Lic. en Obstet. Guariniello Luciana; Lic. en Obst. Vittori Silvia
- Página 13** Prevalencia y Caracterización de Embarazadas con Obesidad en el Hospital Doctor Jaime Ferre, Rafaela, en el Periodo de Abril - Octubre 2022
Epelbaum, Julio, Kurganoff, Mario, Jullier, Camila, Zalazar, Agustina, Bustos, Vanesa
- Página 22** Cándidas Vaginal
Pérez Duarte, Iván Rodrigo; Razetto, Georgina; Leiva, Silvina Érica; Torres, Luciano; Juárez, María Josefina
- Página 31** Anticoncepción en Pacientes Sobrevivientes de Cáncer de Mama
Cáceres Betiana, Novara Sofía, Gatti Verónica, Garello Néstor, Del Castillo Andrés, Del Castillo Soledad
- Página 44** Experiencia en Colocación de Métodos Anticonceptivos de Larga Duración en la Población Rural del Norte de la Provincia de Santa Fe
Mora Malén Ailín, Piacentini Pablo, Dr. Mamprín Rubén, Lic. Ramírez Nadia, Dra Villa Beatriz
- Página 46** Detección de Patología Cervical en Poblaciones Rurales del Norte de la Provincia de Santa Fe
Dr. Mamprín Rubén, Mora Malén Ailín, Dr. Piacentini Pablo, Dra. Reynoso Gala, Dr. Weisburd Juliana
- Página 56** Conocer el Impacto de la Recuperación de Espermatozoides en la Tasa de Embarazo, Nacidos Vivos y Abortos según la Edad de la Mujer en las Inseminaciones Intrauterinas realizadas entre 2015 y 2022 en la Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida del Hospital Provincial del Centenario Rosario
Cecilia Paparella, Daiana Kolmann, Ivanna Garneró, Patricia Perfumo
- Página 67** Aspectos Biológicos y Clínicos del Cáncer de Mama Triple Negativo en Pacientes del Servicio de Mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario
González, Ma. Amelia; Dorigoni, Camila; Alonso, María Encarnación; Vidallé Dalila
- Página 73** Actualización del Consenso de Obstetricia sobre Distocia de Hombros
Coordinadora: Dra. Marisa Mabel Espinoza
Expertos: Dr. Santiago Rollan, Roberto Keklikian, Marcelo Correa Viera, Diego Iglesias, Héctor Dante Lucchini
- Página 101** Guía de Anticoncepción en Personas con Discapacidad
Expertos: Dra. Elna Cocío, Dra. Florencia Kiquel, Dra. María Alejandra Martínez, Dra. Graciela Ortiz, Dra. María del Carmen Tinari de Platini, Dra. Daniela Rebelo, Dra. Fabiana Reina
Colaboradores: Lic. Carolina Buceta, Lic. Verónica Carolina Gonzalez Bonet, Dr. Iñaki Regueiro, Dra. Lía Arribas
- Página 130** Bigdata en salud. Lo que se viene...
Mariano Grilli

ISSN 2683-8826

Editorial

Una Experiencia Difícil de Olvidar

Quiero agradecer al Comité editorial de la Revista FASGO, por darme la posibilidad de escribir esta editorial como Presidente del Comité Científico del Congreso FASGO 2023.

En el ya largo peregrinar de nuestra actividad académica, tanto asistencial como docente, hemos aprehendido que las experiencias vividas las podemos dividir entre aquellas que olvidamos pronto, o aquellas que por su importancia, profundidad, aprendizaje y fuerte impacto emocional e intelectual, se hacen difícil de olvidar.

Trabajo desde hace muchos años en la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (F.A.S.G.O), Institución de referencia, pionera en el país y dirigida desde hace más de 60 años por grandes maestros de nuestras especialidades, con un sentido Federal muy arraigado, agrupando y representando a 26 Sociedades Federadas en el largo y ancho de nuestro país.

A fines del año 2022, ejerciendo la Presidencia del Consejo Académico Nacional, fue sorprendido por el Comisión Directiva de la Federación presidido por el Prof. Dr. Pedro Daguerre, a invitarme a ser el Presidente del Comité Científico del XXXVII Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia que se realizaría en Rosario, Santa Fe, los días 7 y 8 de septiembre de 2023.

Fue para mí un honor y una gran responsabilidad, tener que desarrollar los contenidos del Congreso más importante y numeroso del país, junto a un equipo de excelencia. EL Comité científico estaría integrado como asesores los Dres. Néstor Garello y Leonardo Mezabotta, como coordinadores las Dras. Graciela Ortiz y Leticia Ojeda y por 14 miembros representantes de varias de las Sociedades Federadas de FASGO, de ambas especialidades, agradeciendo en forma personal y de nuestro grupo de trabajo por haber confiado en nosotros para la elaboración del Programa Científico del Congreso

Consideramos que los contenidos del Programa Científico es parte muy importante de la educación médica continua, para lograr los estándares de excelencia.

Comenzamos a trabajar 9 meses antes de la fecha del Congreso en la propuesta de los ejes temáticos de ambas especialidades, del desarrollo de los contenidos y a comenzar a pensar sobre quiénes serían los Relatores nacionales con sentido federal, más idóneos para esta tarea y con similares criterios en cuanto a los Relatores extranjeros.

Trabajamos con total libertad en nuestra tarea, con la sola sugerencia de las autoridades de un desarrollo austero, dado la realidad económica de nuestro país.

Dividimos las actividades en el llamado Pre-Congreso, integrado por 8 Cursos virtuales, con los relatores en forma presenciales, dictados durante el mes previo a la fecha del Congreso y en el Congreso en forma presencial de dos días de duración.

Los objetivos que nos propusimos cuando comenzamos a elaborar la tarea científica, fueron tres: 1) que los contenidos lleguen a todos los participantes del Congreso, desde los más jóvenes o de reciente comienzo en su capacitación, hasta los de mayores conocimientos, tarea ardua para llevar a cabo en un Congreso tan numeroso. 2) enunciar los nuevos avances científicos, realizados a través de las ponencias de los Relatores, la validación de los mismos, su discusión, su

aceptación o no, pero siempre avalado por la evidencia científica, para poder llevarlo a la práctica con eficiencia. 3) que todos los participantes puedan tener la posibilidad de compartir sus experiencias ante los casos de la práctica diaria, entre ellos y los expertos de más experiencia.

El contenido del Programa Científico de ambas especialidades, fueron desarrollados de las siguientes maneras, a través de 24 conferencias, de relatores nacionales y extranjeros, 16 simposios, 8 foros de discusión,

4 contrapunto con el experto, 4 conferencia en disenso y 14 mesas de experto.

Se presentaron mas de 120 trabajos científicos expuestos en forma oral, posters y videos mostrando la experiencia de los participantes, se expusieron las actividades de los diferentes Comités de FASGO y se desarrollo 1 Olimpiada científica para residentes

Quiero agradecer al grupo, del Comité Científico en su totalidad, ya que hubiera sido imposible esta tarea si no fuera por su disponibilidad, sus conocimientos, sus sugerencias, sus horas brindadas de trabajo individual y su solidaridad, con una mención especial a la tarea de la Sra. Gabriela Barral, Secretaria académica del Congreso, por su experiencia, paciencia y entrega.

Quiero agradecer tambien a todos los que hicieron posibles el Congreso, tales como los Relatores, Coordinadores, Discutidores y Secretarías de cada actividad, por sus conocimientos y su disponibilidad, asi como a todo el grupo de administración, de conectividad y de maestría, sin lo cual no hubiera sido posible los 2 días de intensa actividad

Un párrafo muy especial de agradecimiento a la Comision Directiva de FASGO, liderado por el Dr. Pedro Daguerre, nuestro Presidente, por su incansable trabajo, por haber creído en nosotros, por su apoyo en todo lo que necesitamos, por su seguimiento y sus consejos durante estos 9 meses de trabajo, su generosidad y lo más importante, el ejemplo de entrega a esta tarea que se propuso y que nos permitió a todos un aprendizaje muy importante.

Por último, el agradecimiento por haberme brindado el importante reconocimiento del nombramiento de "Maestro de la ginecología Argentina", sin ningún merecimiento más que cumplir con lo que me había comprometido,

Por todo lo dicho en estas breves líneas, por todo aquello que no he podido expresar, pero por lo que viví, sentí y aprehendí en esta maravillosa experiencia, es que he llamado a esta editorial -
UNA EXPERIENCIA DIFICIL DE OLVIDAR -

¡¡FASGO SOMOS TODOS!!

Muchas gracias y a disfrutar la revista FASGO

Dr. Luis Auge
Prof. Titular Consulto. U.B.A.
Presidente del CAN de FASGO



REVISTA FASGO

Director

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario de Redacción

Dr. Pablo Sayago

Comité Editorial: Dr. Samuel Seiref

Dra. Claudia Travella

Comité Científico Dr. Mariano Grilli

Dr. Horacio Crespo

Dra. Alejandra Julia Giurgiovich

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2021-2023

Presidente: Dr. Pedro Daguerre

Vicepresidente: Dr. Hector Scaravonati

Secretaria General: Dra. Mabel Martino

Prosecretario General: Dr. Sebastián Gogorza

Tesorera: Dra. Claudia Travella

Protesorero: Dr. Constantino Mattar

Secretario de Actas: Dr. Enrique Elli

Director de Publicaciones: Dr. Augusto Ortiz

Vocales Titulares: Dr. Miguel Huespe

Dra. Graciela Serio

Vocales Suplentes: Dr. Augusto Ortiz

Dr. Mario Kurganoff

Dr. Marcelo Kolar

Dr. Alejandra Elizalde Cremonte

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Titulares: Dr. Diego Nogueira

Dr. Roberto Ovando

Dr. Javier Lukestik

Suplentes: Dr. Roberto Tissera

Dra. Daniela Rebelo

Dra. Adriana Montivero

TRIBUNAL DE HONOR

Titulares: Dr. René Del Castillo

Dr. Antonio Lorusso

Dr. Roberto Tozzini

Suplentes: Dr. Francisco Gago

Dr. Raúl Winograd

Dra. Maria Sebastiana Sanchez

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

Presidente: Prof. Dr. Luis Augé

Vicepresidente: Prof. Dr. Héctor Bolatti

Secretario General: Prof. Dr. Raul Winograd

Prosecretario: Prof. Dr. Samuel Seiref

Secretario de Actas: Dra. Leticia Ojeda

Vocales: Prof. Dr. Néstor Garelo

Prof. Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Prof. Dr. Edgar Zamuttini

Prof. Dr. Orlando Forastieri

Coordinador General de Evaluaciones de Residencias:

Dr. Martín Etchegaray (UBA)

Comités Nacionales

ÁREA ACADÉMICA

Escuela FASGO

Director General

Dr. Samuel Seiref

Director Honorario

Dr. Antonio Lorusso

Director Área Ginecología

Dr. Martín Echegaray

Director Área Obstetricia

Dra. Sara Papa

Coordinación Área Ginecología

Dr. Mariano Toziano

Dra. Adriana Díaz Montivero

Dr. Guillermo Kerz

Dra. Graciela Ortiz

Coordinación Área Obstetricia

Dr. Roberto Votta

Dr. Roberto Tissera

Dr. Nicolás Avila

Dr. Omar Latino

Comité Científico

Presidente

Dra. Liliana Voto

Asesores

Dr. Néstor Garello

Dr. Leonardo Mezabotta

Coordinadores

Dra. Sonia García

Dr. Horacio Crespo

Comité Congresos Nacionales y Regionales

Coordinadores

Dra. Adriana Diaz Montivero

Dr. Leonardo Kwiatkowski

Dra. Sara Papa

Comité Derechos Sexuales y Salud Reproductiva

Coordinadora

Dra. Silvia Oizerovich

Integrantes

Dra. Maria del Carmen Tinari de Platini

Dra. Florencia Kiguel

Dra. Rosana González

Dra. Daniela Rebelo

Dra. Fabiana Reyna

Dra. Graciela Ortiz

Comité Violencia

Coordinadora

Dra. Diana Galimberti

Integrantes

Dra. Silvia B. Mancini de Gentile

Dra. María Mohedano

Dr. Marcelo Guz

Dra. Sandra Magirena

Dra. Florencia Echevarria Avellaneda

Dr. Roberto Yahni

Comité Salud Materna

Coordinador

Dr. Roberto Casale

Integrantes

Dr. Ignacio Asprea

Dra. María Julia Cuetos

Dra. María Soledad Ratto

Dra. Leticia Ojeda

Dr. Javier Lukeстик

Dr. Roberto Tissera

Dr. Gerardo Murga

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dra. Claudia Travella

Dr. Nicolas Avila

Dr. Julián Pascale

Dr. Sebastián Sar

Dr. Marcelo Correa

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Juan Fazio

Comité Revista

Director Editorial

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario Redacción

Dr. Pablo Sayago

Comité Editorial

Dr. Samuel Seiref

Dra. Claudia Travella

Comité Científico

Dr. Mariano Grilli

Dr. Horacio Crespo

Dra. Alejandra Julia Giurgiovich

Comité de Investigación

Coordinadores

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dr. Nicolás Avila

Integrantes

Dra. Roxana de Giusto

Dra. Marta Bertín

Dr. Guillermo Kerz

Dr. Roberto Keklikian

Dr. Sebastián Pablo Udry

ÁREA DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Comité Ejercicio Profesional

Coordinadora

Dra. Lorena Roca

Integrantes

Dr. Emilio Martínez Luque

Dr. Jorge Araldi

Dra. Mirna Moyano

Dra. Silvia Ferroni

Comité Desarrollo Directivo

Coordinadora

Dra. Graciela Serio

Integrantes

Dr. Mario Kurganov

Dra. María del Carmen Tinari

Comité Aspectos Legales y Bioética

Coordinador

Dr. Roberto Keklikian

Integrantes

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dr. Javier Lukestik

Dr. Florencio Casavilla

Dr. Santiago Elizalde

Dr. Mario Kurganoff

Dra. Marta Bertín

Comité Vinculación con Instituciones Nacionales e Internacionales

Coordinadores

Dr. Néstor Garello

Dr. Héctor Bolatti

ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE GESTIÓN

Comité Administración Eficiente de Recursos

Presidente

Dr. Pedro Daguerre

Coordinadores

Dra. Claudia Travella

Dr. Constantino Mattar

Comité Membresía

Coordinadora

Dra. Sara Papa

Coordinadores Regionales

Dr. Mario Kurganoff

Dra. Sonia Molina

Dr. Augusto Ortiz

Dr. Mariano Rossini

Dra. Claudia Trejo

Dra. Silvia Gómez

Comité Comunicación

Coordinadora

Dr. Augusto Ortiz

Integrantes

Dr. José María Mariconde

Dra. María Soledad Ratto

Calidad de Atención en Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo

Autores:

Lic. en Obstetricia Reissenveber Melina; Lic. en Obstetricia Guariniello Luciana; Lic. en Obstetricia Vittori Silvia.

Condensación: Se evaluó el nivel de satisfacción y calidad de atención en personas gestantes que accedieron a una iva/ile.

Palabras Claves: IVE/ILE- Atención- Calidad- Satisfacción

Resumen

Objetivo

Evaluar el nivel de satisfacción de las usuarias de acuerdo a la percepción de calidad de atención en las personas gestantes que accedieron a una IVE (interrupción voluntaria del embarazo) en el Centro de Salud Dr. Bartolomé Giacomotti y Hospital Justo José de Urquiza de la Ciudad de Concepción del Uruguay en el período de junio del año 2022 a junio del año 2023.

Material y métodos

La presente investigación fue de carácter descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal, no experimental; en una muestra de 155 usuarias que asistieron a la consulta post IVE. Para la recolección de datos, se realizó una encuesta virtual, anónima y estructurada. El análisis estadístico utilizado según su función es descriptivo y según el número de variables univariado.

Resultados

De la cantidad de usuarias que accedieron a una IVE/ILE (n=155), se observó que el 82% (n=127) de las usuarias refirieron haber tenido una buena atención. El 78,7% (n=122) consideró que el tiempo para realizar el procedimiento fue el adecuado y el 66% (n=103) de las usuarias refiere haberse sentido acompañada por parte de los profesionales de la salud durante todo el procedimiento. En relación a los tiempos de los laboratorios y ecografía un 45% (n=70) cree que los tiempos para realizarlos fueron los ideales; a su vez, el 99,4% (n=154) de las usuarias refieren que se respetó su privacidad en el proceso. Con respecto a métodos anticonceptivos post evento obstétrico el 91,6% (n=142) respondió que recibió información acerca de los métodos anticonceptivos que se pueden utilizar y el 8,4% (N=13) no recibió información. El 91,8% (N=143) recibió el método anticonceptivo de elección. Por consiguiente, el 65.7% (N=102) optó por un método de corta duración, predominando los anticonceptivos orales con el 43,2% (N=67) y otros como el parche, anillo vaginal e inyectable mensual en un 22,5% (N=35). El 26,1% (N=41) decidió colocarse un método anticonceptivo de larga duración,

siendo el implante subdérmico el más elegido con el 20,7% (N=32) seguido del DIU con un 5,4% (N=9).

Conclusión

La población estudiada demuestra un alto nivel de satisfacción de acuerdo a la calidad de atención de las personas que accedieron a un IVE/ILE en el CAPS Dr. Bartolomé Giacomotti y el Hospital Justo José de Urquiza. Además, coincidieron en que se respetó su privacidad, se sintieron acompañadas durante el procedimiento, y que los tiempos del procedimiento fueron los esperados. Gran parte de la muestra manifestó que los tiempos de laboratorios y ecografías fueron adecuados. Por último, la mayoría pudo acceder al método anticonceptivo de su elección siendo el más elegido los anticonceptivos orales. Con estos datos se deduce que como profesionales de salud se debería reforzar la consejería en LARCS para disminuir la recurrencia de embarazos no planificados; siendo de suma importancia también tener en cuenta que la consulta en una institución de salud constituye una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulneración muchas veces invisibilizadas.

Summary

Objective

Evaluate the level of satisfaction of the users according to the perception of quality of care in pregnant people who accessed a IVE (voluntary termination of pregnancy) in the Dr. Bartolomé Giacomotti Health Center and Justo José de Urquiza Hospital in the City of Concepción del Uruguay in the period of June 2022 and June 2023.

Material and methods

The present research was descriptive, retrospective, quantitative, cross-sectional, non-experimental; in a sample of 155 users who attended the post IVE consultation. For data collection, a virtual, anonymous and structured survey was conducted. The statistical analysis used according to its function is descriptive and according to the univariate number of variables.

Results

The absolute frequency of users who accessed an IVE/ILE (n=155), it was observed that 82% (n=127) of the users reported having had good care. 78.7% (n=122) considered that the time to perform the procedure was adequate and 66% (n=103) of users report having felt accompanied by health professionals throughout the procedure. In relation to the times of the laboratories and ultrasound, 45% (n=70) believe that the times to perform them were ideal; In turn, 99.4% (n=154) of the users reported that their privacy was respected in the process. Regarding contraceptive methods after an obstetric event, 91.6% (n=142) responded that they received information about contraceptive methods that can be used and 8.4% (N=13) received no information. 91.8% (N=143) received the contraceptive method of choice. Therefore, 65.7%

(N=102) opted for a short-term method, with oral contraceptives predominating with 43.2% (N=67). and others such as the patch, vaginal ring and monthly injectable by 22.5% (N = 35). 26.1% (N=41) decided to have a contraceptive method of long duration, being the subdermal implant the most chosen with 20.7% (N=32) followed by the IUD with 5.4% (N=9).

Conclusion

The population studied demonstrates a high level of satisfaction according to the quality of care of people who accessed an IVE/ILE an Dr. Giacomotti Center Health and Justo José de Urquiza Hospital. In addition, they agreed that their privacy was respected, they felt accompanied during the procedure, and that the times of the procedure were as expected. A large part of the sample stated that the times of laboratories and ultrasounds were adequate. Finally, most were able to access the contraceptive method of their choice, with oral contraceptives being the most chosen. With these data it is deduced that as health professionals counseling should be reinforced in LARCS to reduce the recurrence of unplanned pregnancies, it is also very important to take into account that consultation in a health institution constitutes An opportunity to accompany other situations of violation often invisible.

Introducción

En Argentina, la ley 27.610 de Interrupción voluntaria del embarazo, fue sancionada el 30 de diciembre de 2020, promulgada el 14 de enero de 2021 y publicada en el Boletín Oficial el 15 de enero de 2021. Esta ley regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y la atención posaborto de todas las personas con capacidad de gestar.

El 24 de enero de 2021 entró en vigencia dicha ley, y amplió los derechos vinculados a la interrupción del embarazo. Es de aplicación obligatoria en todo el país. (1)

La ley amplía el sistema de causales establecido en el código penal desde 1921 por un sistema mixto de plazos y causales. De esta manera reconoce el derecho de las mujeres y personas con capacidad de gestar a interrumpir su embarazo hasta la semana 14 inclusive. Fuera de este plazo la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante , es decir manteniendo las causales establecidas en el código penal y los lineamientos del fallo F.A.L de la CSJN. (2)

El derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) contribuye también a reducir las inequidades en salud, de género y socioeconómicas, porque mejora el acceso a la salud de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, en especial de los sectores más vulnerables. También reduce las inequidades en el acceso, porque amplía la puerta de ingreso al sistema de salud: la consulta por IVE constituye una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulneración como son la falta de acceso a métodos anticonceptivos y situaciones de violencias, muchas veces invisibilizadas. (3)

Asimismo, todas las personas tienen derecho a la atención post aborto más allá de si el mismo se produjo o no en las situaciones previstas por la ley, y al acceso a métodos anticonceptivos. (1).

El aborto no es un evento excepcional en la vida de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, por el contrario es una situación frecuente. La cifra estimada de abortos inducidos en nuestro país se encuentra entre 371.000 y 522.000, según las únicas estimaciones realizadas hasta el momento, lo que indicaría que en Argentina ocurren entre 6 y 7 abortos cada 10 partos. Si se analiza los motivos por los cuales las mujeres en edad fértil egresan de un hospital, se observa que el aborto es segunda causa de egreso, siendo la primera parto y sus complicaciones(3)

En la provincia de Buenos Aires se registran en los últimos años disponibles 15.000 egresos por año por este motivo, lo que confirma la magnitud de la práctica en el territorio provincial, los egresos por aborto representan, para el año 2019, el 5% del total de los egresos hospitalarios de las mujeres en edad fértil. La consecuencia más dramática de los abortos inseguros es, sin duda, que numerosas personas mueren en el intento de terminar un embarazo no deseado, no intencional o forzado cuando no acceden a una práctica segura dentro del sistema de salud. (3)

En la provincia de Entre Ríos, durante 2022 se efectuaron 2444 abortos en todo el sistema público de salud, de acuerdo a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSYR), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y sistematizados por el proyecto mirar. El incremento de las ive/ile entre 2021 y 2022 fue de 1.5. A su vez, en la provincia hay 41 servicios de salud públicos que garantizan el acceso al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. (4)

Con el propósito de mejorar la calidad de la atención para las personas con capacidad de gestar que deseen acceder a la interrupción voluntaria del embarazo se realizó este trabajo de investigación, teniendo en cuenta la labor de los profesionales, como también evaluar trabas durante el proceso para poder mejorar y lograr la equidad en la atención, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo nivel.

Material y Métodos

Tipo de estudio: La presente investigación fue de carácter descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal, no experimental.

Área de estudio: El presente estudio se llevó a cabo en el CAPS “Dr. Bartolomé Giacomotti” y “Hospital Justo José de Urquiza”.

Población: Conformada por usuarias que asistieron a la consulta de control post IVE en el Centro de salud Dr. Bartolomé Giacomotti y Hospital Justo José de Urquiza.

Muestra: Entre el periodo de enero del 2022 y junio del 2023 se realizaron 339 IVE/ILE y la muestra se conforma por 155 usuarias que asistieron a la consulta post IVE durante junio del 2022 y junio del 2023 en el Centro de salud Dr. Bartolomé Giacomotti y Hospital Justo José de Urquiza.

Recolección de datos: para la recolección de datos, se realizó una encuesta virtual, anónima y estructurada.

Tiempo: Comprendido entre junio del año 2022 y junio del año 2023.

Criterios de inclusión:

- Usuarías que asistieron a la consulta post IVE en el Centro de salud Dr. Bartolomé Giacomotti y Hospital Justo José de Urquiza.

Criterios de exclusión:

- Usuarías que no concurrieron a la consulta post IVE.
- Usuarías que decidieron no participar de la investigación.

Resultados

De las 155 encuestas realizadas para medir la percepción de la calidad de atención y el grado de satisfacción de acuerdo a la atención recibida se observó que el 82% de las usuarias refirieron haber tenido una buena atención y el restante de las mismas una atención regular. (Gráfico N°1)

Para determinar si los tiempos delimitados por los profesionales de salud fueron los adecuados se consideraron dos parámetros: el tiempo para realizar laboratorios y ecografía, y el tiempo para realizar el procedimiento IVE/ILE.

Del total de la población encuestada el 78,7% consideró que el tiempo para realizar el procedimiento fue el adecuado, mientras que el 21,3% consideró que el tiempo para realizar el procedimiento no fue el adecuado (Gráfico N°2).

A su vez, en relación a los tiempos de los laboratorios y ecografía un 45% cree que los tiempos para realizarlos fueron los ideales, un 22% considera que los tiempos fueron dilatados. Un 21% considera que fue adecuado el tiempo para realizar ecografía, pero no laboratorios y un 12% considera que fue adecuado el tiempo para realizar laboratorios, pero no ecografía. (Gráfico N°3)

Del total de la población estudiada, el 66% de las usuarias que accedieron a la interrupción voluntaria del embarazo refiere haberse sentido acompañada por parte de los profesionales de la salud durante todo el procedimiento, un 5% de las usuarias no se sintió acompañada durante el mismo, un 14% no se sintió acompañada luego del procedimiento y un 15% no se sintió acompañada antes del procedimiento (Gráfico N°4).

De las 155 encuestadas, el 91,6% respondió que recibió información acerca de los métodos anticonceptivos que se pueden utilizar post tratamiento. El 8,4% que respondió no haber recibido información acerca de los métodos anticonceptivos post tratamiento. El 91,8% recibió el método anticonceptivo de elección y un 8,2% refiere que no se les fue brindado el método anticonceptivo de elección. El 65,7% eligió el de corta duración predominando los anticonceptivos orales con el 43,2% y otros (parche, anillo vaginal, inyectable mensual) con el 22,5% de elegibilidad. El 26,1% recibió un método anticonceptivo de larga duración, el 20,7% optó por el implante subdérmico mientras que el 5,4% se colocó el DIU (Gráfico N°5).

Del 8,2% (N=13) que no eligió ningún método anticonceptivo refirió que los motivos fueron por decisión propia en un 4,3%; el 2,5% no recibió el método anticonceptivo elegido debido a falta de insumos en el centro de salud/hospital; y un 1,4% refiere que no se les ofreció ningún método al momento de la consulta. (Gráfico N°6)

Gráficos

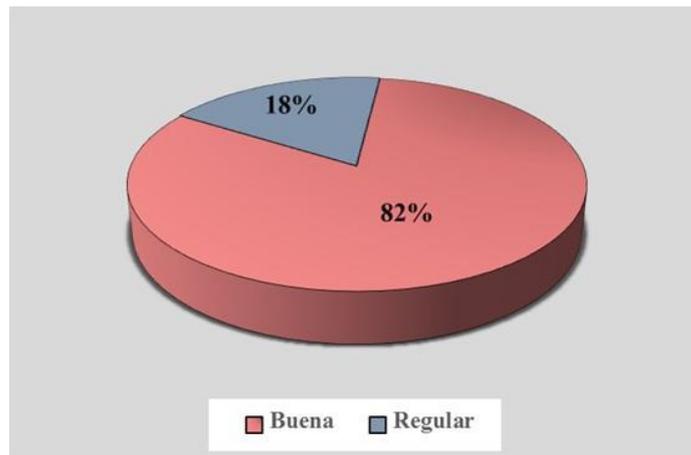


Gráfico N°1 Percepción de la calidad de atención



Gráfico N° 2 Tiempos para realizar estudios complementarios



Gráfico N° 3 Tiempos adecuados para realizar el procedimiento

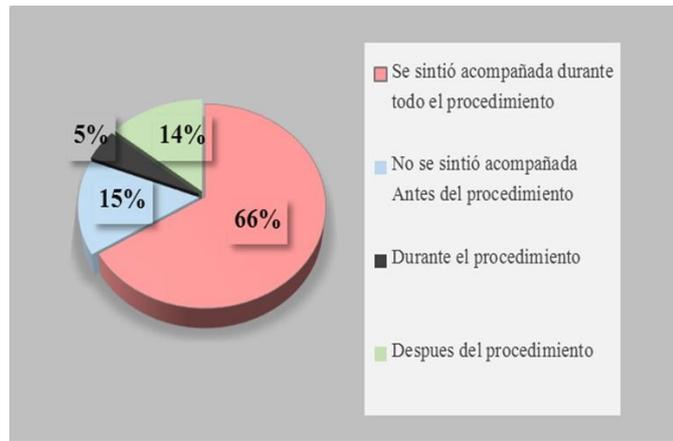


Gráfico N°4 Acompañamiento antes, durante y después del procedimiento

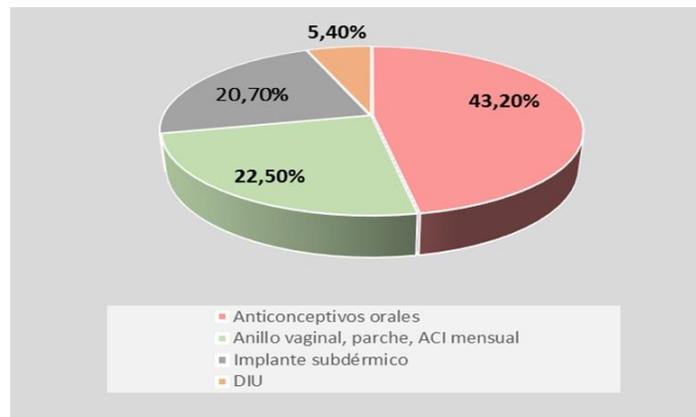


Gráfico N° 5 Anticoncepción inmediata post evento obstétrico

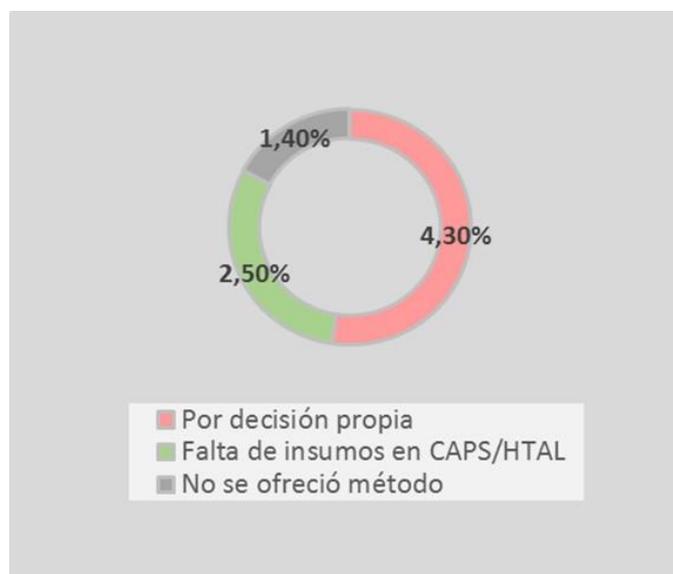


Gráfico N° 6 Motivos por el cual no accedieron a un método anticonceptivo luego del evento obstétrico

Conclusión

Con esta investigación podemos entender que la atención de calidad por parte de los profesionales contribuye a reducir las inequidades en salud, de género y socioeconómicas, porque mejora el acceso a la salud de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, en especial de los sectores más vulnerables.

Se pudo concluir que la percepción personal de las usuarias que han accedido a la práctica de IVE/ILE con respecto a la atención brindada por los profesionales fue adecuada para casi la totalidad de la muestra, ya que los tiempos delimitados por las/los profesionales de salud intervinientes fueron los esperados en casi la mayoría de las participantes.

A su vez, gran parte de las encuestadas manifestó sentirse acompañada antes, durante y después del procedimiento por parte de los/las profesionales de salud, mientras que un porcentaje menor manifestó no sentirse acompañada antes y después del mismo.

Por otro lado, las mismas expresaron en su totalidad haber recibido consejería en salud sexual y procreación responsable post evento obstétrico, aunque una minoría no recibió el método anticonceptivo elegido por faltante de los mismos en el efector de salud.

Cabe destacar que se observó una diferencia significativa en cuanto a la elección de los métodos de corta y larga duración siendo los más elegidos los anticonceptivos orales como de corta duración y el implante subdérmico como de larga duración.

Con estos datos se deduce que como profesionales de salud se debería reforzar la consejería en LARCS para disminuir la recurrencia de embarazos no planificados. La consulta en una institución de salud constituye una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulneración muchas veces invisibilizadas.

Agradecimientos

A nuestra instructora de residencia por brindarnos el espacio y apoyarnos en cada investigación que realizamos, y al resto del equipo de la residencia de obstetricia comunitaria que sin su apoyo no sería posible este trabajo.

Referencia Bibliográfica

1. Ministerio de Salud de la Nación, Gobierno de Argentina [Internet] (2021) Gob.ar. [citado el 12 de octubre de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf
2. CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN ARGENTINA [Internet] (2021) . Gob.ar. [citado el 12 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>
3. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires [Internet] (2020) Gob.ar. [citado el 12 de octubre de 2023]. Disponible

en: <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>

4. Entre Ríos: panorama de la implementación de la ley de acceso al aborto [Internet]. UNFPA Argentina. 2022 [citado el 12 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/news/entre-r%C3%ADos-panorama-de-la-implementaci%C3%B3n-de-la-ley-de-acceso-al-aborto>

Prevalencia y Caracterización de Embarazadas con Obesidad en el Hospital Doctor Jaime Ferre, Rafaela, en el Periodo de Abril - Octubre 2022

Autores:

Epelbaum, Julio¹, Kurganoff, Mario², Jullier, Camila³, Zalazar, Agustina⁴, Bustos, Vanesa⁵

Condensación: El presente trabajo describe la relación entre obesidad materna y mayor porcentaje de resultados adversos perinatales, constatándose mayor tasa de cesáreas y recién nacidos macrosómicos.

Palabras Claves: Embarazo. Sobrepeso. Obesidad.

Resumen

Objetivos

Comprobar la prevalencia de pacientes embarazadas con obesidad y su relación con resultados adversos perinatales.

Materiales y Métodos.

Estudio transversal descriptivo retrospectivo. Se recolectó información de los carnets perinatales.

Resultados

De 405 pacientes, el 23,7% inició su embarazo con un IMC acorde a sobrepeso, y el 34% acorde a obesidad. Al final del embarazo, del total de pacientes obesas, el 53% se encontraban dentro de la categoría correspondiente a obesidad grado I, el 25% a obesidad grado II y el 22% restante acorde a obesidad grado III. (Grafico 1). El 74% del total de pacientes obesas, finalizaron su embarazo por cesárea, correspondiendo un 41,6% a cesáreas electivas. El 67% de los recién nacidos macrosómicos, eran hijos de madres obesas (Grafico 2).

Conclusión

Como está claramente documentado en la literatura mundial, existe una franca relación entre la obesidad y la mayor tasa de cesáreas y de recién nacidos macrosómicos.

Summary

Objectives

Check the prevalence of pregnant patients with obesity and its relationship with adverse perinatal outcomes.

Materials and methods

Retrospective descriptive cross-sectional study. Information has been collected from the perinatal card.

Results

Of 405 patients, 23.7% began their pregnancy with a BMI that coincided with overweight and 34% with obesity. At the birth, of the total obese patients, the 53% fell into the category corresponding to grade I of obesity, 25% to grade II and the 22% to grade III obesity. (Figure 1). The 74% of all obese patients' birth were through cesarean surgery, corresponding to 41.6% of elective cesarean sections. The 67% of those born was children with macrosomic weight (Graph 2).

Conclusion

As is clearly documented in the world literature, there is a clear relationship between obesity and higher rate of cesarean sections and macrosomic birth.

Key Words: Pregnancy. Overweight. Obesity.

Introducción

La obesidad fue declarada en 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una "pandemia mundial"; uno de los principales problemas médicos que complica el embarazo, con implicancias a corto y largo plazo y consecuencias para la salud de las generaciones presentes y futuras.⁽¹⁾

Las mujeres embarazadas con obesidad tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones tanto maternas como perinatales, y los riesgos se multiplican proporcionalmente al grado de obesidad, observándose mayor incidencia de aborto, muerte fetal y neonatal, hipertensión inducida del embarazo, preeclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal, defectos cardíacos congénitos y defectos del tubo neural, mayor tasa de cesáreas, de fracaso de inducción y falta de progresión al trabajo de parto, hemorragia postparto, infecciones del sitio quirúrgico, endometritis, trombosis venosa profunda puerperal, dificultades anestésicas con mayor requerimiento de uso de anestesia general, interrupción temprana de la lactancia materna, entre otras.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁵⁾

Mejorar esta situación resultaría en minimizar la modificación epigenética del genoma embrionario, que tiene un impacto negativo sobre las generaciones futuras y su programación metabólica, al reducir la exposición fetal a niveles elevados de glucosa, insulina, lípidos y citocinas inflamatorias.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo retrospectivo sobre embarazadas con sobrepeso y obesidad, valorando la prevalencia de tal enfermedad en nuestra población hospitalaria y los eventos obstétricos adversos a los cuales se relaciona incluyendo tasa de cesáreas.

Se recolectó información de los carnets perinatales de aquellas pacientes cuyos nacimientos se llevaron a cabo en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. Jaime Ferre de la localidad de Rafaela, Santa Fe, en el periodo comprendido entre Abril y Octubre 2022, obteniéndose datos como: Índice de masa corporal (IMC) al inicio y final del embarazo, vía y motivo de finalización, edad gestacional y peso al nacer, que fueron analizados en el Sistema estadístico de Microsoft Office Excel 2021.

Se consideraron los puntos de corte para las diferentes categorías del IMC los publicados por la OMS.

Fueron criterios de exclusión de este estudio aquellas pacientes que iniciaron su control obstétrico más allá de las 12 semanas de embarazo y en quienes no se contaba con tal información.

Category	BMI*
Underweight	Less than 18.5
Normal weight	18.5–24.9
Overweight	25.0–29.9
Obesity class I	30.0–34.9
Obesity class II	35.0–39.9
Obesity class III	40 or greater

BMI, body mass index.
*Weight in kilograms divided by height in meters squared (kg/m²)

Tabla 1. OMS. 2021. Categorías de IMC.

Resultados

Se concluyó que, del total de 405 pacientes, el 23,7% inició su embarazo con un IMC acorde a sobrepeso, y el 34% acorde a obesidad. Al final del embarazo, del total de pacientes obesas, el 53% se encontraban dentro de la categoría correspondiente a obesidad grado I, el 25% a obesidad grado II y el 22% restante acorde a obesidad grado III. (Grafico 1)

El promedio de IMC inicial fue de 27,5, en comparación con un IMC final de 32.

El 74% del total de pacientes obesas, finalizaron su embarazo por cesárea, correspondiendo un 41,6% a cesáreas electivas, un 7,4% a cesáreas por falta de progresión al trabajo de parto y un 1,1% secundaria a falta de rotación y descenso. En contraste, la tasa de cesárea en pacientes no obesas fue del 60,45%, con un porcentaje del 47% de cesáreas electivas, un 3,8% por falta de progresión al trabajo de parto y un 2,8% debido a falta de rotación y descenso.

En cuanto a lo que respecta a prematuridad, acorde a la literatura mundial, se documentó un mayor porcentaje de nacimientos prematuros en pacientes no obesas (59,6%) que en pacientes obesas (40,4%) y, conforme la información ya disponible, se constató que el 67% de los recién nacidos macrosómicos, eran hijos de madres obesas, correspondiendo el 33% restante a hijos de madres no obesas. (Gráfico 2)

No se pudo relacionar en nuestra población estudiada, casos de pacientes obesas con diabetes pregestacional o gestacional y recién nacidos macrosómicos.

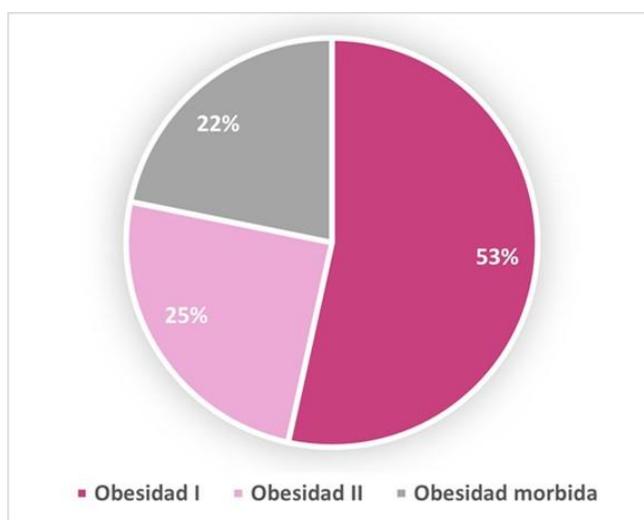


Gráfico 1. Obesidad al final del embarazo. Se objetiva en porcentajes el total de pacientes con obesidad al finalizar el embarazo, con su respectiva clasificación según grado de obesidad.



Gráfico 2. Macrosomía fetal e IMC. Se presenta la prevalencia de macrosomía fetal y su relación con el normopeso y obesidad al final del embarazo.

Conclusión

La obesidad es un problema de salud pública cuya prevalencia va en ascenso ⁽¹⁾, y nuestra población embarazada no es la excepción.

Como está claramente documentado en la literatura mundial, y como se ve exployado en nuestros resultados, existe una franca relación entre la obesidad y la mayor tasa de cesáreas y de recién nacidos macrosómicos.

Hacer frente a la pandemia de obesidad es uno de los principales retos en la salud del siglo XXI, siendo el período preconcepcional, gestacional y los primeros años de vida excelentes ventanas de oportunidad para prevenir esta enfermedad y disminuir así directamente la morbilidad y mortalidad maternoperinatal. ⁽¹⁾⁽⁴⁾

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Nota descriptiva: Obesidad y sobrepeso. 9 de Junio 2021. Sitio web Organización Mundial de la Salud.
2. Andreea A. Creanga, M.D., Patrick M. Catalano, M.D., and Brian T. Bateman, M.D. Obesity in Pregnancy. The New England Journal of Medicine. Review Article. July 21, 2022; 387: 248-59. Dan L. Longo, M.D., Editor.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins–Obstetrics. Obesity in pregnancy: ACOG practice bulletin, number 230. Obstet Gynecol 2021;137 (6): e128- e144.
4. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta. [Atención previa a la concepción: riesgos e intervenciones nutricionales](#). National Library of Medicine. Epub 2014 - 26 de Septiembre.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' practice bulletin. Obesity in pregnancy. Committee Opinion No. 549. 26 de julio de 2013;121(1):213-7.

1. Medico Tocoginecólogo. Jefe de Servicio de Tocoginecología.
2. Medico Tocoginecólogo. Medico de planta del Servicio de Tocoginecología, especialista en Mastología.
3. Médica residente de cuarto año de Tocoginecología.
4. Médica residente de cuarto año de Tocoginecología.
5. Médica residente de tercer año de Tocoginecología.

Candiasis Vaginal

Autores:

Pérez Duarte, Iván Rodrigo¹; Razetto, Georgina¹; Leiva, Silvina Érica²; Torres, Luciano²; Juárez, María Josefina³

Condensación:

Este trabajo aborda la candidiasis vaginal en mujeres en edad fértil, con el propósito de obtener información acerca de la distribución de las distintas especies de *Candida* junto con su susceptibilidad antifúngica.

Palabras Clave: *candidiasis vaginal; Candida; susceptibilidad; antifúngicos.*

Resumen Estructurado

Resumen (Español)

Objetivo

Conocer las especies *Candida* aisladas en pacientes mujeres en edad reproductiva con candidiasis vaginal. Determinar el perfil de sensibilidad a antifúngicos (ATF) de las especies de *Candida* aisladas.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal, en el cual se aislaron en medio Sabouraud suplementado con glucosa 124 cepas de *Candida* provenientes de muestras de flujo vaginal obtenidas durante el período de Mayo 2022 a Enero 2023. Para la identificación de especie se utilizó *CHROMagar Candida* y se realizaron pruebas complementarias como formación de tubo germinativo y pseudohifas en pool de suero humano, desarrollo de clamidoconidios en medio agar harina de maíz-tween 80 e investigación de asimilación de trehalosa. La sensibilidad *in vitro* fue investigada por el método de difusión con discos de ATF (Neo-Sensitabs®; Rosco Diagnostika) fluconazol(FLU), Itraconazol(ITRA) y Anfotericina B(AMB) y siguiendo las recomendaciones de *Clinical & Laboratory Standard Institute* (CLSI).

Resultados

Se observó *C. albicans* en 85,5 % de los aislados seguida por *C. glabrata* con 7.3 %, *C.krusei* 4%, *C. tropicalis* 2.4% y otras especies *candida*. Para FLU, 0.9% de las cepas de *C. albicans*, 11.1 % de *Candida glabrata* y 100% de *C.krusei* presentaron resistencia. Para ITRA, el 17% de los aislamientos de *C. albicans*, el 55.6% de *C. glabrata* y 100% de *C. krusei* fueron resistentes. No hubo aislamientos resistentes a AMB.

Conclusiones

La candidiasis vaginal sigue teniendo como agente etiológico principal a *Candida albicans* que es ampliamente sensible a los ATF. Las especies *C. glabrata* y *C. krusei* presentan un aumento en la resistencia a los azoles y suelen ser las responsables de fallas en los tratamientos con ATF. Los resultados obtenidos ratifican la creciente necesidad de la realización de las pruebas de identificación de especies de *Candida* y determinación de la sensibilidad *in vitro* a los ATF con el fin de orientar el tratamiento de la candidiasis vaginal hacia el éxito terapéutico.

Resumen (Inglés):

Objective

To identify the *Candida* species isolated in female patients of reproductive age with vaginal candidiasis. To determine the antifungal (ATF) sensitivity profile of the isolated *Candida* species.

Materials and methods

Cross-sectional descriptive study, in which 124 *Candida* strains from vaginal discharge samples obtained during the period from May 2022 to January 2023 were isolated in Sabouraud medium supplemented with glucose. *CHROMagar Candida* was used for species identification and complementary tests such as germ tube and pseudohyphae formation in human serum pool, chlamydoconidia development in corn meal agar with Tween 80 medium and investigation of trehalose assimilation were performed. *In vitro* sensitivity was investigated by diffusion method with ATF discs (Neo-Sensitabs®; Rosco Diagnóstika) fluconazole (FLU), itraconazole (ITRA) and amphotericin B (AMB) and following Clinical & Laboratory Standard Institute (CLSI) recommendations.

Results

C. albicans was observed in 85.5% of the isolates followed by *C. glabrata* with 7.3%, *C. krusei* 4%, *C. tropicalis* 2.4% and other *Candida* species. For FLU, 0.9% of *C. albicans*, 11.1% of *C. glabrata* and 100% of *C. krusei* isolates showed resistance. For ITRA, 17% of *C. albicans* isolates, 55.6% of *C. glabrata* and 100% of *C. krusei* were resistant. There were no isolates resistant to AMB.

Conclusions

Vaginal candidiasis continues to present *Candida albicans* as the main etiological agent, which is widely sensitive to ATFs. *C. glabrata* and *C. krusei* species show increased resistance to azoles and are often responsible for ATF treatment failures. The results obtained ratify the growing need for *Candida* species identification tests and determination of *in vitro* sensitivity to ATFs in order to guide the treatment of vaginal candidiasis towards therapeutic success.

Introducción

La candidiasis vaginal, en mujeres en edad reproductiva, es una causa frecuente de consulta ginecológica. Se estima que esta afección afecta al 75 % de las mujeres al menos durante una vez en su vida. Aunque un pequeño porcentaje desarrolla episodios de recurrencia (más de un episodio en un año) es de suma importancia lograr un tratamiento antifúngico correcto con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres que la padecen^{2,5}.

Las levaduras del género *Candida* presentes en vagina forman parte de la microbiota normal, esto es considerado un aspecto que puede producir complicación a la hora de diagnosticar esta afección, porque se desconoce cuándo la cantidad de levaduras presentes en vagina comienzan a producir efectos patológicos en la misma².

Las infecciones vaginales por *Candida* suelen ser de origen endógeno por modificación de la flora microbiana vaginal, ya sea después de un tratamiento antibiótico o producto de una disminución de la respuesta inmunitaria del huésped como en el caso de tratamiento con corticoides, diabetes no controlada, enfermedades con compromiso inmunitario, obesidad, estrés o uso de anticonceptivos⁵.

El agente etiológico mayormente aislado es *Candida albicans*, ampliamente sensible a los antifúngicos^{1,3,10,17}. La persistencia o recurrencia de las infecciones se suele atribuir a especies de *Candida* no *albicans*, como son de *C. glabrata*, *C. krusei* como agentes causales de patología a nivel vaginal. Dichas especies suelen ser las más asociadas a episodios de recurrencias por presentar mayor resistencia a los azoles, como FLU e ITRA^{10,11,20}.

Materiales y Métodos

Con la previa autorización, análisis y aprobación del protocolo de trabajo por parte de la Jefatura del Laboratorio Central y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Centenario Gualeguaychú, se desarrolló el proceso de almacenamiento de las cepas de *Candida spp* obtenidas de muestras de flujo vaginal de mujeres en edad reproductiva con signos y síntomas compatibles con candidiasis a nivel vaginal, entre Mayo de 2022 y Enero de 2023, en el Laboratorio de Microbiología del Hospital Centenario Gualeguaychú.

Identificación de los aislamientos clínicos:

Las diferentes muestras de flujo vaginal fueron procesadas mediante examen micológico directo y cultivos en diferentes medios. Para la identificación del género *Candida* se tuvo en cuenta la morfología macro y microscópica de las colonias, presencia o ausencia de cápsula, producción de pigmentos, tamaño, forma y crecimiento a temperaturas diferenciales.

En primera instancia las levaduras fueron aisladas en medio agar Sabouraud suplementado con glucosa (400 mg/dL) y cloranfenicol (5 mg/dL) (Marca Britania), incubadas a 37°C en condiciones aeróbicas, con lectura final entre las 24 y 48 horas, seleccionando las pertenecientes al género *Candida*. Para la identificación de las especies de *Candida* se procedió a inocular *placas de CHROMagar Candida* (*CHROMagar™ Candida, marca registrada Dr. A Rambach, París, Francia*), a partir de los cultivos desarrollados en agar Sabouraud glucosa cloranfenicol. Este es un medio agar cromogénico selectivo para el desarrollo de levaduras del género *Candida* que permite diferenciar las colonias según el color y morfología desarrolladas.

Las condiciones de cultivo en este medio selectivo y diferencial requieren la incubación a 37°C, de manera aeróbica, con lectura final entre las 24 y 48 horas, tipificándose la cepa según el color de la colonia: *C. albicans* (color verde), *C. tropicalis* (color azul), *C. krusei* (color rosado), *C. glabrata* (color malva) y "otras especies" (color blanco-amarillo). Posteriormente, la confirmación de especies se realiza con pruebas complementarias como formación de tubo germinativo en pool de suero humano y desarrollo de clamidoconidios en medio agar harina de maíz-tween 80 para identificar *C. albicans*, investigación de asimilación de trehalosa para *C. glabrata*, formación de pseudohifas en pool suero humano (*C. tropicalis*) y en cuanto a *C. krusei*, en el presente estudio solo se utilizó para su identificación la presencia de colonias rosas en el medio cromogénico, debido a no presentar un patrón distintivo con otras pruebas.^{26,27}

Determinación de la sensibilidad *in vitro*:

A partir de colonias puras crecidas en CHROMagar™ Candida, se preparó un inóculo de turbidez 0,5 McFarland en solución NaCl 0,15 M (solución salina 0,85%).

Para el método de difusión se utilizaron placas de Petri de 10 cm de diámetro, con 25 ml de agar Mueller-Hinton (Britania), suplementado con 2% de glucosa y azul de metileno, en una concentración final de 0,5 mg/ml, recibiendo el nombre de Mueller-Hinton modificado.

Mediante el empleo de hisopos estériles previamente sumergidos en los inóculos de turbidez 0,5 McFarland de cada cepa en estudio, se sembró la superficie de las placas con Mueller-Hinton modificado en dos direcciones. Luego se colocaron discos de ATF FLU (25 ug), ITRA (10 ug) y AMB (10 ug) (Neo-Sensitabs®; Rosco Diagnóstika) y se incubaron a 37 °C entre 24 y 48 horas. Transcurrido el tiempo se midió el diámetro de la zona de inhibición de crecimiento expresado en milímetros (mm) y se clasificaron en "Sensibles" o "Resistentes", según *Clinical & Laboratory Standard Institute* (CLSI)¹³.

Resultados

Se analizaron un total de 124 cepas de *Candida* (n=124), correspondientes a muestras de flujo vaginal de mujeres en edad fértil, remitidas al Laboratorio de Microbiología del Hospital Centenario de Gualeguaychú. Se determinó que el 85,5% de los aislamientos corresponden a cepas de *Candida albicans*, seguido de *C. glabrata* en un 7,3%, *C. krusei* 4,0%, *C. tropicalis* 2,4% y finalmente 0.8% para otras especies. (Tabla 1) y (Figura 1)

Tabla 1 Distribución porcentual de las especies de *Candida* aisladas en muestras de flujo vaginal.

Especie de Candida	N°	%
<i>Candida albicans</i>	106	85.5%
<i>Candida glabrata</i>	9	7.3%
<i>Candida krusei</i>	5	4.0%
<i>Candida tropicalis</i>	3	2.4%
Otras especies	1	0.8%
Total	124	100

N°: Número de cepas aisladas.

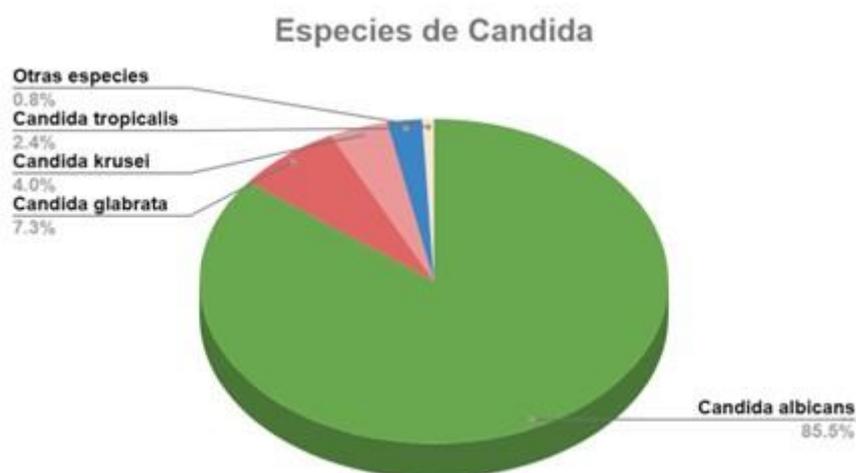


Figura 1: Gráfica porcentual de las Especies de *Candida* aisladas.

Susceptibilidad antifúngica a Fluconazol:

Tabla 2. Susceptibilidad a Fluconazol de las especies de *Candida* aisladas.

Especie de Candida	Susceptibilidad a Fluconazol					
	Sensible		Resistente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Candida albicans</i>	105	99.1%	1	0.9%	106	100.0%
<i>Candida glabrata</i>	8	88.9%	1	11.1%	9	100.0%
<i>Candida krusei</i>	0	0.0%	5	100.0%	5	100.0%
<i>Candida tropicalis</i>	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
Otras especies	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
Total	117		7		124	

N°: Número de cepas aisladas.

Con respecto a la susceptibilidad a FLU, la Tabla 2 y Figura 2 muestran que el 0,9% de los aislados de *Candida albicans* fueron resistentes, mientras que los aislados de *Candida glabrata* el 11,1% fue resistente y para los aislados de *Candida tropicalis* no se observó resistencia. Los 5 aislados de *Candida krusei* fueron resistentes a FLU, cabe mencionar que es una especie con resistencia intrínseca a este antifúngico, mediante el aumento de la expresión de bombas transportadoras de membrana inducido por azoles.²⁴

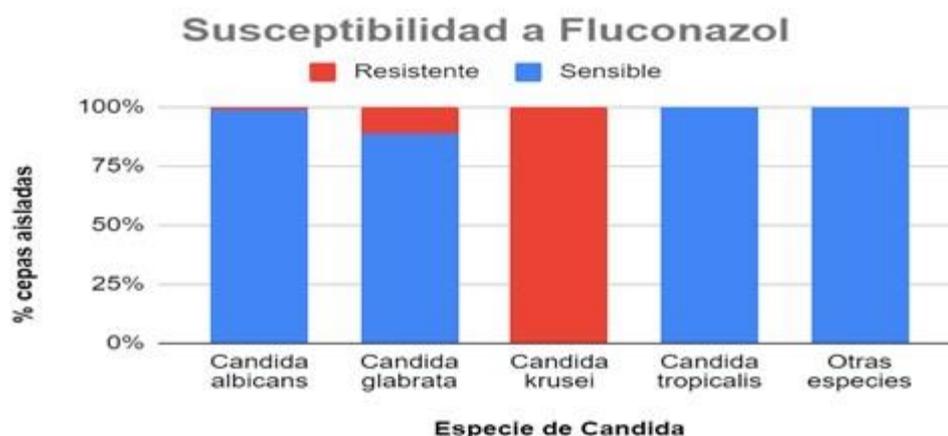


Figura 2: Distribución de la susceptibilidad a Fluconazol de las especies de *Candida* aisladas.

Susceptibilidad antifúngica a Itraconazol:

Tabla 3. Susceptibilidad a Itraconazol de las especies de *Candida* aisladas.

Especie de Candida	Susceptibilidad a Itraconazol					
	Sensible		Resistente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Candida albicans</i>	88	83.0%	18	17.0%	106	100.0%
<i>Candida glabrata</i>	4	44.4%	5	55.6%	9	100.0%
<i>Candida krusei</i>	0	0.0%	5	100.0%	5	100.0%
<i>Candida tropicalis</i>	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
Otras especies	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
Total	96		28		124	100

N°: Número de cepas aisladas.

La Tabla 3 muestra la susceptibilidad a ITRA, en el cual se evidencia que el 17,0% de los aislados de *C. albicans* presentó resistencia, con respecto a los aislados de *C. glabrata* estos presentaron un 55.6% de resistencia, los aislados de *C. tropicalis* y otras especies no presentaron resistencia. Cabe destacar que los aislados de *C. krusei* presentaron un 100% de resistencia a ITRA (figura 3).

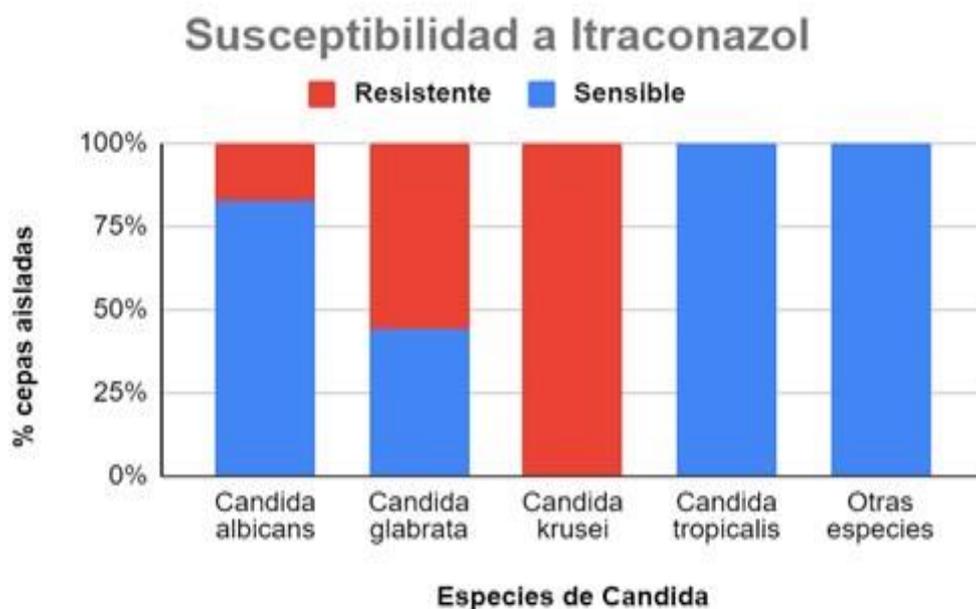


Figura 3: Distribución de la susceptibilidad a Itraconazol de las especies de *Candida* aisladas.

Susceptibilidad antifúngica a Anfotericina B:

Tabla 4. Susceptibilidad a Itraconazol de las especies de *Candida* aisladas.

Especie de Candida	Susceptibilidad a Anfotericina B					
	Sensible		Resistente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Candida albicans</i>	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%
<i>Candida glabrata</i>	9	100.0%	0	0.0%	9	100.0%
<i>Candida krusei</i>	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%
<i>Candida tropicalis</i>	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
Otras especies	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
Total	124		0		124	100

N°: Número de cepas aisladas

Con respecto a la Tabla 4 muestra que los aislados de *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis* y otras especies, no presentaron resistencia, es decir fueron 100% sensibles a AMB (Figura 4). A pesar que AMB presenta el mejor perfil de sensibilidad de los tres ATF, no es considerado como el antifúngico de elección para las candidiasis vaginales y si es utilizado como uno de las mejores opciones para el tratamiento de micosis profundas ^{5,21}.

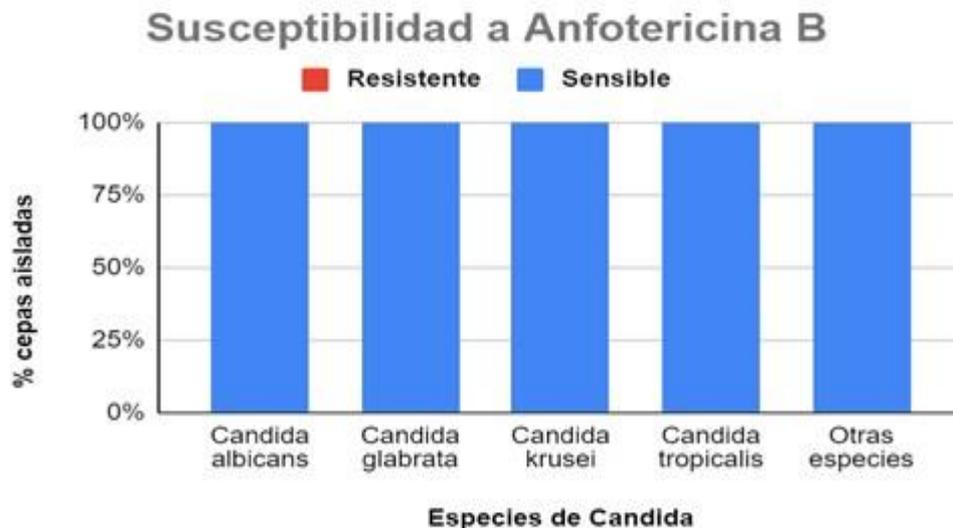


Figura 4: Distribución de la susceptibilidad a Anfotericina B de las especies de Candida aisladas.

Discusión

La candidiasis vaginal es una infección muy frecuente en mujeres en edad reproductiva que suele causar molestias como prurito, irritación, ardor, generar secreciones, olor levemente desagradable y en casos extremos puede llegar a alterar la conducta de la paciente, como ocasionar depresión, mal humor y ansiedad. Es una patología habitual y no complicada dentro del sistema de Salud Pública. Se puede ofrecer tratamientos empíricos, con base en la clínica, en aquellas vaginitis consideradas leves a moderadas, existiendo la tendencia por utilizar azoles (FLU, ITRA) en terapias cortas o de dosis única (vía oral u óvulos). Mientras que, en las infecciones complejas o recurrentes, es necesaria la identificación de la levadura y su susceptibilidad a ATF⁶.

Los estudios llevados a cabo en los últimos años demuestran que *C. albicans* es la especie mayormente responsable de la candidiasis vaginal en mujeres edad reproductiva (75% a 95%), mientras que otras especies, *C. glabrata* y *C. krusei*, son las halladas en menor frecuencia^{8,12,14,15}. En el presente estudio, al igual que los resultados obtenidos en la literatura seleccionada, *C. albicans* fue la especie más frecuentemente aislada, seguida de *C. glabrata*, *C. krusei* y *C. tropicalis*. Los resultados de las pruebas de susceptibilidad reflejan que la resistencia a ATF resultó ser baja para el género *Candida*, lo que coincide con investigaciones realizadas por Dalben *et al.*²¹, Richter *et al.*²⁵ y otros autores^{5,11,23,24}. Sin embargo, es posible que debido a tratamientos indicados de forma empírica, a la baja adherencia a tratamientos con FLU e ITRA o en los casos de mujeres que recurren a la automedicación (como consecuencia de la facilidad en la disponibilidad de los mismo), se está contribuyendo al aumento de la población de levaduras resistentes a ATF⁶. Se puede destacar el aumento en la resistencia de especies *Candida no albicans* como *C. krusei*, *C. glabrata*, las cuales suelen ser responsables de fallas en los tratamientos aplicados y la recurrencia de las pacientes a cuadros de candidiasis vaginal en cortos periodos de tiempos^{5,16,18,19}. Es importante señalar que la identificación de todas las cepas causantes de candidiasis vaginal junto con las correspondientes pruebas de susceptibilidad a ATF, resultan favorables para una certera elección de la terapia antifúngica y asegurar una evolución clínica favorable de las pacientes.

Conclusiones

El presente trabajo fue un estudio descriptivo cuyo objetivo fue caracterizar la vaginitis causada por *Candida* en la ciudad de Gualeguaychú, mediante datos obtenidos del Laboratorio de Microbiología del Hospital Centenario Gualeguaychú. Sin embargo, se debe considerar que son resultados epidemiológicos elementales, para tener una mayor cercanía a la realidad es necesario recurrir a un número superior de datos obtenidos por organismo oficiales. Por la información obtenida se puede inferir: 1) al igual que en el resto de Argentina y otros países de Latinoamérica, la candidiasis vaginal sigue teniendo como agente etiológico principal a *Candida albicans*, 2) Se puede concluir que, en la población estudiada de mujeres en edad fértil con vaginitis candidiásica, las levaduras del género *Candida* son aún ampliamente sensibles a los antifúngicos, 3) Las especies *C. glabrata* y *C. krusei*, que están cobrando relevancia en los últimos años, presentan un aumento en la resistencia a los azoles y suelen ser los responsables de fallas en los tratamientos con antifúngicos. 4) Los resultados obtenidos con las cepas aisladas en muestras de flujo vaginal ratifican la creciente necesidad de la realización de las pruebas de identificación de especies de *Candida* y determinación de la sensibilidad *in vitro* a los antifúngicos con el fin de orientar el tratamiento de la candidiasis vaginal hacia el éxito terapéutico y evitar infecciones recidivantes o crónicas.

Agradecimientos: Jefa Laboratorio Bioq. Siri, Leticia; Lic. Urriste, Celeste; Dr. Bioq. Levin, Gustavo.

Referencias Bibliográficas

1. Montserrat Cararach Tur, Rafael Comino Delgado, Esteban Davi Armengol, Edda Marimon García, Juan Carlos Martínez Escoriza, Santiago Palacios Gil-Antuñano, Josep M. Torres Rodríguez, La vulvovaginitis candidiásica recurrente, *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, Volume 56, Issue 2, 2013, Pages 108-116, ISSN 0304-5013 <https://doi.org/10.1016/j.pog.2012.05.014>
2. García Heredia, M., García, S. D., Copolillo, E. F., Cora Eliseth, M., Barata, A. D., Vay, C. A., de Torres, R. A., Tiraboschi, N., & Famiglietti, A. M. R. (2006). Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas: Identificación de levaduras y sensibilidad a los antifúngicos. *Revista Argentina de Microbiología*, 38(1),9-12.[fecha de Consulta 19 de Agosto de 2023]. ISSN: 0325-7541. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213016797003>
3. Cassone A. (2015). Vulvovaginal *Candida albicans* infections: pathogenesis, immunity and vaccine prospects. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(6), 785–794. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12994>
4. Eschenbach D. A. (2004). Chronic vulvovaginal candidiasis. *The New England journal of medicine*, 351(9), 851–852. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048152>
5. Perurena Lancha, M., Pérez Muñoz, Y., Fernández Andreu, C., Martínez Machín, G., & Illnait, M. (2017). Susceptibilidad antifúngica de aislados vaginales de *Candida* spp. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 68(3). Recuperado de <https://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/143/140>

6. Pineda-Murillo, Javier, Cortés-Figueroa, Arturo ángel, Uribarren-Berrueta, Teresita del Niño Jesús, & Castañón-Olivares, Laura Rosio. (2017). Candidosis vaginal: Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. *Revista Médica de Risaralda*, 23(1), 38-44. Retrieved January 23, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672017000100009&lng=en&tlng=es.
7. Roberto Rivera-Sánchez, Rocío Flores-Paz, Myriam Arriaga-Alba, Identificación de especies de Candida causantes de vaginitis en la población mexicana, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Volume 24, Issue 10, 2006, Pages 634-636, ISSN 0213-005X, <https://doi.org/10.1157/13095375>
8. Gatica M., José Luis, Goic B., Iván, Martínez T., María Angélica, Reid S. de O., Iván, Céspedes P., Pablo, Arias E., María Cecilia, Ovalle S., Alfredo, & Muster O., Hugo. (2002). UTILIDAD DEL AGAR CROMOCANDIDA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CANDIDA spp AISLADAS DE MUESTRAS VAGINALES. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(4), 300-304. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000400007>
9. Ballesté, Raquel, Arteta, Zaida, Fernández, Nora, Cristina, Mier, Mousqués, Nélide, Xavier, Beatriz, Cabrera, María José, Acosta, Guillermo, Combol, Ana, & Gezuele, Elbio. (2005). Evaluación del medio cromógeno CHROMagar Candida™ para la identificación de levaduras de interés médico. *Revista Médica del Uruguay*, 21(3), 186-193. Recuperado en 20 de enero de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902005000300003&lng=es&tlng=es.
10. Rodero, L., Córdoba, S., Vivot, W., Campo, M., Corfield, P., Olguín, C., Cuirolo, A., Soria, M., Guelfand, L., Canteros, C. E., Davel, G., & Whonet, Red. (2006). Método de difusión con discos para la determinación de sensibilidad a fluconazol en aislamientos de Candida spp. *Revista argentina de microbiología*, 38(3), 155-163. Recuperado en 21 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412006000300012&lng=es&tlng=es.
11. Herreras Gomez, L., & Cárdenas López, V. (2022). Perfil de resistencia antifúngica en el tratamiento de candidiasis vaginal: Un diagnóstico de agentes etiológicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(2), e4241. Recuperado de <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4241/3074>
12. Duque, Clara María, Uribe, Olga Lucía, Soto, Andrés Felipe, & Alarcón, Juan. (2009). Candidiasis vulvovaginal en un grupo mujeres gestantes de Medellín. *Infectio*, 13(1), 14-20. Retrieved January 22, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922009000100003&lng=en&tlng=es.
13. Cantón E, Martín E, Espinel Ingroff A. Métodos estandarizados por el CLSI para el estudio de la sensibilidad a los antifúngicos (documentos M27-A3, M38-A, M44-A) [Internet] España: Asociación Española de Micología; 2007 ISBN: 978-84-611-8776-8 [Citado 28/10/2020]. Disponible en: Disponible en: <http://www.guia.reviberoammicol.com/Capitulo15.pdf>

14. Nagashima M, Yamagishi Y, Mikamo H. Antifungal susceptibilities of *Candida* species isolated from the patients with vaginal candidiasis. J Infect Chemother [Internet]. 2016;22(2):124-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiac.2015.08.008>
15. Zeng X, Zhang Y, Zhang T, Xue Y, Xu H, An R. Risk factors of vulvovaginal candidiasis among women of reproductive age in Xi'an: a cross-sectional study. Biomed Res Int [Internet]. 2018;2018: 8p. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/9703754>
16. Vieira AJH, Santos JI. Mecanismos de resistência de *Candida albicans* aos antifúngicos anfotericina B, fluconazol e caspofungina. RBAC [Internet]. 2017 [Citado 28/10/2020]; 49(3): 235-9. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/34zQzje>
17. Rivero, M, Díaz, J, & Centeno, S. (2003). Frecuencia de especies de Candida aisladas en pacientes embarazadas con vulvovaginitis.. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*, 23(2), 148-152. Recuperado en 23 de enero de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562003000200009&lng=iso&lng=es
18. Bauters, T. G., Dhont, M. A., Temmerman, M. I., & Nelis, H. J. (2002). Prevalence of vulvovaginal candidiasis and susceptibility to fluconazole in women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(3), 569–574. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.125897>
19. Babic, M., & Hukic, M. (2010). Candida albicans and non-albicans species as etiological agents of vaginitis in pregnant and non-pregnant women. *Bosnian journal of basic medical sciences*, 10(1), 89–97. <https://doi.org/10.17305/bjbms.2010.2744>
20. Hettiarachchi, N., Ashbee, H. R., & Wilson, J. D. (2010). Prevalence and management of non-albicans vaginal candidiasis. *Sexually transmitted infections*, 86(2), 99–100. <https://doi.org/10.1136/sti.2009.040386>
21. Dalben Dota, K. F., Shinobu, C. S., Patussi, E. V., Lopes Consolaro, M. E., & Estivalet Svidzinski, T. I. (2008). Susceptibilidad de levaduras vaginales a los antifúngicos más utilizados en Maringá, Paraná, Brasil. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 42(4),561-566.[fecha de Consulta 19 de Agosto de 2023]. ISSN: 0325-2957. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53516744008>
22. Maribel E. Dolande Franco, Vera Reviákina, María Mercedes Panizo, Carolina Macero, Xiomara Moreno, Alberto Calvo, Sofía Selgrad, Juana Papatzikos, Vivian Vergara, María José Mendoza. *Distribución y sensibilidad a los antifúngicos de aislamientos clínicos de Candida en seis centros de salud del área metropolitana de Caracas, Venezuela (años 2003-2005)*, *Revista Iberoamericana de Micología*, Volume 25, Issue 1, 2008, Pages 17-21, ISSN 1130-1406, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130140608700056>
23. Pappas, P. G., Kauffman, C. A., Andes, D. R., Clancy, C. J., Marr, K. A., Ostrosky-Zeichner, L., Reboli, A. C., Schuster, M. G., Vazquez, J. A., Walsh, T. J., Zaoutis, T. E., & Sobel, J. D. (2016). Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases : an official*

- publication of the Infectious Diseases Society of America*, 62(4), e1–e50. <https://doi.org/10.1093/cid/civ933>
24. Bhattacharya, S., Sae-Tia, S., & Fries, B. C. (2020). *Candidiasis* and Mechanisms of Antifungal Resistance. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*, 9(6), 312. <https://doi.org/10.3390/antibiotics9060312>
25. Richter, S. S., Galask, R. P., Messer, S. A., Hollis, R. J., Diekema, D. J., & Pfaller, M. A. (2005). Antifungal susceptibilities of *Candida* species causing vulvovaginitis and epidemiology of recurrent cases. *Journal of clinical microbiology*, 43(5), 2155–2162. <https://doi.org/10.1128/JCM.43.5.2155-2162.2005>
26. López, C., Giro, L., Ramos, L., Ramadán, S., & Bulacio, L. (2005). Comparación de diferentes métodos para la identificación de especies del género *Candida*. *Revista Argentina de Microbiología*, 37(1), 16-21. [fecha de Consulta 19 de Agosto de 2023]. ISSN: 0325-7541. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213016778003>
27. Hernández-Botero, Johan Sebastián, & Pérez-Cárdenas, Jorge Enrique. (2015). Identificación de *Candida glabrata* y otras especies comunes del género *Candida* mediante el uso secuencial del medio de cultivo cromógeno y la prueba del tubo germinal. *Iatreia*, 28(4), 355-367. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v28n4a01>

1 Bioquímico integrante del Laboratorio de Microbiología, Hospital Centenario Gualeguaychú, Gualeguaychú, Entre Ríos, Argentina.

2 Licenciado integrante del Laboratorio de Microbiología, Hospital Centenario Gualeguaychú, Gualeguaychú, Entre Ríos, Argentina

3 Bioquímica Especialista en Bacteriología integrante del Laboratorio de Microbiología, Hospital Centenario Gualeguaychú, Gualeguaychú, Entre Ríos, Argentina. Jefa del Área de Microbiología Hospital Centenario Gualeguaychú, Gualeguaychú, Entre Ríos, Argentina.

Laboratorio de Microbiología, Hospital Centenario Gualeguaychú, Gualeguaychú, Entre Ríos, Argentina.

Anticoncepción en Pacientes Sobrevivientes de Cáncer de Mama

Autores:

Cáceres Betiana¹, Novara Sofía², Gatti Verónica³, Garelo Néstor⁴, Del Castillo Andrés⁵, Del Castillo Soledad⁶

Condensación

El presente trabajo intenta describir las preocupaciones en torno a la anticoncepción en sobrevivientes de cancer de mama. Es posible que estas mujeres sólo reciban asesoramiento anticonceptivo para evitar los métodos hormonales, pero que no reciban asesoramiento adicional sobre métodos eficaces y acordes con sus deseos individuales.

Palabras claves: Cancer de mama. Anticoncepción. Sobrevivientes.

Key words: Breast cancer. Contraception. Survivors.

Resumen

Objetivo

Conocer el uso y adherencia a prácticas anticonceptivas en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama menores a 45 años

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. Base de datos de 204 mujeres de entre 24-45 años con diagnóstico de cáncer de mama entre 2000-2022. Muestreo aleatorio simple. Instrumento utilizado: cuestionario virtual. Se obtuvieron 72 respuestas.

Resultados

Tasa de respuesta: 35% Edad media: 36,4 años

- 6 (8,3%) mujeres con embarazo posterior al diagnóstico (5-24 meses de post tratamiento)
- Previo al tratamiento, el 22% (n=16) NO utiliza método anticonceptivo vs el 57% (n=41) posterior al mismo
- Anticonceptivo más utilizado previo al diagnóstico: PILDORA (n=18; 25%)
- Anticonceptivo más utilizado posterior al diagnóstico y tratamiento: BARRERA (n=18; 25%)

- Luego del tratamiento, el 55,5% de las mujeres continúan menstruando. De estas, el 37,5% no utiliza ningún método anticonceptivo y el 32,5% utiliza método de barrera.
- En amenorrea el 44% y más de la mitad no usa ningún método anticonceptivo.
- Leve aumento de métodos quirúrgicos y de larga duración luego del tratamiento.
- 5% recibió información sobre anticoncepción (80% la consideró suficiente)
- 40% NO recibió información sobre preservación de fertilidad

Conclusiones:

- La mayoría de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en edad reproductiva no utiliza anticoncepción.
- Las pacientes que continúan con ciclos menstruales no eligen métodos anticonceptivos altamente efectivos.
- Evolución de los métodos más eficaces a menos eficaces, así como una clara transición de los métodos hormonales a los métodos no hormonales.

Abstract

Objective

To know the use and adherence to contraceptive practices in breast cancer survivors under 45 years of age.

Materials and methods

Descriptive, cross-sectional observational study. Database of 204 women between 24-45 years old diagnosed with breast cancer between 2000-2022. Simple random sampling. Instrument used: virtual questionnaire. 72 responses were obtained.

Results

Response rate: 35% Average age: 36.4 years

- 6 (8.3%) women with pregnancy after diagnosis (5-24 months post treatment)
- Prior to treatment, 22% (n=16) DOES NOT use a contraceptive method vs. 57% (n=41) after it
- Contraceptive most used prior to diagnosis: PILL (n=18; 25%)
- Contraceptive most used after diagnosis and treatment: BARRIER (n=18; 25%)
- After treatment, 55.5% of women continue to menstruate. Of these, 37.5% do not use any contraceptive method and 32.5% use a barrier method.
- In amenorrhea 44% and more than half do not use any contraceptive method.

- Slight increase in surgical and long-term methods after treatment.
- 5% received information about contraception (80% proven sufficient)
- 40% did NOT receive information on fertility preservation

Conclusions:

- The majority of breast cancer survivors of reproductive age do not use contraception.
- Patients who continue with menstrual cycles do not choose highly effective contraceptive methods.
- Evolution from the most effective to the least effective methods, as well as a clear transition from hormonal methods to non-hormonal methods.

Introducción

En Argentina, la mayor incidencia de cáncer estuvo dada por el cáncer de mama, con 22.024 casos anuales, lo que representó el 32,1% de todos los tumores malignos en este grupo, con una tasa ajustada por edad de 73,1 casos por cada 100.000 mujeres. (1, 2)

Uno de los problemas adicionales para las sobrevivientes de cáncer se relaciona con preocupaciones reproductivas. (3)

Desafortunadamente, hay una falta de evidencia clara en torno a muchas cuestiones sobre lo que constituye las mejores prácticas en el cuidado de pacientes con antecedentes de cáncer, y esto contribuye a una amplia variación en la atención. (3, 4, 5)

Las pautas de la Organización Mundial de la Salud para la elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos han recomendado evitar la anticoncepción hormonal en mujeres con antecedentes actuales o pasados de cáncer de mama (particularmente en aquellas con enfermedad con receptores hormonales positivos). (8, 10)

La razón de las limitaciones de los datos disponibles es que las mujeres con cáncer de mama tradicionalmente han sido excluidas de los estudios de anticonceptivos hormonales. (9)

Estudios anteriores revelaron que sólo entre el 56% y el 65% de las sobrevivientes en edad reproductiva recibieron asesoramiento sobre métodos anticonceptivos después del diagnóstico de cáncer. (14)

Cuando se habla de proporcionar un asesoramiento adecuado y centrado en la paciente a las sobrevivientes de cáncer de mama, no encontramos muchas investigaciones sobre sus preferencias y preocupaciones en materia de anticoncepción. Por el contrario, si encontramos que pocos estudios han intentado comprender cómo y de quién reciben estas mujeres asesoramiento sobre anticoncepción durante y después del tratamiento oncológico. (15, 16)

Pudimos encontrar que estudios actuales de países de altos ingresos muestran que el uso de métodos anticonceptivos efectivos en pacientes con cancer de mama es subóptimo. Sin embargo, en países de Latinoamérica, no abundan estudios en la literatura sobre el uso de practica anticonceptiva. (15,16,17)

Por todo lo anteriormente expuesto creemos que el asesoramiento anticonceptivo y la adherencia tienen una importancia significativa ya que estas pacientes pueden tener un embarazo no deseado.

Objetivo

Identificar el conocimiento y la adherencia a prácticas anticonceptivas de 72 pacientes sobrevivientes de cáncer de mama en edad reproductiva

Pacientes y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en el Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia (IMGO). Se incluyeron 72 mujeres con edades de entre 24 a 45 años al momento del diagnóstico de cáncer de mama (entre los años 2000 a 2022), no institucionalizadas, que contestaron la Encuesta IMGO-Investigación.

Se accedió a ellas a través del sistema de Historia Clínica Digital GECLISA y se obtuvieron sus datos de contacto, contando con el aval de la Dirección Médica de la Institución para acceder a la misma (por escrito).

Partiendo de un muestreo aleatorio simple, el instrumento básico utilizado en la investigación fue un cuestionario, que recogió de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo del trabajo.

Todas las pacientes incluidas en el estudio completaron una encuesta en formato digital (creada a través de Google Forms: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf2PF0YZusQQFUY08dbvwBcsMPURL3rpGyRp7rkopVqpEG0gw/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>), administrada a través de su correo electrónico, donde además se les explicó que respondiendo la encuesta consentían a formar parte de un estudio de investigación, el cual respeta la Declaración de Helsinki.

La encuesta constaba de 20 ítems, donde se incluyeron preguntas de tipo cerradas (pre codificadas, de respuesta fija), de elección múltiple y abiertas, que indagaban a cerca del año de diagnóstico, el tipo de tratamiento, uso de anticonceptivos y asesoramiento recibido.

El guion orientativo del que se partió para diseñar el cuestionario lo constituyeron las hipótesis y las variables previamente establecidas. La encuesta fue revisada y aprobada por expertos en la materia.

Con todos los datos recolectados se calcularon estadísticas descriptivas (medias, frecuencias y porcentajes) para todas las variables de interés utilizando el programa de estadística, Microsoft Excel.

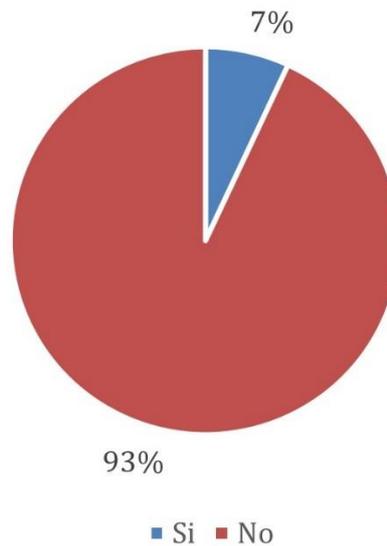
Resultados

Un total de 78 mujeres respondieron el cuestionario. La muestra final para este análisis incluyó a 72 supervivientes de cáncer de mama que completaron toda la encuesta.

Las participantes tenían una edad media de 36,4 (intervalo de 24 a 45 años). Más del 60% (n=46) de las mujeres informaron un embarazo previo al diagnóstico de cáncer de mama.

6 embarazos no planificados informados. Los embarazos se produjeron entre los 5 a 24 meses posteriores a la finalización del tratamiento.

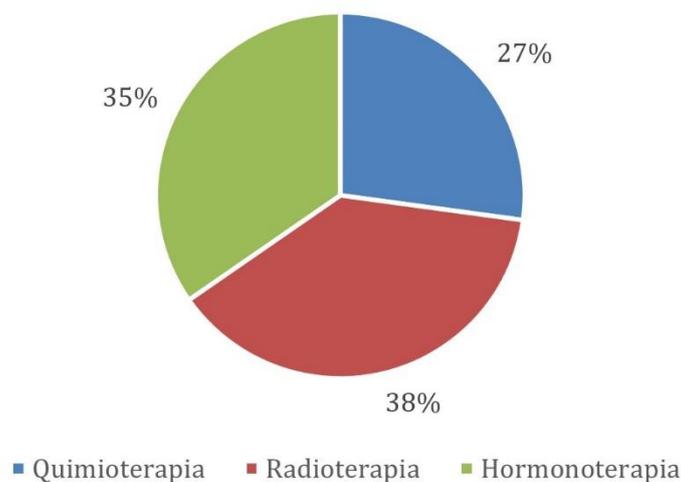
Gráfico 1



Una mujer informó al estudio estar actualmente embarazada a sus 40 años, tras 8 meses de finalizado su tratamiento oncológico.

La mayoría de las mujeres notificaron haber recibido quimioterapia (n=47; 27,17%) y/o radioterapia en el 38,15% (n=66) y el 34,68% (n=60) de las mujeres recibieron o recibían tratamiento hormonal al momento de la encuesta. Treinta y dos pacientes (44%) informaron que continúan en amenorrea posterior al tratamiento oncológico recibido.

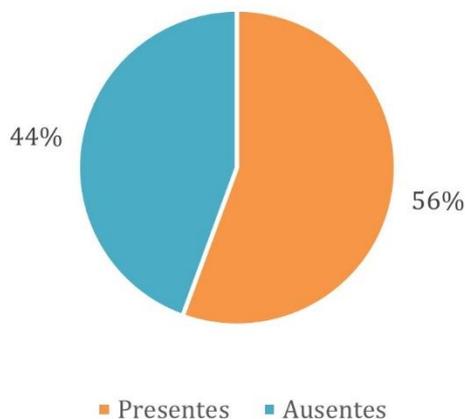
Gráfico 2



Luego del tratamiento, el 55,5% de las mujeres continúan menstruando.

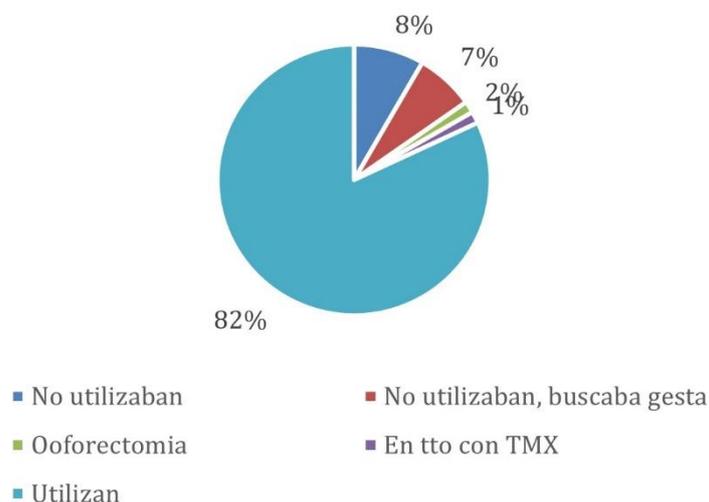
En amenorrea se encuentra el 44% y más de la mitad no usa ningún MAC.

Gráfico 3



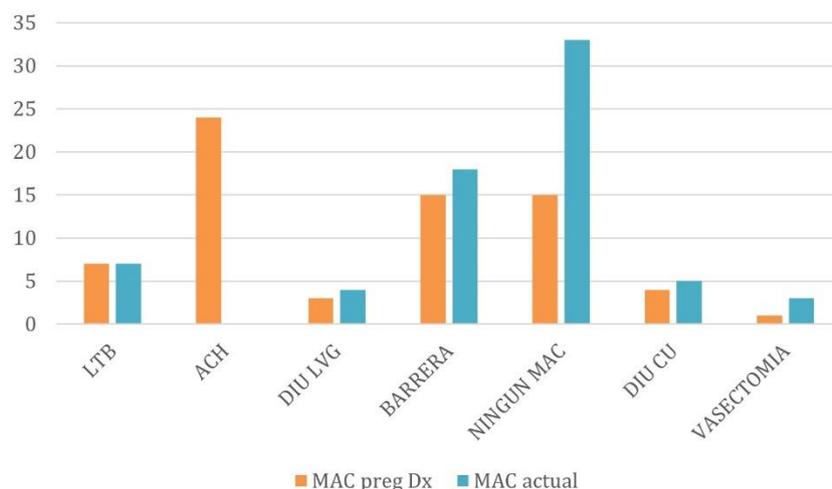
Entre las mujeres que al momento de la encuesta eran sexualmente activas y no intentaban quedarse embarazadas la mayoría declaró haber utilizado un método anticonceptivo antes de su diagnóstico (n=59; 81,94%) y posterior también (56,94%). El 43% (n=31) de las mujeres comunicaron a través de sus respuestas no estar utilizando ningún método anticonceptivo posterior a su tratamiento oncológico.

Gráfico 4



El método anticonceptivo elegido y utilizado por las mujeres previo al diagnóstico fue la píldora, con un porcentaje del 25% (n=18), mientras que los métodos de barrera fueron los más comunes durante y después del tratamiento. Tras el diagnóstico de cáncer de mama notamos como se produjo una transición de los métodos más eficaces de nivel superior a los de nivel inferior (barrera), así como una clara transición de los métodos hormonales a los métodos no hormonales.

Gráfico 5



En cuanto a los métodos anticonceptivos quirúrgicos y definitivos previo al diagnóstico 7 pacientes tenían ligadura tubaria bilateral (9,72%) y 1 informó vasectomía como practica anticonceptiva utilizada. Posterior al tratamiento oncológico, 2 mujeres más escogieron la ligadura tubaria bilateral y 2 más sumaron a la vasectomía.

Un total de 5 mujeres respondieron no estar utilizando practica anticonceptiva, ya que buscaban gesta (6,94%). Es importante destacar que una mujer informó estar en actual tratamiento con tamoxifeno al momento de responder.

Entre las mujeres sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos, solo alrededor de 5,56% (n=4) declararon utilizar dispositivo intrauterino de cobre (DIU Cu) antes del tratamiento oncológico y esta proporción aumentó al 6.94% una vez finalizado este. En cuanto al uso del sistema intrauterino con levonorgestrel (SIU Mirena ©) solo el 4% lo utilizaba y posterior al diagnóstico y tratamiento aumentó a 5,56%. El método anticonceptivo de barrera, continuó siendo el que preferían las mujeres en su mayoría posterior a la realización del tratamiento (n=18; 25%) (ver gráfico 5).

Cuarenta y dos mujeres (58%) informaron que no discutieron o indagaron la necesidad de anticonceptivos después de su diagnóstico de cáncer con su proveedor de atención médica. El 62.5% (n=45) recibió información por parte de su médico tratante sobre la necesidad de suspender o continuar con las practicas anticonceptivas durante el tratamiento. El 80% (n=58) valoró como suficiente dicha información receptada.

El ochenta por ciento (n=58) de las mujeres conocía el riesgo de embarazarse durante o posterior al tratamiento y al setenta y seis por ciento (n=55) de mujeres le informaron sus médicos tratantes sobre dicho riesgo.

El resultado del cuestionario, arrojó que a 29 mujeres no se les informó la necesidad de preservación de la fertilidad (40,28%).

Discusión

A pesar del riesgo de embarazo no deseado durante y después del tratamiento, la mayoría de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en edad reproductiva no utiliza métodos anticonceptivos altamente eficaces para prevenir un embarazo. Abordar el tema de la anticoncepción es complejo para las mujeres jóvenes con cáncer de mama, ya que las opciones no hormonales son limitadas. (6, 7)

Este estudio proporciona más información sobre los patrones de uso de anticonceptivos de las sobrevivientes de cáncer de mama en edad reproductiva y el asesoramiento por parte de sus médicos tratantes (ginecólogos y oncólogos). Con este conocimiento podemos ayudar a dirigir futuros esfuerzos para mejorar la atención de las pacientes en post de ayudar a facilitar decisiones anticonceptivas seguras que se alineen con las prioridades de planificación familiar de las sobrevivientes de cáncer de mama.

Al igual que otros estudios, nuestros resultados indican que la mayoría de las mujeres siguen siendo sexualmente activas después del tratamiento oncológico, y que sus patrones de uso de anticonceptivos se modifican con el tiempo. (12, 13)

Nuestros hallazgos son similares a los de otras poblaciones con cáncer de mama en entornos de mayores recursos, con un uso subóptimo de métodos anticonceptivos efectivos en estas pacientes. Estos hallazgos son particularmente relevantes porque en América Latina, el cáncer de mama se diagnostica a una edad temprana, y las mujeres menores de 45 años representan aproximadamente la mitad de las pacientes con cáncer de mama. (12)

En este análisis, el hecho de informar positivo el uso de practica anticonceptiva se asoció a ser sexualmente activa.

Las participantes del cuestionario informaron de que recurrían principalmente al método de barrera posterior al tratamiento oncológico, en un intento de evitar las hormonas, pero sus opciones también podrían ampliarse a otros métodos no hormonales con un asesoramiento anticonceptivo adecuado. La Sociedad de Planificación Familiar recomienda el DIU de Cobre como método anticonceptivo seguro y muy eficaz para las mujeres con antecedentes personales de cáncer. Además, el USMEC (US Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use) sitúa al Diu de Cobre en pacientes con cáncer de mama en la Categoría 1 que significa "una condición para la que no hay restricción para el uso del método".

Otro hallazgo importante es que el 80% de las pacientes eran conscientes de la posibilidad de quedarse embarazadas durante el tratamiento del cáncer de mama.

Si bien muchas sobrevivientes de cáncer de mama están expuestas al tratamiento gonadotóxico, el impacto en su función ovárica y los efectos tardíos reproductivos posteriores varían ampliamente y las percepciones de ellas mismas sobre su fertilidad puede cambiar con el tiempo. Aunque el embarazo no deseado es un acontecimiento infrecuente, notificado en aproximadamente el 1% al 3% de las pacientes durante el tratamiento del cáncer de mama debe desaconsejarse principalmente por el riesgo de aborto y de malformaciones graves. (7, 13)

Si bien se ha informado previamente de que el asesoramiento sobre anticoncepción tiene un impacto positivo en el uso de anticonceptivos, sólo entre el 16% y el 60% de los médicos aconsejan sobre anticoncepción a las pacientes con cáncer de mama. (14, 15, 16). En nuestro

estudio el 62% de nuestras pacientes recordaban haber sido asesoradas por su médico sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Su diseño transversal podría conducir a un sesgo de memoria, y además se trata de una pequeña muestra. Aunque este estudio es de naturaleza descriptiva, proporciona una visión novedosa sobre las perspectivas de las pacientes y el uso de métodos anticonceptivos después del cáncer de mama, lo que puede ayudar a informar la práctica clínica y la investigación futura. Se necesitan más estudios para confirmar y ampliar los resultados de este estudio.

En nuestro análisis, los hallazgos son clínicamente relevantes y deberían promover el diseño y la implementación inmediatos de estrategias para mejorar el uso de métodos anticonceptivos eficaces. Las estrategias podrían incluir la educación de pacientes, parejas y proveedores de atención sanitaria; facilitar el acceso a especialistas de salud sexual y reproductiva en los centros gineco-oncológicos o formar al personal sanitario para que proporcione asesoramiento sobre anticoncepción; y reafirmar que la anticoncepción eficaz debe usarse antes y durante el tratamiento.

Las intervenciones futuras podrían centrarse en mejorar los conocimientos y la comodidad de los oncólogos a la hora de proporcionar asesoramiento anticonceptivo y potencialmente, en ofrecer a las pacientes interesadas derivaciones para la provisión de determinados métodos (como el DIU) con su ginecólogo.

Agradecimientos

A nuestro querido Prof. Dr. René del Castillo, fuente inspiración para todos nosotros y a la Dra. Cáceres Silvina Claribel por su orientación y atención en las consultas sobre metodología y estadística.

Bibliografía Consultada

- [Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin 2023; 73:17.](#)
- Estadísticas – Incidencia: INC <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- Karaöz B, Aksu H, Küçük M: Un estudio cualitativo de las necesidades de información de las mujeres premenopáusicas con cáncer de mama en términos de anticoncepción, sexualidad, menopausia precoz y fertilidad. Int J Gynaecol Obstet 109:118-120, 2010
- [Cheung WY, Neville BA, Cameron DB, et al. Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care. J Clin Oncol 2009; 27:2489.](#)
- National Coalition for Cancer Survivorship. Available at: <https://www.canceradvocacy.org/about/>
- [Sutton R, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Pregnancy and offspring after adjuvant chemotherapy in breast cancer patients. Cancer 1990; 65:847.](#)

- [Valachis A, Tsali L, Pesce LL, et al. Safety of pregnancy after primary breast carcinoma in young women: a meta-analysis to overcome bias of healthy mother effect studies. Obstet Gynecol Surv 2010; 65:786.](#)
- Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (2015): WHO <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241549257>
- Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, et al. Los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer de mama. N Engl J Med 2002; 346:2025.
- Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. Criterios médicos de elegibilidad de EE. UU. para el uso de anticonceptivos, 2016. MMWR Recomm Rep 2016; 65:1.
- Moorman PG, Havrilesky LJ, Gierisch JM, et al. Anticonceptivos orales y riesgo de cáncer de ovario y cáncer de mama entre mujeres de alto riesgo: una revisión sistemática y metanálisis. J Clin Oncol 2013; 31:4188.
- Castro-Sanchez A, Martinez-Cannon B, Platas A, Mohar A, Fonseca A, Yoatzin Vega, Adrian Fimbres-Morales, Cynthia Villarreal-Garza (2018) "Suboptimal Use of Effective Contraceptive Methods in Young Mexican Women with Breast Cancer"
- Güth U, Huang DJ, Bitzer J, et al: Embarazo no deseado durante el primer año después del diagnóstico de cáncer de mama. Eur J Contracept Reprod Health Care 21:290-294, 2016.
- Maslow BS, Morse CB, Schanne A, et al: Uso de anticonceptivos y el papel del asesoramiento anticonceptivo en mujeres en edad reproductiva con cáncer. Contraception 90:79-85, 2014
- Güth U, Huang DJ, Bitzer J, et al: Asesoramiento sobre anticoncepción para pacientes jóvenes con cáncer de mama: Una evaluación de las necesidades prácticas y una encuesta entre oncólogos médicos. Breast 30:217-221, 2016
- Johansen SL, Lerma K, Shaw KA: Asesoramiento anticonceptivo en mujeres en edad reproductiva tratadas por cáncer de mama en una institución de atención terciaria: Un análisis retrospectivo. Contraception 96:248- 253, 2017
- [Kathryn J. Ruddy, MD, MPH, H Partridge, MD, MPH](#) (2023). "Approach to the patient following treatment for breast cancer". *Up to Date*. Última actualización de este tema: 19 de mayo de 2023. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-following-treatment-for-breast>

1. Médica Residente de Ginecología
2. Médica especialista en Toco ginecología
3. Médica Residente de Ginecología
4. Médico Ginecólogo. Sub-especialista en Mastología
5. Médico Ginecólogo. Sub-especialista en Mastología
6. Médica Ginecóloga. Sub-especialista en Mastología

Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia, Córdoba

Experiencia en Colocación de Métodos Anticonceptivos de Larga Duración en la Población Rural del Norte de la Provincia de Santa Fe

Autores:

Mora Malén Ailín¹, Piacentini Pablo², Dr. Mamprín Rubén³, Lic. Ramírez Nadia⁴, Dra Villa Beatriz⁵

Palabras clave: *Métodos anticonceptivos de larga duración. Educación sexual integral. Derechos sexuales y reproductivos. Población rural.*

Resumen

Objetivo

Presentar los datos epidemiológicos de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) asistidas por la ONG “La Higuera” durante el período 2021-2023 en una población rural del Departamento Vera, Provincia de Santa Fe.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Durante el período 2021-2023 se realizaron 10 viajes a dicho departamento y se recolectaron los datos específicos de usuarias que optaron por algún LARC (DIU o implante subdérmico).

Resultados

En total en los 10 viajes se suministraron 247 LARCs: 169 implantes subdérmicos y 78 Dispositivos intrauterinos de cobre.

La edad promedio para implantes fue de 20 años, con un rango de 13 a 41 años. Para DIU fue de 32 años, con un rango de 17 a 48 años

Conclusiones

Se observa la urgente necesidad de recursos y capacitación a las poblaciones rurales donde la accesibilidad a la información y a los métodos anticonceptivos son limitados.

Summary

Objective

Present the epidemiological data of users of long-term contraceptive methods (LARCs) assisted by the NGO “La Higuera” during the period 2021-2023 in a rural population of the Vera Department, Province of Santa Fe.

Materials and methods

A cross-sectional descriptive study was carried out. During the period 2021-2023, 10 trips were made to said department and specific data was collected from users who opted for a LARC (IUD or subdermal implant).

Results

In total, 247 LARCs were supplied in the 10 trips: 169 subdermal implants and 78 copper intrauterine devices. The average age for implants was 20 years, with a range of 13 to 41 years. For IUD it was 32 years, with a range of 17 to 48 years

Conclusions

There is an urgent need for resources and training for rural populations where accessibility to information and contraceptive methods is limited.

Objetivos

Presentar los datos epidemiológicos de las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs) asistidas por la ONG "La Higuera" durante el período 2021-2023 en una población rural del Departamento Vera, Provincia de Santa Fe.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

La ONG La Higuera realiza regularmente viajes a localidades del departamento Vera (*ver Anexo I – Imagen I*) de la Pcia. de Santa Fe desde el año 2021, así como a la provincia de Chaco (desde el año 2003) y Salta, con el objetivo de brindar atención sanitaria a pobladores de regiones rurales y apartadas. El departamento Vera, al norte de la provincia, según los datos presentados del censo 2022, cuenta con una población rural de 57248 habitantes¹, de los cuales el 40% tiene una o más necesidades básicas insatisfechas (hacinamiento, vivienda precaria, no contar con baño, falta de escolaridad en niños y/o adulto jefe de familia y 3 o más integrantes por trabajador del grupo familiar)².

En estas visitas se ofrecen controles médicos generales y particularmente focalizados a infancias y a salud de la mujer, coordinados con servicios provinciales de georreferencia y con líderes de las comunidades. Entre los profesionales voluntarios se cuenta con médicos clínicos, tocoginecólogos, pediatras y generalistas. Se realizaron talleres de educación sexual en escuelas y poblaciones donde se refería que nunca habían tenido la oportunidad de hablar sobre la temática.

Durante el período 2021-2023 se realizaron 10 viajes a dicho departamento y se recolectaron los datos específicos de usuarias que optaron por algún LARC (DIU o implante subdérmico). Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, preservando la identidad de las usuarias y volcadas a una tabla de Excel para su posterior análisis.

Resultados

En total en los 10 viajes se suministraron 247 LARCs: 169 implantes subdérmicos y 78 Dispositivos intrauterinos de cobre.

La edad promedio para implantes fue de 20 años, con un rango de 13 a 41 años. Para DIU fue de 32 años, con un rango de 17 a 48 años (ver *Anexo I – Imagen II*).

El porcentaje de paridad de mujeres que optaron por implantes fue de 43% nuligestas, cuya edad promedio fue de 17 años; 26% primigestas donde el promedio de edad fue de 21 años; 31% multigestas con promedio de edad de 25 años.

Los mismos para DIU fue de 0% nuligestas, 41% primigestas con edad promedio de 28 años; y 59% multigestas con edad promedio de 33 años (ver *Anexo I – Tabla I y Gráfico I*).

Del total de mujeres que decidieron colocarse un LARC, 47% utilizaba previamente Anticonceptivos Orales, 18% utilizaba Inyectables mensuales, 21% utilizaba preservativo, 10% no utilizaba ningún método, y un 4% decidieron colocarse el mismo LARC (recambio) (ver *Anexo I – Gráfico II*).

Discusión

La Ley N° 26.150 establece el derecho de niñas, niños y adolescentes a recibir Educación Sexual Integral y crea el Programa Nacional de ESI³, con el propósito de garantizar el acceso a este derecho en todas las escuelas del país. Tiene como principales objetivos asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados (biológicos, sociales, culturales), prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, y procurar equidad de oportunidades para varones y mujeres.

Conclusiones

Se observa la urgente necesidad de recursos y capacitación a las poblaciones rurales donde la accesibilidad a la información y a los métodos anticonceptivos son limitados. Luego de los talleres de ESI se distinguió el impacto positivo inmediato a la población debido a que se interesaban por recibir más información y varias mujeres optaron por un LARC en ese momento. Creemos que tanto la ESI y la consejería sexual y reproductiva son fundamentales para garantizar el derecho a la salud sexual y la procreación responsable. En nuestro país, las barreras al acceso a estos derechos existen y aunque es responsabilidad de los diferentes niveles del estado suprimirlas, la acción humanitaria puede mejorar la calidad de vida de la población y disminuir la inequidad existente.

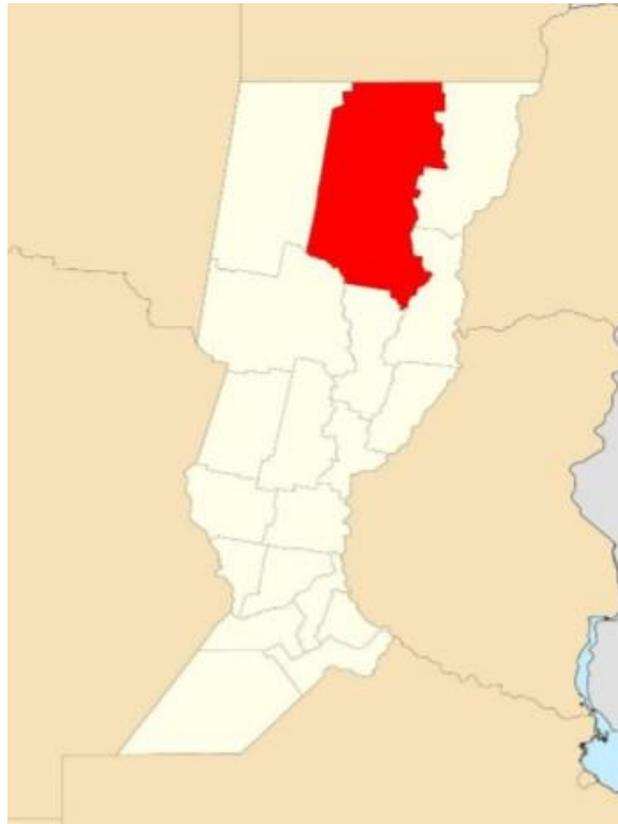
En el presente artículo no se poseen conflictos de interés.

Bibliografía

1. INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022: https://censo.gob.ar/index.php/mapa_poblacion2/
2. IPEC Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, 2020: <https://www.estadisticasantafe.gob.ar/contenido/indicadores-de-salud/>
3. Ley 26150/2006 Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/121222/texto>

ANEXO I

Imagen I: Departamento de Vera en la Provincia de Santa Fe



https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_Vera

Imagen II: Colocación LARCS según edad

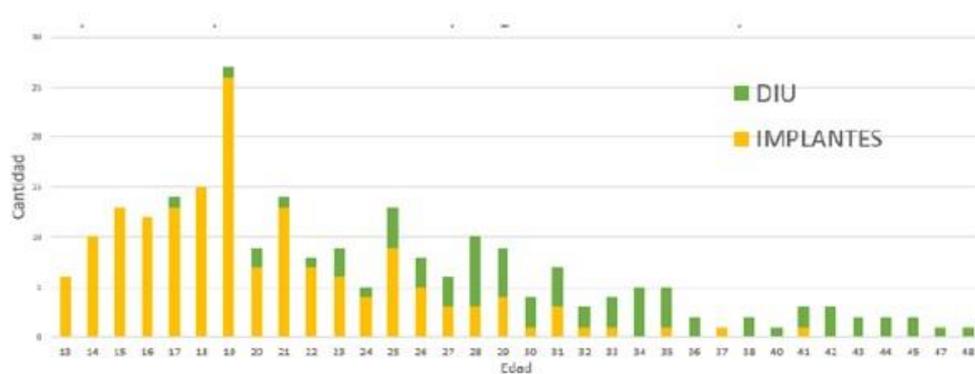


Tabla I: Edad promedio de LARCS según gestas **Edad**

Edad promedio	Nuligestas	Primigestas	Multigestas
<i>Implantes</i>	17 años	21 años	25 años
<i>DIU</i>	0	28 años	33 años

Gráfico I: LARCS según paridad

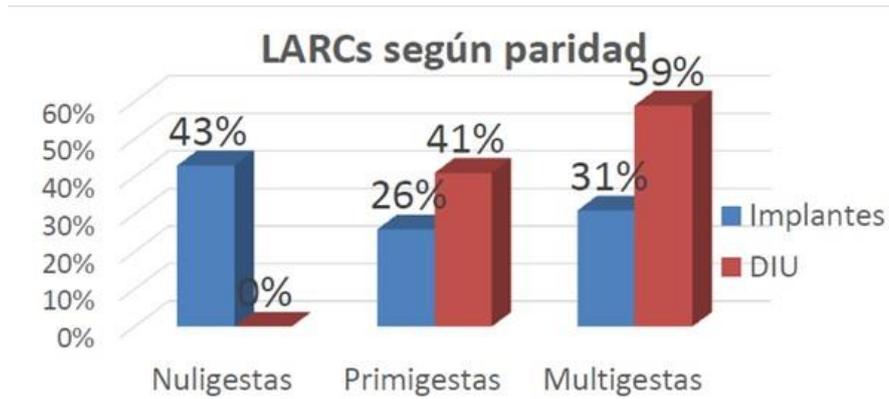
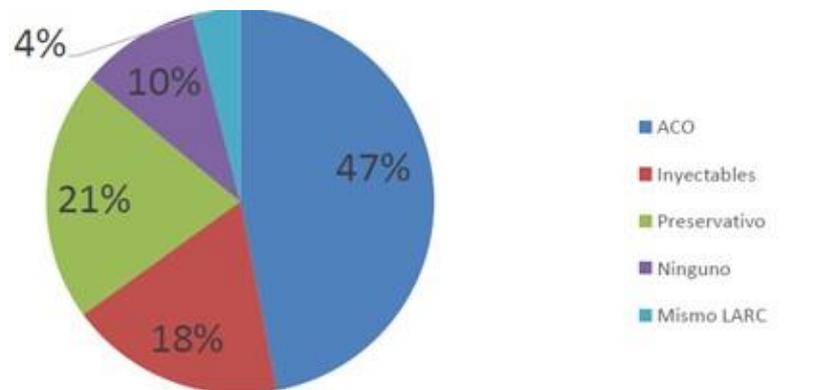


Gráfico II: Porcentajes de Métodos Anticonceptivo previos



(1) Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

(2 - 3): Tocoginecología, Hospital Escuela Eva Perón.

(4): Asociación Civil La Higuera. Nadia Ramírez: 3416238726 ;

(5): Región de Salud del Departamento Vera del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

DetECCIÓN DE PATOLOGÍA CERVICAL EN POBLACIONES RURALES DEL NORTE DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Autores:

Dr. Mamprín Rubén¹, Mora Malén Ailín², Dr. Piacentini Pablo³, Dra. Reynoso Gala⁴, Dr. Weisburd Juliana⁵

Palabras clave: *Métodos anticonceptivos de larga duración. Educación sexual integral. Derechos sexuales y reproductivos. Población rural.*

Resumen

Objetivo

Evaluar la prevalencia de patología cervical en una población rural del departamento Vera (norte de la provincia de Santa Fe) durante 2021 a 2023.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Durante el período 2021-2023 se realizaron 10 viajes a dicho departamento brindando en todos consulta tocoginecológica con toma de Pap o toma de test de Virus de Papiloma Humano (HPV).

Resultados

Se realizaron y analizaron un total de 462 test de Papanicolaou y 55 test de captura híbrida. La edad promedio fue de 36 años, con un rango de 16 a 76 años. La tasa de detección de Pap fue de 4,5%, siendo el 43% ASCUS, el 33% L-SIL y el 24% H-SIL. Se realizaron 55 test HPV de los cuales 10 dieron positivos.

Conclusiones

Esta población presenta una elevada prevalencia de lesiones preinvasoras, probablemente debido a la dificultad en el acceso a los sistemas de salud.

Summary

Objective

To evaluate the prevalence of cervical pathology in a rural population of the Vera department (north of the province of Santa Fe) during 2021 to 2023.

Materials and methods

A cross-sectional descriptive study was carried out. During the period 2021-2023, 10 trips were made to said department, all of which provided gynecological consultation with Pap tests or Human Papillomavirus (HPV) tests.

Results

A total of 462 Pap tests and 55 hybrid capture tests were performed and analyzed. The average age was 36 years, with a range of 16 to 76 years.

The Pap detection rate was 4.5%, with 43% being ASCUS, 33% L-SIL, and 24% H-SIL. 55 HPV tests were performed, of which 10 were positive

Conclusions

This population has a high prevalence of preinvasive lesions, probably due to the difficulty in accessing health systems.

Objetivos

Evaluar la prevalencia de patología cervical en una población rural del departamento Vera (norte de la provincia de Santa Fe) durante 2021 a 2023.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

La ONG La Higuera realiza regularmente viajes a localidades del departamento Vera de la Pcia. de Santa Fe desde el año 2021, así como a la provincia de Chaco (desde el año 2003) y Salta, con el objetivo de brindar atención sanitaria a pobladores de regiones rurales y apartadas. El departamento Vera, al norte de la provincia (ver Anexo I - Imagen I), según los datos presentados del censo 20221, cuenta con una población rural de 57.248 habitantes, de los cuales el 40% tiene una o más necesidades básicas insatisfechas (hacinamiento, vivienda precaria, no contar con baño, falta de escolaridad en niños y/o adulto jefe de familia y 3 o más integrantes por trabajador del grupo familiar).

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cérvix por 100000 mujeres en la provincia de Santa Fe es de 7,7 (ver Anexo I - Imagen II)²; siendo la del departamento Vera casi el doble con un valor de 13,6. Dicha tasa en la provincia de Formosa es de 20,8, siendo la tasa más alta del país que es de 8,7 en todo el territorio nacional (ver Anexo I – Imagen III), según datos del 2021 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe³ y del IARC (International Agency for Research on Cancer)⁴. A modo de ejemplo, se informa que países africanos como Nigeria y Burkina Faso tienen una tasa similar a nuestra población estudiada.

En estas visitas se ofrecen controles médicos generales y particularmente focalizados a infancias y a salud de la mujer, coordinados con servicios provinciales de georreferencia y con líderes de las comunidades. Entre los profesionales voluntarios se cuenta con médicos clínicos, tocoginecólogos, pediatras y generalistas. Se realizaron talleres de educación sexual en escuelas y poblaciones donde se refería que nunca habían tenido la oportunidad de hablar sobre la temática.

Durante el período 2021-2023 se realizaron 10 viajes a dicho departamento brindando en todos consulta tocoginecológica con toma de Pap o toma de test de Virus de Papiloma Humano (HPV) si disponíamos y cumplían con los criterios epidemiológicos de tamizaje cervical para detección precoz de lesiones preinvasoras y cáncer de cuello uterino, según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. El test de captura híbrida de HPV estuvo disponible solo a partir de 2023.

Se recolectaron los datos obtenidos de las historias clínicas, preservando la identidad de las mujeres, y se volcaron los mismos en una tabla de Excel diseñada a estos efectos.

Resultados

Se realizaron y analizaron un total de 462 test de Papanicolaou y 55 test de captura híbrida. La edad promedio fue de 36 años, con un rango de 16 a 76 años.

El porcentaje de paridad fue de 10% nuligestas; 21% primigestas; y 69% multigestas (ver Anexo I – gráfico I)

La edad promedio según las gestas fue de 28 años nuligestas; 30 años primigestas; 41 años multigestas (ver Anexo I – gráfico II)

La edad promedio de primer Pap fue de 33 años con un rango de 17 a 73 años.

La tasa de detección de Pap fue de 4,5%, siendo el 43% ASCUS, el 33% L-SIL y el 24% H-SIL (ver Anexo I – gráfico III). Se realizaron 55 test HPV de los cuales 10 dieron positivos. La lectura del Papanicolaou de estas pacientes arrojó 4 resultados negativos, 3 L-SIL, 2 H-SIL y 1 PAP insatisfactorio (ver Anexo I – Imagen IV).

Conclusiones

Esta población presenta una elevada prevalencia de lesiones preinvasoras, probablemente debido a la dificultad en el acceso a los sistemas de salud.

En nuestro país es responsabilidad del estado en sus tres niveles garantizar derechos como el acceso a la salud, en particular la salud sexual y los derechos reproductivos y no reproductivos. En tanto esto no se cumple plenamente la acción de ONGs como la Higuera puede derribar las barreras de acceso al sistema de salud de estas poblaciones mejorando el proceso salud- enfermedad.

En cuanto a la falta de recursos humanos en el personal de salud y la inequidad a la accesibilidad de Atención Primaria, se sugieren evaluar las políticas sanitarias, mejorar aquellas barreras y fomentar capacitaciones y espacios donde se aborde la Educación Sexual Integral.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los profesionales que participaron en los viajes para poder brindar consultas tocoginecológicas, a la ONG La Higuera por la labor de estos 20 años, y a la Dra Beatriz Villa, por su dedicación y la colaboración para hacer esto posible.

El presente artículo no posee conflictos de intereses.

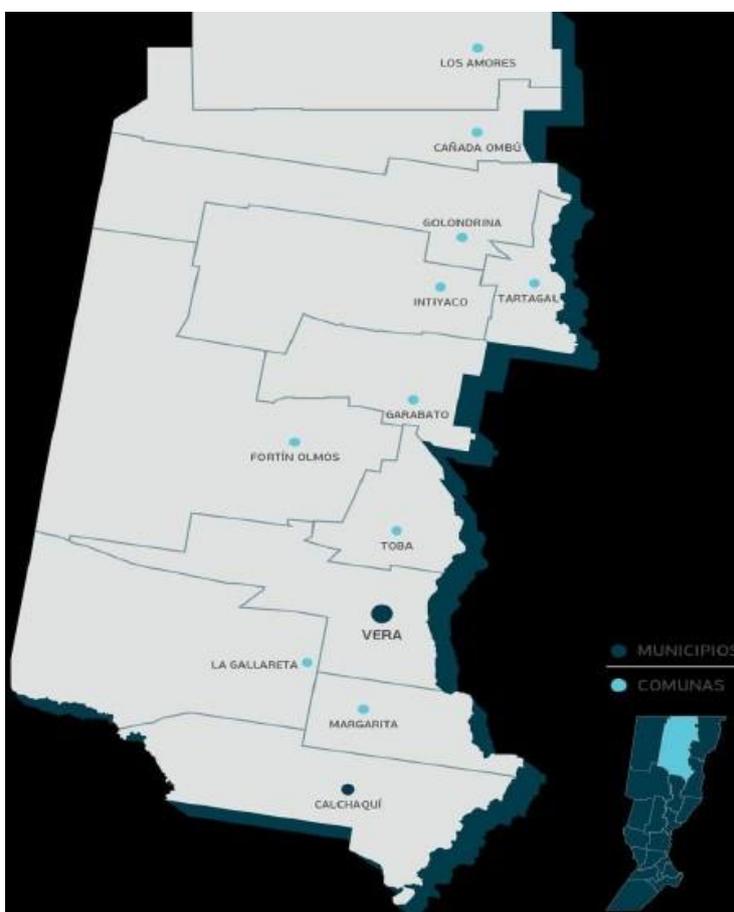
Bibliografía

1. INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), 2022: https://censo.gob.ar/index.php/mapa_poblacion2/
2. Situación del Cáncer de Cuello Uterino en la Provincia de Santa Fe – Dirección de Promoción y Prevención de la Salud. Informe del Subprograma de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino (2012). Disponible en www.santafegov.ar

3. Test de HPV en Estrategia de Screening Primario para Detección de Cáncer Cervicouterino – CONETEC (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud). Ministerio de Salud. Informe de evaluación publicado en Marzo 2021. Disponible en www.argentina.gob.ar
4. IARC (International Agency for Research on Cancer). Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, cervix uteri, females, all ages. Globocan (The Global Cancer Observatory), 2020. Disponible en https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=23&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=0&include_nmsc=0&include_nmsc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%252D

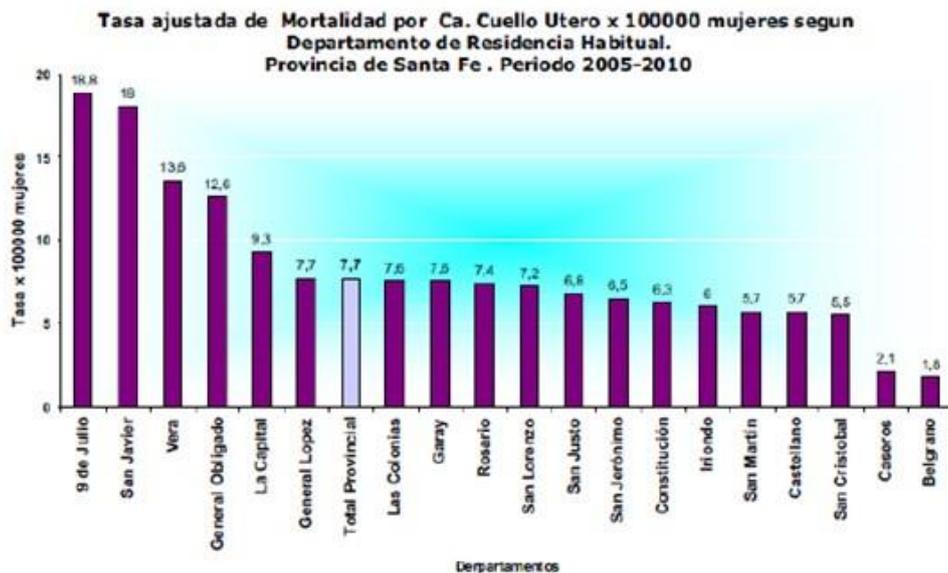
ANEXO I

Imagen I: Mapa del Departamento de Vera, Santa Fe



<https://www.senadosantafe.gob.ar/departamentos/vera>

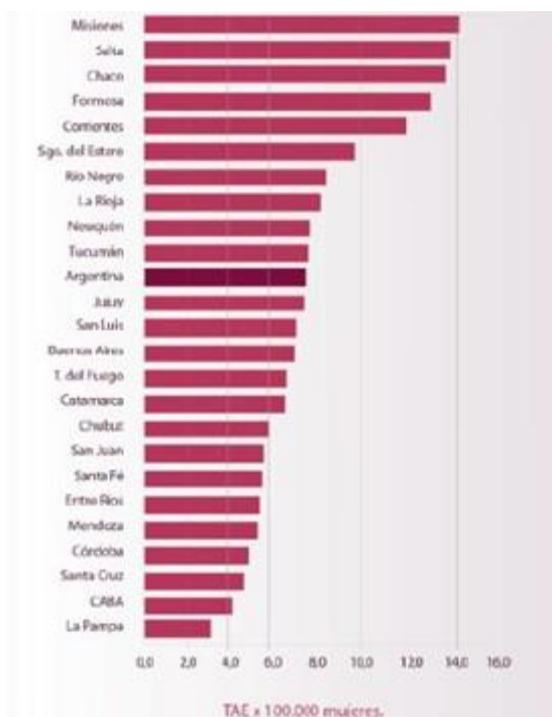
Imagen II: Tasa ajustada de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino – Provincia de Santa Fe



Elaboración propia datos brindado por la Dirección General de Estadística

Situación del Cáncer de Cuello Uterino en la Provincia de Santa Fe – Dirección de Promoción y Prevención de la Salud. Informe del Subprograma de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino (2012) – Pág 13

Imagen III: Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino a nivel nacional



Test de HPV en Estrategia de Screening Primario para Detección de Cáncer Cervicouterino – CONETEC – Pág 29

Gráfico I: Porcentaje de Paridad

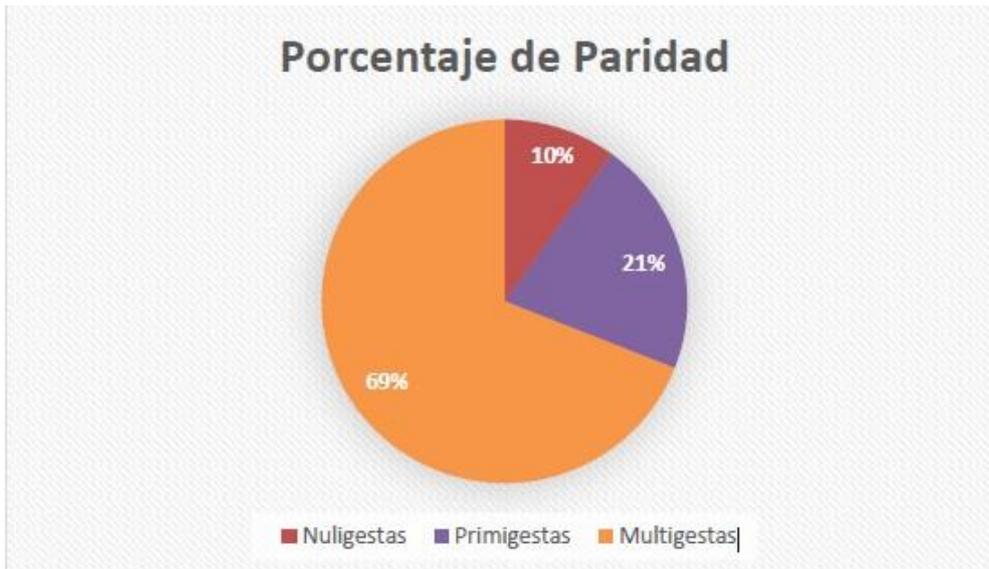


Gráfico II: Edad promedio según Gestas



Gráfico III: Tasa de Detección de PAP

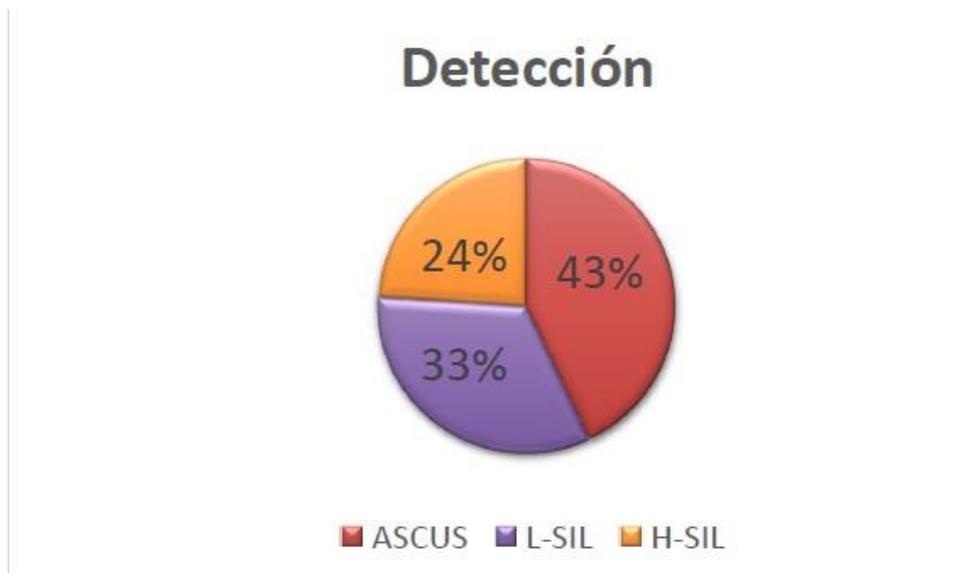
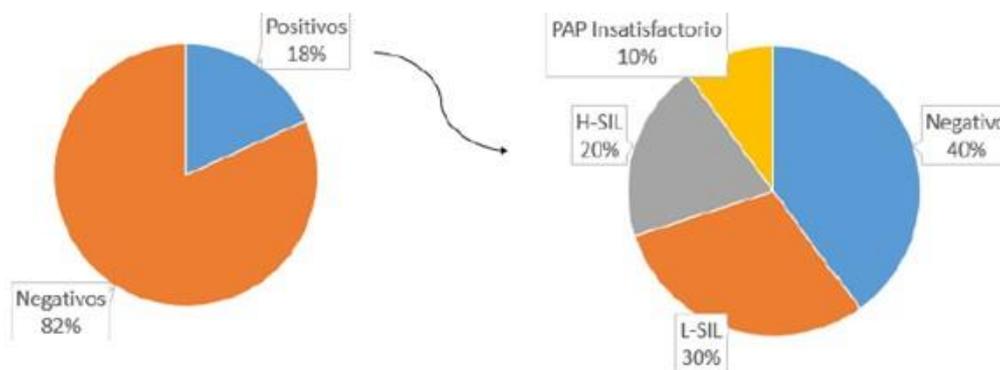


Foto IV: Detección con test de HPV



(1) Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

(2 - 3): Tocoginecología, Hospital Escuela Eva Perón.

(4): Asociación Civil La Higuera. Nadia Ramírez: 3416238726 ;

(5): Región de Salud del Departamento Vera del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Conocer el Impacto de la Recuperación de Espermatozoides en la Tasa de Embarazo, Nacidos Vivos y Abortos según la Edad de la Mujer en las Inseminaciones Intrauterinas realizadas entre 2015 y 2022

en la Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida del Hospital Provincial del Centenario Rosario.

Autores:

Cecilia Paparella¹, Daiana Kolmann², Ivanna Garnero³, Patricia Perfumo⁴

Condensación

En tratamientos de fertilización asistida de baja complejidad se evidencia que la edad reproductiva materna avanzada tiene mayor impacto que la recuperación espermática al momento de evaluar tasa de embarazo.

Resumen

Los objetivos del trabajo fueron conocer el impacto de la recuperación de espermatozoides en la tasa de embarazos, nacidos vivos y abortos en las inseminaciones intrauterinas realizadas en la Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida entre 2015 - 2022 y analizar el impacto de la edad materna en los resultados. Estudio retrospectivo observacional de 136 inseminaciones intrauterinas homólogas realizadas en parejas con mujeres entre 22 y 41 años. La selección espermática se realizó mediante Centrifugación en gradientes de densidad. Se formaron 4 grupos según las edades de las mujeres: G1 (n=27) entre 22 y 29 años; G2 (n=57) 30 a 35 años; G3 (n=41) 36 a 39 años y G4 (n=11) entre 40 y 41 años. En los grupos de mayor edad materna se obtuvieron menor tasa de embarazo y mayores abortos siendo que las muestras seminales utilizadas tenían más de 32 millones de espermatozoides recuperados. En tratamientos de fertilización asistida de baja complejidad la edad reproductiva materna es factor relevante para lograr mayor tasa de embarazo y nacidos vivos mientras que la selección de espermatozoides no tiene impacto significativo al evaluar tasa de embarazo.

Palabras Claves

inseminación intrauterina - edad materna - tasa de embarazo - abortos - selección espermática

Abstract

The objectives of the work were to know the impact of the recovery of viable sperm on the rate of pregnancies, live births and abortions in intrauterine inseminations carried out in the Medically Assisted Human Reproduction Unit between 2015 to 2022 and to analyze the impact of maternal age on the results obtained. Retrospective observational study of 136 homologous intrauterine inseminations performed in couples with women between 22 and 41 years old. Sperm selection was carried out by Centrifugation in Density Gradients. Four groups were formed according to the ages of the women: G1 (n=27) between 22 and 29 years old; G2 (n=57) 30 to 35 years old; G3 (n=41) 36 to 39 years old and G4 (n=11) 40 to 41 years old. In the older maternal age groups, a lower pregnancy rate and higher abortions were obtained despite the fact that the seminal samples used had more than 32 million sperm recovered. In low complexity assisted fertilization treatments, maternal reproductive age is a relevant factor to achieve a higher pregnancy rate and live births, while sperm selection does not have a significant impact when evaluating pregnancy rate.

Key Words

intrauterine insemination - maternal age - pregnancy rate - abortions - sperm selection

Introducción

La atención integral de la salud sexual y reproductiva incluye el conjunto de acciones y servicios destinados a alcanzar bienestar en relación a la sexualidad y la reproducción, entendiendo que se trata de un derecho humano, inherente a todas las personas mayores de edad, sin distinción de clase, género, orientación sexual, etnia, nacionalidad o religión. Ley Nacional N° 26862 sancionada en junio de 2013, tiene por objeto garantizar el acceso integral a todos los procedimientos y técnicas de reproducción realizados con asistencia médica para lograr un embarazo. En esta Ley se incluyen las técnicas de baja y alta complejidad con gametos propios de la pareja o con la donación de las células sexuales y/o embriones(1) (2).

Las técnicas de baja complejidad son procedimientos médicamente asistidos que tienen por objeto lograr la unión entre el óvulo y el espermatozoide en el interior de la mujer, a través de la inducción de la ovulación, la estimulación ovárica controlada o mediante inseminación intrauterina (IIU) con semen de la propia pareja o de donante (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infertilidad como la imposibilidad de una pareja sexualmente activa de lograr un embarazo después de 12 meses o más de búsqueda, sin medidas de protección y durante el ciclo fértil de la mujer (4) (5) (6) (7).

El término infertilidad primaria se utiliza para describir a una pareja que nunca ha logrado conseguir un embarazo mientras que en la infertilidad secundaria existen antecedentes de por lo menos un embarazo confirmado, aborto o parto y no es capaz de lograr un nuevo embarazo (8) (9) (10) (11) (12).

Estudios realizados en distintos países sostienen que la infertilidad afecta alrededor del 20% de las parejas en edad reproductiva y tiene un fuerte impacto en su entorno familiar y social (13) (14) (15).

El varón está involucrado en alrededor del 35 % de los casos de infertilidad, el factor femenino representa otro 35 %, un 20 % se debe a causas compartidas o mixtas y aproximadamente el 10 % de los casos de infertilidad son de origen idiopático sin causa aparente(16) (17).

La IIU es un procedimiento sencillo, con ausencia de complicaciones potencialmente serias y fácil de reproducir, consiste en introducir en el interior del útero materno durante el período ovulatorio, una suspensión de espermatozoides móviles viables seleccionados facilitando de esta manera, el encuentro entre ambos gametos con el fin de lograr un embarazo. En este procedimiento de baja complejidad se requieren determinadas condiciones necesarias para incrementar las posibilidades de éxito como la capacidad de ovulación espontánea o mediante tratamiento, cavidad uterina sin alteraciones y permeabilidad de al menos una de las trompas uterinas, reserva ovárica adecuada, número total de espermatozoides móviles progresivos seleccionados mayor o igual a 5 millones y morfológicamente normales(18) (19) (20).

Mediante los procedimientos de selección espermática como la Centrifugación en Gradientes de densidad se intentan separar los mejores espermatozoides móviles progresivos (OMS 2021, grados a y b) y con menor índice de fragmentación para ser utilizados en las Técnicas de Reproducción Asistida(TRA)(21). La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital del individuo; especialmente en la mujer adquiere importancia el período llamado edad fértil caracterizado por su capacidad de ovular y posibilidad de lograr embarazo (22) (23).

La capacidad reproductiva natural varía de acuerdo a la edad. La máxima fecundidad de la mujer con probabilidad de gestar se observa entre los 20 y 30 años, luego comienza a disminuir progresivamente, en especial a partir de los 35 años también disminuyen las posibilidades de concebir con TRA (20)(3).

Esta disminución de la fertilidad con la edad puede deberse a varios factores como el envejecimiento ovárico junto al descenso de la calidad ovocitaria, el aumento de condiciones médicas y ginecológicas, la disminución de la calidad espermática en el varón, además de condiciones asociadas con la exposición a factores ambientales y con el estilo de vida (5)(24)(25) (26).

En las últimas décadas se ha observado que muchas mujeres deciden postergar el momento del embarazo por distintas razones culturales, sociales, asociadas con el desarrollo profesional y estabilidad emocional, lo cual ha llevado a un incremento de gestantes de edad avanzada (27) (28) (29).

Objetivos

Primario: conocer el impacto de la recuperación de espermatozoides viables en la tasa de embarazo, nacidos vivos y aborto en las IIU realizadas en la Unidad de Reproducción Humana Medicamente Asistida (URHMA) entre 2015 y 2022. Secundario: analizar el impacto de la edad materna sobre los resultados obtenidos en cada subgrupo.

Resultados

Tabla 1: Tasa de recuperación espermática vs Tasa de embarazos

Total de espermatozoides MP seleccionados luego del mejoramiento (millones) para la IIU	EMBARAZOS (Beta POSITIVAS)
25 a 30	9 (6.6 %)
31 a 35	1 (0.7 %)
36 a 40	3 (2,2 %)
Mayor a 40	4 (2,9 %)

Los embarazos resultantes de las IIU se obtuvieron a partir de un valor total de espermatozoides MP seleccionados de 25 millones independientemente de la edad materna; lográndose una mayor proporción de embarazos (6.6%) con aquellas muestras que luego del mejoramiento, la recuperación espermática obtenida presentó entre 25 y 30 millones de espermatozoides MP (Tabla 1).

Tabla 2: Nacidos vivos vs edad materna y total de espermatozoides MP seleccionados

GRUPOS	Beta POSITIVAS	NACIDOS VIVOS	Total de espermatozoides MP seleccionados (millones)
G1 (n=27)	3 (11 %)	2	mayor a 35
G2 (n=57)	9 (15.8 %)	9	mayor a 25
G3 (n=41)	4 (9.8 %)	1	mayor a 40
G4 (n=11)	1 (9 %)	0	mayor a 32

Tabla 3: Abortos vs edad materna y total de espermatozoides MP seleccionados

GRUPOS	Betas POSITIVAS	ABORTOS	Total de espermatozoides MP seleccionados (millones)
G1 (n=27)	3 (11 %)	1	menor a 20
G2 (n=57)	9 (15.8 %)	3	menor a 25
G3 (n=41)	4 (9.8 %)	3	mayor a 35
G4 (n=11)	1 (9 %)	1	mayor a 32

G1 (n=27) mujeres entre 22 y 29 años; G2 (n=57) entre 30 y 35 años; G3 (n=41) 36 a 39 años y G4 (n=11) entre 40 y 41 años.

En los grupos de menor edad materna (G1 y G2) se obtuvo mayor tasa de embarazo y nacidos vivos a partir de muestras seminales con una recuperación de espermatozoides seleccionados superior a 25 millones mientras que los abortos en estos grupos sucedieron en parejas con una recuperación total de células MP menor a 25 millones. En los grupos de mayor edad materna (G3 y G4) se obtuvo un solo nacido vivo a partir de una suspensión de espermatozoides seleccionados mayor a 40 millones y se observó un aumento en la tasa de abortos a pesar que las muestras seminales presentaron más de 32 millones de espermatozoides MP de mejor calidad. En mujeres menores de 30 años, la tasa de aborto se mantuvo estable aproximadamente en un 10%, este promedio se estima considerable como tasa de aborto en un tratamiento de fertilidad de baja complejidad (Tablas 2 y 3).

Discusión

Según estudios científicos, la posibilidad de embarazo en una pareja en edad reproductiva óptima y sin problemas de fertilidad que mantiene coitos vaginales regularmente sin uso de métodos anticonceptivos, es del 20-25 % por ciclo. Aproximadamente el 85% de las parejas en dichas condiciones logran un embarazo en el primer año (43). La capacidad reproductiva natural varía de acuerdo a la edad. La edad avanzada es un factor pronóstico preponderante que disminuye la eficacia reproductiva y aumenta la tasa de pérdidas gestacionales.

A partir de los 40 años, la posibilidad de lograr un embarazo disminuye hasta ser inferior al 5% en cada ciclo (20) (44) (45) (46) (47) (48). Se ha demostrado estadísticamente que la edad materna avanzada condiciona una disminución en la fertilidad (29) (49).

En cada caso particular la probabilidad de embarazo con el paso de los años dependerá de la reserva ovárica, de la causa y tiempo de duración de las dificultades reproductivas de la pareja, del número de intentos en el tratamiento y además de la cantidad de folículos maduros obtenidos en respuesta a la inducción de la ovulación (28) (50) (19). Según evidencias científicas la disminución en la fertilidad relacionada con la edad avanzada está asociada a un aumento significativo del riesgo de alteraciones cromosómicas y malformaciones congénitas en la descendencia. Estas alteraciones pueden explicar el incremento en el riesgo de abortos, incluso luego de haber constatado actividad cardíaca positiva del embrión por ecografía (27) (51) (52).

Algunos estudios indican que la probabilidad de aborto espontáneo en mujeres a los 35 años es aproximadamente el doble que a los 20 años (53) (49) (54).

Según trabajos de Donoso E y col., el rango de edad materna con menor riesgo de mortalidad fetal está entre los 20 y 29 años mientras que mujeres de 30 a 34 años de edad presentan un mayor riesgo de aborto. Estos autores demostraron una mayor mortalidad fetal y neonatal en grupos de mujeres con 35 o más años (23) (55) (56).

En mujeres mayores de 40 años se ha demostrado un descenso significativo en la tasa de éxito de embarazo; este efecto de la edad sobre los resultados de las IIU se debería a la disminución de la calidad ovocitaria con un agotamiento folicular progresivo asociado a edades avanzadas en las mujeres (57) (58). La posibilidad de embarazo mediante los procedimientos de IIU luego de inducir la ovulación es entre un 10 y un 18%, ascendiendo al 30-45% en tres ciclos (tener presente que la tasa de embarazo en una pareja que no presenta dificultades reproductivas es del 20 al 25% por ciclo). La tasa de nacimientos es alrededor del 20-25% y luego del cuarto intento la tasa de embarazo se estabiliza (59) (60).

Otros factores importantes que influyen en el resultado de la IIU son los parámetros espermáticos asociados a la calidad seminal (61) (62). Muchos estudios demuestran que los parámetros de movilidad progresiva y morfología normal del espermatozoide influyen en la tasa de embarazo en las IIU (58) (18).

Algunos autores consideran a la morfología espermática como un parámetro que ayudaría a predecir el pronóstico del procedimiento ya que obtuvieron una tasa de embarazo en las IIU, significativamente superior cuando el porcentaje de espermatozoides morfológicamente normales fue mayor al 4 % (63) (64). Sin embargo, el grupo de Araujo y col., no observaron efectos de la morfología espermática sobre el número de embarazos en IIU ni antes ni

después de realizar la capacitación (65). En varios estudios retrospectivos y prospectivos se obtuvieron las mismas conclusiones (66)(67).

Además, el sistema de evaluación de la morfología espermática puede variar considerablemente en función de las condiciones de la tinción. La calidad de los espermatozoides capacitados utilizados en las TRA para lograr la fecundación de los óvulos es un factor masculino determinante al evaluar probabilidad de éxito del procedimiento. Según nuestros resultados en estos tratamientos del IU, la tasa de embarazo y nacidos vivos depende significativamente de la edad reproductiva de la mujer ya que se observó una menor tasa de embarazo y un aumento de abortos en los grupos de mayor edad materna siendo que el total de espermatozoides seleccionados utilizados en todas las parejas que lograron embarazo fue superior a 32 millones.

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos en nuestro trabajo concluimos que en los tratamientos de fertilidad mediante IIU, la concentración de espermatozoides seleccionados funcionalmente competentes no tuvo impacto significativo al momento de definir la tasa de embarazo mientras que la edad materna avanzada se asoció con una menor tasa de gestación y una mayor tasa de aborto en parejas que lograron el embarazo. En los procedimientos de reproducción asistida de baja complejidad, la edad materna es factor pronóstico relevante para lograr mayores posibilidades de éxito en la tasa de embarazo evolutivo y nacidos vivos. Consideramos importante sugerir la generación e implementación de políticas de salud públicas efectivas que incentiven la búsqueda de embarazo en edades maternas más tempranas inferiores a los 35 años.

Bibliografía

- Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida N°26862/2013
- Resolución E1/2017. Ministerio de Salud. Tratamientos de Reproducción Medicamente Asistida, 2017
- Cuidados de la fertilidad y Promoción de la Salud Reproductiva. Programa Nacional de Reproducción Medicamente Asistida, 2° Edición 2022
- OMS 2018 https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1
- Cabrera Figueredo I, Luaces Sánchez P, González González F, González Reigada A, Rodríguez Hernández L, Cruz Fernández CY. Análisis de la infertilidad femenina en la población camagüeyana. 2017; 21(6):705-716
- Gonzalez Sanchez K, Lesteiro Gonzalez M, Gonzalez Gonzalez D, Perez Rodriguez ME. Infertilidad, una mirada desde la Atención Primaria de Salud. Revista Electrónica Medimay. 2019; 28 (2): 191-201
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril. 2015; 103(6): e44-e50

- Rodríguez Pendás BV, Santana Pérez F, Domínguez Alonso E, et al. Leucocitos seminales y calidad espermática de hombres en estudio de infertilidad. *Rev Cub Endocrinol.* 2016; 27(1):18-28
- Arnold Rodríguez M, Domínguez Blanco AR. Micoplasmas urogenitales como causa de infertilidad femenina. *Rev Cub Obst y Ginec.* 2015; 41(3):285-296
- Urgellés Carrera S, Miranda Gómez O, Mora González Salvador R. Caracterización de factores predisponentes de infertilidad tubo peritoneal. *Rev Cubana Obst y Ginec.* 2015; 41(2):132-139
- American Society for Reproductive Medicine- ASRM; 2019
- Fernando Zegers-Hochschild, David Adamson, Silke Dyer, Catherine Racowsky et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Human Reproduction.* 2017; 32 (9): 1786-1801
- Kenia Rodríguez Martínez, Jatdielys Méndez Vidal. Factores clínico-terapéuticos que influyen en el logro de embarazo en pacientes tratadas por fertilización in vitro. *Revista Cubana de Endocrinología.* 2015; 26 (2): 108-123
- Rodríguez Fernández MC. Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. *MEDISAN* 2016; 20(10): 5044-5047
- Oliver-Bonet M, Mach N. Factores nutricionales y no nutricionales pueden afectar la fertilidad masculina mediante mecanismos epigenéticos. *NutrHosp* 2016; 33 (5): 591
- Agarwal A, Sharma R, Durairajanayagam D, Ayaz A, Cui Z, Willard B, et al. Major protein alterations in spermatozoa from infertile men with unilateral varicocele. *Reproductive Biology and Endocrinology.* 2015; 13 (8): 1-22
- Fontana R, Torre Sdella. The deep correlation between energy metabolism and reproduction: A view on the effects of nutrition for women fertility. *Nutrients* 2016; 8(2):87
- Van Voorhis B, Barnett M, Sparks A, et al. Effect of the total motile spermcount on the efficacy and cost-effectiveness of intrauterine insemination and in vitro fertilization. *FertilSteril.* 2001; 75:661-668
- M Vargas-Hernández, J.M Tovar-Rodríguez, G. Acosta-Altamiento y M.A. Moreno-Eutimio. Papel de la inseminación intrauterina en la era de la fertilización in vitro. Elsevier Doyma. *Clin InvestGinecObst.* 2013
- Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de Reproducción Asistida (IA y FIV/ICSI) 2011
- WHO Laboratory manual for the examination and processing of human semen. Sixth Edition 2021
- Molina R, Molina T, González E. Teenage fecundity rates in Chile. A serious public health problem. *RevMed Chile* 2007; 135 (1): 79-86
- E Donodo, JA Carvajal. C Vera, JA Poblete. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *RevMed Chile* 2014; 142: 168-174
- Mendiola J, Torres-Cantero AM, Vioque J, Moreno-Grau JM, Ten J, Roca M, et al. A low intake of antioxidant nutrients is associated with poor semen quality in patients attending fertility clinics. *Fertil Steril.* 2010; 93(4):1128-33

- Paparella C, Garnero I, Perfumo P. Impacto de la obesidad y el sobrepeso sobre los parámetros espermáticos en una población de hombres infértiles. *Revista SAMeR, Reproducción* 2020; 35 (1): 1-7
- CV Paparella, IM Garnero, PR Perfumo. Impacto de los agroquímicos sobre las variables seminales en varones infértiles. *Revista FASGO* 2021; 20 (3): 79-87
- Lemor A. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Horiz Med.* 2014; 14 (2): 22-26
- Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009; 74 (6): 331-338
- Crespo R, Alvir A, Lapresta M, Andrés MP, Campillos JM, Castán S. Impacto de la edad materna avanzada en las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestaciones gemelares. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2012; 39 (6): 230-235
- 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
- Kraemer M, Fillion C, Martin-Pont B, Auger J. Factors influencing human sperm kinematic measurements by the Celltrak computer-assisted sperm analysis system. *Hum Reprod.* 1998; 13 (3): 611-9
- Mortimer David, Mortimer Sharon. Routine application of CASA in Human Clinical Andrology and ART Laboratories. 13th International Symposium on Spermatology; 2018; Stockholm New York: Springer 2021; 183-197
- 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
- Yuan P, Zhang Z, Luo C, Quan S, Chu Q, Zhao S. Computer-assisted sperm analysis for assessing sperm mobility parameters in in vitro fertilization. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao.* 2013;33 (3): 448-450
- Björndahl L, Kvist U. Sequence of ejaculation affects the spermatozoa as a carrier and its message. *Reprod Biomed Online.* 2003; 7(4): 440-448
- Slama R, Eustache F, Ducot B et al. Time to pregnancy and semen parameters: a cross-sectional study among fertile couples from four European cities. *Hum Reprod* 2002; 17 (2): 503-515
- E Carballo-Mondragón, L Durán-Monterrosa, E Cervantes-Ibarra, A Kably-Ambe. Comparación de la técnica de gradientes vs técnica de microfluidos para separación espermática. *Rev Mexicana de Medicina de la Reproducción.* 2019; 10: 1-6
- Malvezzi H, Sharma R, Agarwal A, Abuzenadah AM, Abu Elmagd M. Sperm quality after density gradient centrifugation with three commercially available media: a controlled trial. *Reproductive Biol Endocrinol.* 2014; 12:121
- Tamayo Hussein, P.C. Lalinde Acevedo, N.A. Gómez Morales y W.D. Cardona Maya. *Comparación de 2 métodos de selección espermática sobre la fragmentación del ADN y potencial de membrana mitocondrial de los espermatozoides humanos: en*

búsqueda del gameto de oro. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2019; 46 (1): 2-8

- Björndahl L, Mortimer D, Barratt CLR, Castilla JA, Menkveld R, Kvist U et al. A Practical Guide to Basic Laboratory Andrology. Cambridge University Press; 2010
- Henkel R. Sperm preparation: state-of-the-art--physiological aspects and application of advanced sperm preparation methods. Asian J Androl. 2012; 14 (2): 260-269
- [Schwartz](#) , [MJ Mayaux](#). La fecundidad femenina en función de la edad: resultados de la inseminación artificial en 2193 mujeres nulíparas con maridos azoospermicos. New England Journal Medicine 1982; 306: 404-406
- Liu, K., Case, A. Reproductive Endocrinology and Infertility Committee. Advanced reproductive age and fertility. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC). 2011; 33 (11): 1165-1175
- Zegers-Hochschild F., Adamson G. D., Dyer S., Racowsky C., De Mouzon J., Sokol R., Rienzi L., Sunde A., Schmidt L., Cooke I. D., Simpson J. L., y Van der Poel S. The International Glossary on Infertility and Fertility Care. Human Reproduction 2017 (Oxford, England), 32(9): 1786 - 1801
- American Society for Reproductive Medicine [ASRM] Practice Committee 2019. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: a committee opinion. Fertility and Sterility. 2019; 112 (6): 1022 – 1033
- Segal T. R. y Giudice L. C. Before the beginning: environmental exposures and reproductive and obstetrical outcomes. Fertility and Sterility. 2019; 112(4): 613-621
- Organización Mundial de la Salud 2020. Infertility. Fact Sheet. Septiembre 2020
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. Fertility and Sterility. 2014; 101(3): 633 – 634
- Mutz-Dehbalai I, Scheier M, Jerabek-Klestil S, Brantner C, Windbichler GH, Leitner H et al. Perinatal mortality and advanced maternal age. Gynecol Obstet Invest. 2014; 77 (1): 50-57
- Nolasco-Blé AK, Hernández-Herrera RJ, Ramos-González RM. Hallazgos perinatales de embarazos en edad maternal avanzada. Ginecol Obstet Mex. 2012; 80 (4): 270-275
- Kalewad PS, Nadkarni T. The perinatal and maternal outcome in pregnancy with advanced maternal age 35 years and > 35 years. Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol. 2016; 5 (6): 1929-1935
- Balasch J y Gratacós E. 2012; American College of Obstetricians & Gynecologists [ACOG], 2014
- Balasch, Jy Gratacós, E. Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. Current opinion in obstetrics y gynecology. 2012; 24(3): 187 – 193

- Mary C Carolan, Mary-Ann Davey, Maryanne Biro and Michelle Kealy. Very advanced maternal age and morbidity in Victoria, Australia: A population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13 (1):80
- Donoso E, Villarroel L. Reproductive risk of women over 40 years old. *RevMed Chile* 2003; 131 (1): 55-59
- Ibérico G, Vioque J, Ariza N, et al. Analysis of factors influencing pregnancy rates in homologous intrauterine insemination. *Fertil Steril* 2004; 81 (5): 1308-13
- Soriano MJ, Molina I, Martínez JV, Rubio JM. Efectos de las técnicas de capacitación sobre la morfología espermática y los resultados de la inseminación intrauterina. *Rev Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. 2016; 33 (3): 52-66
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadística e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica. 2019; 5 (62) Buenos Aires, Argentina
- American Society for Reproductive Medicine [ASRM], Practice Committee and Society for Assisted Reproductive Technology, Practice Committee. Guidance regarding gamete and embryodonation. *Fertility and Sterility* 2021; 115(6): 1395-1410
- Willem Ombelet, Karen Deblaere, Eugene Bosmans, Annemie Cox, Petra Jacobs, Mia Janssen, Martine Nijs. Semen quality and intrauterine insemination. *Reproductive Bio Medicine Online*. 2003; 7 (4): 485-492
- [R Wainer](#), [M Alberto](#), [A Dorion](#), [M Bailly](#), [M Bergère](#), [R Lombroso](#), [M Gombault](#), [J Selva](#). *Human Reproducción*. 2004; 19 (9): 2060-2065
- Van Waart A, Kruger TF, Lombard CJ and Ombelet W. Predictive value of normal sperm morphology in intrauterine insemination: a structure literatura review. *Human Reproduction Update*. 2001; 7 (5): 495-500
- Lindheim SR, Barad DH, Zinger M. et al. La morfología anormal de los espermatozoides es altamente predictiva del resultado del embarazo durante la hiperestimulación ovárica controlada y la inseminación intrauterina. *Rev Reproducción Asistida y Genética*. 1996; 13: 569-572
- Araújo LF, Fácio CL, Bossoni MC, Machado-Paula LA, Corrente JE, Cavagna M, Matheus PC, Pontes A. Efficacy of sperm motility after processing and incubation to predict pregnancy after intrauterine insemination in normospermic individuals. *Reprod Biol Endocrinol*. 2013; 22 (11):101
- Karabinus DS and Gelety DS. The impact of sperm morphology evaluated by strict criteria on intrauterine insemination success. *Fertil Steril*. 1997; 67: 536-541
- Dickey RP, Pyrzak R, Lu PY, Taylor SN and Rye PH. Comparison of the sperm quality necessary for successful intra uterine insemination with World Health Organization threshold values for normal sperm. *Fertil Steril*. 1999; 71: 684-689

1. Bioquímica Cecilia Vicenta Paparella

- Docente de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario
- Profesora Superior en Bioquímica - Universidad Católica Argentina
- Especialista en Andrología - Sociedad Argentina de Andrología
- Especialista en Bioquímica Clínica - Área Andrología, Colegio de Bioquímicos de la Provincia de Santa Fe 2° circunscripción
- Staff de URHMA (Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida) del Hospital Provincial del Centenario Rosario

2. Dra. Daiana Kolmann

- Residente de Ginecología y Obstetricia
- Hospital Municipal Roque Saenz Peña de Rosario

3. Dra. Ivanna Marisa Garnero

- Especialista en Ginecología y Obstetricia -Universidad Nacional de Rosario
- Especialista en Medicina Reproductiva-SAMER
- Especialista en ecografía toco-ginecológica
- Docente de la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
- Staff de URHMA del Hospital Provincial del Centenario Rosario
- Staff de Medicina Reproductiva de PROAR, Rosario

4. Dra. Patricia Roxana Perfumo

- Especialista en Ginecología y Obstetricia -Universidad Nacional de Rosario
- Especialista en Endocrinología ginecológica y reproductiva- Universidad Favaloro
- Especialista en Medicina Reproductiva-SAMER
- Especialista en Docencia Universitaria-Universidad Tecnológica Nacional de Rosario
- Profesora Adjunta de la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
- Profesora titular de la Materia Ginecología y Esterilidad de la Universidad Abierta Interamericana
- Directora de la URHMA del Hospital Provincial del Centenario Rosario
- Staff del Servicio de Medicina Reproductiva de Grupo Gamma, Rosario

INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLÓ EL TRABAJO: Unidad de Reproducción Humana Médicamente Asistida (URHMA) del Hospital Provincial del Centenario Rosario, Argentina (CP 2000 - Rosario)

Aspectos Biológicos y Clínicos del Cáncer de Mama Triple Negativo en Pacientes del Servicio de Mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

Autores:

González, Ma. Amelia¹; Dorigoni, Camila²; Alonso, María Encarnación³; Vidallé Dalila⁴

Resumen

Objetivos

Identificar aspectos biológicos y clínicos de los Cáncer de Mama Triple Negativo (CMTN) asistidos en el Servicio de Mastología de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario.

Pacientes y Métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo. Incluyó 857 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama (CM) entre enero/2010 y enero/2020. Analizamos edad; estadificación tumoral; histopatología; inmunohistoquímica (IHQ); grado histopronóstico (GHP); infiltración linfovascular (ILV).

Resultados

Las pacientes fueron categorizadas en 2 grupos según su IHQ: "Tumores Triple Negativos" y "Otros Subtipos Inmunohistoquímicos". El 12,3% fue diagnosticado con CMTN, la edad media fue de 51,9 años. CMTN se diagnosticaron en estadios avanzados más frecuentemente y tuvo una mayor incidencia en el grupo de paciente jóvenes. Predominaron los carcinomas invasores ductales. El 55,9% de los CMTN se presentó con GHP 3. La mayoría no presentó ILV. **Conclusiones:** El CMTN presenta características biológicas y clínicas que se relacionarían con mayor agresividad.

Palabras clave: cáncer de mama – triple negativo – estadios tumorales - características tumorales.

Objectives

Identify biological and clinical aspects of Triple Negative Breast Cancer (TNBC) treated in the Mastology Service of the Ministry of Public Health (MPH) of the Municipality of Rosario.

Patients and Methods

Descriptive and retrospective study. It included 857 patients diagnosed with breast cancer (BC) between January/2010 and January/2020. We analyze age; tumor staging; histopathology; immunohistochemistry (IHC); histoprognostic grade (GHP); lymphovascular infiltration (LVI).

Results

The patients were categorized into 2 groups according to their IHC: "Triple Negative Tumors" and "Other Immunohistochemical Subtypes." 12.3% were diagnosed with TNBC, the mean age was 51.9 years. TNBC were diagnosed in advanced stages more frequently and had a higher incidence in the young patient group. Invasive ductal carcinomas predominated. 55.9% of TNBC presented with GHP 3. The majority did not present LVI. **Conclusions:** TNBC presents biological and clinical characteristics that would be related to greater aggressiveness.

Keywords: breast cancer - triple negative - tumor stages - tumor characteristics

Introducción

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en la mujer y según datos de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en 2020 el CM tuvo una incidencia de alrededor de 2,3 millones de casos en todo el mundo y la mortalidad mundial por cáncer de mama en la población femenina fue de alrededor de 685.000 muertes. [\[i\]](#) [\[ii\]](#) [\[iii\]](#)

EL CM es una entidad patológica heterogénea y puede clasificarse de acuerdo a la inmunohistoquímica (IHQ) del tumor en función de la expresión de receptores hormonales, expresión de Her2 y el índice de proliferación Ki67, lo cual tiene implicancia en el manejo terapéutico con la instauración de terapia dirigidas.

En este contexto, el CM Triple negativo (CMTN) se presenta en un 15-20% de los cánceres de mama y se caracteriza por expresión de Receptores de Estrógeno <1%, Receptores de Progesterona <1% y Her2 de 0 a 2+ y negatividad de Her2 por la técnica de FISH -según las guías ASCO/CAP-. [\[iv\]](#) [\[v\]](#) Esta estirpe tumoral presenta mayor agresividad y peor pronóstico que el resto de los subtipos tumorales.

Predomina en pacientes jóvenes, premenopáusicas, y con antecedentes heredo-familiares (de hecho, el 80-85% de las pacientes que se presentan con mutación del BRCA1 presentan CMTN). Histopatológicamente suelen ser carcinomas ductales infiltrantes (CDI) y de alto grado histopronóstico (GHP). [\[vi\]](#) [\[vii\]](#)

A pesar de su buena respuesta inicial a la quimioterapia, suelen tener alta tasa de recurrencias a distancia, especialmente a nivel visceral. En lo que respecta al tratamiento quirúrgico, inicialmente uno podría plantearse realizar un tratamiento radical por la agresividad y el pronóstico desfavorable que presenta este tipo de tumores. Sin embargo, se han realizado varios estudios en donde se evalúa la tasa de recurrencias loco-regionales cuando se opta por un tratamiento conservador, y se ha observado que no hay diferencias estadísticamente

significativas en las tasas de recurrencia entre los distintos subtipos tumorales (Luminales, Her2 y TN).[\[viii\]](#)

Objetivos

Identificar aspectos biológicos y clínicos de los CMTN asistidos en el Servicio de Mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario

Material y Métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó 857 pacientes que fueron diagnosticadas con cáncer de mama en efectores públicos dependientes de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario, provincia de Santa Fe en el período comprendido entre enero de 2010 y enero 2020.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama en el período previamente mencionado, asistidas en efectores públicos de la SSP de Rosario. La totalidad de la población se subdividió en función de la clasificación IHQ en: Cáncer de Mama Triple Negativo (CMTN) y Otros Subtipos Tumorales (que incluye: Tumores Luminal A y Luminal B; Luminal B/Her2 y Her2 Puro).

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad de las pacientes: se categorizaron en 4 grupos etarios: 15 a 39 años; 40 a 64 años; 65 a 79 años y mayores o iguales a 80 años.
- Histopatología: Carcinoma Ductal In Situ; Carcinoma Ductal Invasor; Carcinoma Lobulillar Invasor; y Otros tipos histológicos;
- Grado Histopronóstico (GHP): GHP 1; GHP 2 y GHP 3;
- Infiltración Linfovascular (ILV): Presente y Ausente;
- Estadificación tumoral al momento del diagnóstico: se consideraron Estadios tempranos (Estadio 0, Estadio I y Estadio II) y Estadios Avanzados (Estadio III y Estadio IV).[\[ix\]](#)

Debido a que los datos son retrospectivos existen casos perdidos en las variables, los mismos se contemplan en el análisis estadístico como casos perdidos.

Se realizó análisis estadístico utilizando el programa IBM-SPSS Statistics Version 26 para análisis de variables.

Resultados

Un total de 857 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fueron incluidas en el análisis. Estas fueron categorizadas en 2 grupos según su clasificación IHQ: "Tumores Triple Negativos" y "Otros Subtipos Inmunohistoquímicos", el último grupo incluye: tumores luminales, tumores luminal B con Her2+ y tumores Her2+ puros.

El 12,3% (n=105) de la población estuvo representado por pacientes con CMTN, en nuestra serie la edad media de diagnóstico del CMTN fue de 51,9 años con un DE \pm 13,7 años.

Si bien la totalidad de los CM fueron diagnosticados en estadios tempranos (87,5% del total), los CMTN se diagnosticaron en estadios avanzados más frecuentemente que el resto de los subtipos IHQ (23% vs. 11%) ($p < 0,0001$).

La totalidad de los CM evaluados fueron mayormente diagnosticados en el grupo etario de 40 a 64 años, no obstante, el CMTN tuvo una mayor incidencia -21%- en el grupo de paciente jóvenes (15 a 39 años) con respecto al grupo de los Otros Subtipos IHQ -12;4%- ($p = 0,054$).

La mayoría de los tumores responden a carcinomas invasores ductales (CDI), tanto en CMTN como en el resto de los subtipos IHQ ($p = 0,127$).

Los CMTN se presentó con GHP 3 (55,9%), existiendo una diferencia estadísticamente significativa con el resto de los subtipos IHQ, que se presentaron más frecuentemente con GHP 2 (43,4%) ($p < 0,0001$).

La mayoría de los tumores no presentó infiltración linfovascular, sin embargo, los CMTN presentaron más frecuentemente ILV que el resto de los subtipos IHQ (33,3% vs. 25,8%) ($p = 0,136$).

Conclusiones

El CMTN presenta características biológicas y clínicas que se relacionarían con mayor agresividad con respecto a los tumores que responden a otras clasificaciones inmunohistoquímicas. En nuestra serie evidenciamos que los CMTN fueron informados más frecuentemente con GHP 3 y tienen más posibilidades de ser diagnosticados en estadios avanzados (estadios III y IV) que el resto de los subtipos IHQ.

	n	SUBTIPOS INMUNOHISTOQUÍMICOS				Total	p-valor
		CMTN		OTROS SUBTIPOS IHQ			
Edad	Media + DE Mínimo - Máximo	105 51,9 ± 13,7 30-99		752 54,1 ± 13,1 21-98		857 53,7 ± 13,3 21-99	-
		n	%	n	%	n	%
Grupos Etarios	15 a 39 años	22	21	93	12,4	115	13,4
	40 a 64 años	67	63,8	497	66,1	564	65,8
	65 a 79 años	12	11,4	137	18,2	149	17,4
	≥80 años	4	3,8	25	3,3	29	3,4
	Total	105	100	752	100	857	100
Histopatología	Invasor Ductal	72	75	475	66	547	67
	Ductal In Situ	4	4,2	46	6,4	50	6,1
	Invasor Lobulillar	7	7,3	111	15,4	118	14,5
	Otros tipos histológicos	13	13,5	88	12,2	101	12,4
	Total	96	100	720	100	816	100
GHP	1	8	11,8	120	25,4	128	23,7
	2	22	32,4	205	43,4	227	42
	3	38	55,9	147	31,1	185	34,3
	Total	68	100	472	100	540	100
ILV	AUSENTE	58	66,7	469	74,2	527	73,3
	PRESENTE	29	33,3	163	25,8	192	26,7
	Total	87	100	632	100	719	100
Estadio Tumoral	Estadios tempranos	77	77	646	89	723	87,5
	Estadios avanzados	23	23	80	11	103	12,5
	Total	100	100	726	100	826	100

Referencias Bibliográficas

[i] OMS – IARC. 2021. Breast Cancer Awareness Month 2021. Recuperado el 15/9/2022. Disponible en: <https://www.iarc.who.int/featured-news/breast-cancer-awareness-month-2021/#:~:text=IARC%20estimates%20that%20there%20were,cause%20of%20cancer%20death%20overall>

[ii] American Cancer Society. 2022. How frequent is breast cancer? Recuperado el 15/9/2022. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-tan-comun-es-el-cancer-de-seno.html#:~:text=Actualmente%2C%20el%20riesgo%20promedio%20de,mujeres%20nunca%20tengan%20la%20enfermedad.>

[iii] OMS – IARC. 2022. Current and future burden of breast cancer: global statistics for 2020 and 2040. Recuperado e 15 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.iarc.who.int/news-events/current-and-future-burden-of-breast-cancer-global-statistics-for-2020-and-2040>

[iv] Allison KH, Hammond MEH, Dowsett M, et al. 2020. Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Update. Arch Pathol Lab Med.;144(5):545-563. doi: 10.5858/arpa.2019-0904-SA.

[v] Wolff AC, Hammond MEH, Allison KH, 2018. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American

Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. J Clin Oncol.;36(20):2105-2122. doi: 10.1200/JCO.2018.77.8738.

[vi] Reis-Filho J. Cáncer de mama Triple Negativo.

Subclasificación y las implicancias terapéuticas. Revista Argentina de Mastología 2013; 32(117): 427-437.

[vii] Anders C, Abramson V, Tan T, mbb s, Dent R. The Evolution of Triple-Negative Breast Cancer: From Biology to Novel Therapeutics. In: American Society of Clinical Oncology,asco Educational Book, 2016, 35, pp. 34-42.

[viii] Sharma P. Biology and Management of Patients With Triple-Negative Breast Cancer. The Oncologist 2016; 21: 1-13.

1. Médica. Residente de 4º año de la Carrera de Ginecología y Obstetricia, UNR, Rosario. Correoameliagonzalez@gmail.com

2. Médica. Residente de 3º año de la Carrera de Ginecología y Obstetricia, UNR, Rosario. Dorigoni.camila@gmail.com

3. Médica Tocoginecóloga. Fellow en Mastología. alonsomariaenc@gmail.com

4. Médica Tocoginecóloga. Mastóloga acreditada por SAM. dvidalle@hotmail.com

Servicio de Mastología de la Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario, Santa Fe.

Actualización del Consenso de Obstetricia sobre Distocia de Hombros

Autores:

Coordinadora: Dra. Marisa Mabel Espinoza¹

Expertos: Dr. Santiago Rollan², Roberto Kekliklián³, Marcelo Correa Viera⁴, Diego Iglesias⁵, Héctor Dante Lucchini⁶

Resumen

La distocia de hombros es una complicación del parto por vía vaginal con asociación a lesiones perinatales graves. Se define cuando el intervalo de tiempo entre la salida de la cabeza fetal y el resto del cuerpo supera los 60 segundos y/o cuando se requiere el uso de maniobras obstétricas auxiliares tras el fracaso en la tracción axial de la cabeza fetal.

Si bien existen múltiples factores de riesgo, estos han demostrado poco valor predictivo para distocia de hombros exceptuando: los fetos de gestantes no diabéticas que superan los 5000 g, aquellos de gestantes diabéticas que superan los 4500 g y el antecedente de haber presentado una distocia de hombros con parálisis del plexo braquial en un parto anterior.

El retraso en la salida de los hombros puede deberse a una dificultad de la primera rotación: distocia de hombros anterior o bilateral, o en la segunda rotación de los hombros.

Debe sospecharse de una distocia de hombros si: durante el período expulsivo se observa un vaivén en la salida de la cabeza (signo de la tortuga) o la cara y el mentón no logran salir, la cabeza se encuentra firmemente adherida contra la vulva o no se observa la restitución externa de la presentación.

Quien asiste el parto debe solicitar ayuda e indicar a la gestante, tras explicar lo que está sucediendo, que deje de pujar. La estrategia de elección y dirección de las maniobras de resolución de distocia de hombros dependerá de la posición de parto de la gestante, el tipo de distocia de hombros y la ubicación del dorso fetal. Es primordial que un asistente registre el tipo de maniobras y el tiempo de cada una de ellas, así como el que pasa entre la salida de la cabeza y el resto del cuerpo del neonato.

Cuando la distocia de hombros es bilateral, se recomienda elegir directamente maniobras internas que trabajen sobre el hombro o el brazo posterior o la restitución de la cabeza fetal. Cuando la distocia de hombros es anterior, si la gestante se encuentra en posición de litotomía se recomienda iniciar con maniobras externas como la maniobra de McRoberts y Rubin I. Si la gestante está en posición vertical, se recomiendan posiciones en cuatro apoyos. Cuando las maniobras externas fallan, se procede con maniobras internas que trabajen sobre el brazo o el hombro posterior o maniobras de rotación interna. Cuando se trata de una dificultad en la segunda rotación de los hombros, se recomiendan maniobras externas en cuatro apoyos y aquellas que trabajen sobre el hombro o el brazo posterior. Las maniobras de último recurso implican una intervención que puede provocar morbilidad materna y perinatal; y se aplican cuando se sospecha que existe compromiso extremo del bienestar fetal. La dirección de las maniobras y la elección de la mano hábil dependerá de donde se encuentre el dorso fetal. La duración de cada maniobra no debe exceder el minuto de tiempo.

Debido a que la distocia de hombros resulta imposible de predecir y posee una incidencia constante durante los años se recomienda considerarlo como un riesgo posible en todo parto vaginal y ser informado como tal. Ante una distocia de hombros se recomienda registrar: el tiempo transcurrido al momento del diagnóstico y la salida de los hombros, así como las maniobras realizadas, los profesionales presentes en el evento, del estado de salud del neonato al momento de nacimiento. Lograr establecer una comunicación efectiva con los padres y familiares reduce el riesgo de litigio. La teoría de la Propulsión Fetal Bloqueada para la lesión del plexo braquial debe invocarse como probable causalidad cuando el trabajo de parto fue espontáneo y como causalidad cuando durante el periodo expulsivo del parto no se registró distocia ni se realizaron maniobras obstétricas.

Se recomienda la estrategia de simulación clínica para el entrenamiento de la resolución de distocia de hombros, ya sea incorporada al curriculum de las instituciones formadoras de profesionales que asisten nacimientos o como forma de capacitación continua de los equipos de profesionales ya constituidos en las diferentes maternidades para lograr un trabajo articulado y dinámico que permita una conciencia situacional compartida.

La peculiaridad de cada escenario hará que se elijan las maniobras externas más rápidas de realizar y las maniobras internas de más fácil acceso para la manipulación de los hombros de acuerdo con el entrenamiento y la experiencia de los profesionales intervinientes.

Introducción

La distocia de hombros es una complicación del parto por vía vaginal con asociación a lesiones perinatales graves. Dichas lesiones, exponen muchas veces a los profesionales que asisten partos y las instituciones de salud a responder a demandas judiciales (1). Los resultados adversos maternos se relacionan con hemorragia postparto o lesiones de partes blandas. Los neonatales, con lesiones del plexo braquial, fracturas óseas, encefalopatía hipóxica isquémica y en situaciones excepcionales, muerte neonatal (2, 3). Existen casos de distocia de hombros que pueden resolverse sin dejar secuelas. Otros, en los que, a pesar de la diligencia en las maniobras, se provocan lesiones y otras situaciones, en donde estas no pueden justificarse por completo por la distocia o el accionar profesional (4, 5).

Si bien la distocia de hombros se asocia a ciertos factores de riesgo como macrosomía fetal, diabetes gestacional o intervenciones durante el parto, estos están ausentes en la gran mayoría de los casos (6, 7, 2). Dado que se trata de una posibilidad latente, no se debería considerar esta complicación como un "mal resultado obstétrico" excepto que se provoque una lesión materna o fetal (3). Esto pone de relevancia por un lado la necesidad del entrenamiento de los profesionales que asisten partos para prevenir estas lesiones y por otro, la importancia de que la gestante tenga conocimiento de esta información.

Es difícil contar con datos locales sobre la incidencia de distocia de hombros (falta de registro) ya que esta patología no tiene un código claro en el Sistema Informático Perinatal. Podría marcarse como "parto obstruido" dentro de las opciones de complicaciones que exhibe el dorso del carné perinatal, aunque se fundiría con otras causas asociadas. Por otro lado, es posible un subregistro dado la falta de consenso sobre el diagnóstico que muchas veces se limita a documentar en la historia clínica sólo aquellas situaciones con desenlaces adversos (8). Algunos textos sitúan la distocia de hombros con una incidencia del 1 %, por lo que en maternidades de más de 2000 partos anuales deberían esperarse uno o dos eventos al mes (9).

El presente texto se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica no sistematizada expuesta al consenso de los expertos representantes de distintas asociaciones pertenecientes a la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. El objetivo de esta propuesta es que sirva de guía para todo profesional matriculado que asiste nacimientos, teniendo en cuenta diferentes escenarios. La Organización Mundial de la Salud promueve que la gestante adopte, según su preferencia, posiciones acostadas, en verticalidad o en cuadrupedia para el período expulsivo. Dichas posiciones deben ser tenidas en cuenta para la elección de maniobras de resolución de distocia de hombros (10). Por otro lado, muchas de las provincias de nuestro país organizan el sistema de salud bajo una política de regionalización del cuidado perinatal basado en el cumplimiento de Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE). Esto hace que los nacimientos se realicen en diferentes ámbitos según la complejidad de las maternidades y posiblemente con mayor o menor cantidad de profesionales intervinientes (11).

Ha resultado bastante frecuente que muchas publicaciones académicas sobre distocia de hombros la categoricen como una “pesadilla obstétrica”, incluso agregan esta palabra en sus títulos (12). Consideramos que desde la performatividad del lenguaje este tipo de expresiones cargan a este evento de una subjetividad innecesaria. Este consenso se ofrece como herramienta flexible para superar esta categorización, haciendo foco en la seguridad del paciente y la evidencia científica disponible.

Definición

La distocia de hombros se define cuando el intervalo de tiempo entre la salida de la cabeza fetal y el resto del cuerpo supera los 60 segundos y/o cuando se requiere el uso de maniobras obstétricas auxiliares tras el fracaso en la tracción axial de la cabeza fetal.

Clásicamente, la distocia de hombros se define como aquella dificultad en el desprendimiento de los hombros, que requiere o necesita de maniobras obstétricas adicionales tras el fracaso de una tracción moderada sobre la cabeza fetal (2).

La tracción axial de rutina es aquella que se ejerce para lograr la salida de los hombros cuando estos no presentan dificultades para su extracción. Se entiende por tracción axial a aquella que sigue la línea de la columna fetal sin desvío lateral o hacia abajo de la cabeza (más de 25-45° respecto al eje horizontal cuando la madre está en posición de litotomía) (2). Existe evidencia que sugiere una fuerte asociación entre la tracción forzada hacia abajo con la avulsión de los nervios de plexo braquial por lo que esta última debería evitarse en todos los casos (13).

Spong y col. (1995) propusieron definir la distocia de hombros cuando el tiempo transcurrido entre el parto de la cabeza y el resto del cuerpo fetal excede los 60 segundos (14). Dicha propuesta se determinó tras la estimación de dos desvíos estándar de la media de intervalo (24.2 segundos) de observaciones realizadas en 250 nacimientos cuyos fetos tenían una estimación de peso menor a 4500 gr o a 4000 gr en diabéticas. En dichos nacimientos se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al peso fetal (3952 gr +/- 118 vs 3319 +/-39 p<0.001) y el score de Apgar en 1 minuto (10 (34%) vs 25 (11%) p <0.05). Estos datos parecieran hacer más frecuente este evento al aumentar la incidencia de distocia de hombros, pero también menos frecuente las lesiones que afectan la morbilidad materna y fetal (14, 8) .

Estudios posteriores dieron aún más relevancia al intervalo de salida entre la cabeza fetal y el resto del cuerpo. Leung y col. (2010) describieron de entre 200 casos de distocia de hombros, un ritmo de descenso del PH arterial de sangre de cordón de 0,011 por minuto [(IC 95 %), 0,017–0,004; P = 0,002] y un riesgo de acidosis severa (pH < 7) de 5,9% (1/17) cuando este intervalo se prolongó a 5 minutos o más (P = 0,034) (15).

Factores de riesgo

Si bien existen múltiples factores de riesgo, estos han demostrado poco valor predictivo para distocia de hombros exceptuando: los fetos de gestantes no diabéticas que superan los 5000 g, aquellos de gestantes diabéticas que superan los 4500 g y el antecedente de haber presentado una distocia de hombros con parálisis del plexo braquial en un parto anterior.

La distocia de hombros sigue siendo un evento impredecible, por lo tanto, la mejor estrategia para su manejo es la prevención, cuando ésta es posible. Resulta clave entonces el reconocimiento de sus factores de riesgo y estar familiarizados con un plan de conducta adecuado y el entrenamiento en las maniobras que permitan su resolución.

Los factores de riesgo pueden clasificarse entre aquellos que se presentan antes del trabajo de parto o **factores preparto** y aquellos que se presentan durante el trabajo de parto o **factores intraparto**. Los primeros, nos obligan a llevar un seguimiento estricto del trabajo de parto y los segundos exigen de operadores idóneos para intervenir en cualquier momento. A su vez, entre los factores de riesgo ante parto pueden encontrarse los **preconcepcionales** como aquellos relacionados a los antecedentes obstétricos de embarazos anteriores (16). (Gráfico 1)

Estos factores de riesgo, según se ha demostrado en una serie de estudios, tienen un valor predictivo muy bajo, tanto en forma individual como en la combinación entre ellos (17, 18). Se realizó una revisión de todas aquellas condiciones clínicas que coexisten o coexistieron estadísticamente con la distocia de hombros en análisis retrospectivos y se encontró que las pacientes que presentaron factores de riesgo asociados fueron solamente del 16% del total (17).



Gráfico 1: Factores de riesgo ante parto e intraparto.

La mayoría de los factores de riesgo tienen una estrecha relación con la **macrosomía fetal**. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define a la macrosomía como aquel feto que pesa más de 4000 gramos (g) al nacer, o bien tiene un peso fetal estimado (PFE) por ecografía mayor a 4500 g (19, 20). Sin embargo, la gran mayoría de los neonatos con un peso al nacer mayor o igual 4500 g. no desarrollan distocia de hombros y el 48% de los nacimientos complicados por distocia de hombros ocurren con recién nacidos que pesan menos de 4000 g (21, 22).

Un estudio noruego observacional de más de 2 millones de nacimientos observó, entre los casos de distocia de hombros (n=14378), que en las gestantes no diabéticas el porcentaje de este evento era del 6.9% (n=170) en fetos entre 4500 y 5000 gr [OR 15.94 (9.24 - 27.20) 95%IC] y del 15.09% (n=121) en fetos mayores de 5000 gr [OR 39.7 (22.99-68.74) 95% IC]. Un porcentaje similar a este último (15,69%, n=121) se observó para las gestantes diabéticas cuyos fetos superaban los 4500 gr [OR 170.73 (155.06 - 187.98) IC 95%] (23).

Uno de los estudios poblacionales con mayor número de pacientes incluidas, calculó una incidencia del 13.5 % de recurrencia de distocia de hombros en el parto subsiguiente. Dentro de los factores asociados se encontraban el mayor peso al nacer, el parto instrumentado y haber presentado una lesión fetal severa. Este estudio encontró que la lesión del plexo braquial se comportaba como un factor de riesgo independiente para recurrencia distocia de hombros, aumentando el riesgo 2 a 3 veces (24).

Los hijos de madres diabéticas tienen 2 a 4 veces más riesgo de presentar distocia de hombros comparados con aquellos que nacen con el mismo peso en madres no diabéticas (17).

Análisis de modelos de decisión han mostrado que para evitar una posible lesión del plexo braquial en fetos con PFE > 4500 gramos se deberían realizar 3695 cesáreas en madres no diabéticas en comparación con 445 en madres diabéticas (16).

Este consenso recomienda que, en casos especiales, como una gestante diabética con sospecha de macrosomía fetal con PFE > 4500 gr o una gestante no diabética con PFE > 5000 gr. debería considerarse la programación de una cesárea. Deben evaluarse los riesgos y beneficios por parte del médico obstetra y una política de decisión compartida claramente documentada (16, 2).

En el caso donde la gestante tiene un antecedente de distocia de hombros en un parto anterior con lesión del plexo braquial u otra injuria fetal permanente, es recomendable discutir el modo de finalización del embarazo teniendo en cuenta las maniobras requeridas en el parto anterior, el trauma materno, la morbilidad neonatal, el PFE en este embarazo y el deseo materno (9).

Fisiopatología

El trabajo de parto de los hombros se realiza en la mayoría de los casos gracias a dos rotaciones: la primera, a la entrada de la pelvis, del plano sagital al transversal u oblicuo; y la segunda, a la salida, del plano transversal u oblicuo al sagital. El retraso en la salida de los hombros puede deberse a una dificultad de la primera rotación: distocia de hombros anterior o bilateral, o en la segunda rotación de los hombros.

El mecanismo de parto de los hombros inicia al entrar al estrecho o espacio superior de la pelvis. Borell y Fernström (1958) describieron dos rotaciones claves en el recorrido de los hombros por el canal del parto. La primera de ellas se produce al momento de entrar al canal. Este hecho se desencadena tras la rotación intrapélvica de la cabeza que busca el plano sagital entre las espinas ciáticas y las tuberosidades isquiáticas. La rotación de la cabeza hará que los hombros deban rotar del plano sagital al plano transversal u oblicuo para entrar a la pelvis (con mayor frecuencia la entrada y el descenso se realiza en el plano transversal) aunque en algunas pocas ocasiones lo hace directamente en el plano sagital. A su vez el hombro anterior suele descender sobreelevado y el hombro posterior extendido, esto se debe a que este último suele ser el primero en introducirse a la pelvis ubicándose en la concavidad del sacro (25).

La segunda rotación de los hombros se produce tras la salida de la cabeza y aquí son los hombros los que provocan su restitución externa o, mejor dicho, el tórax. La mayoría de las veces, los hombros, yacen todavía en dirección transversal aún a la altura de las tuberosidades isquiáticas por lo que no sería válido decir que la rotación interna de la cabeza y la segunda rotación de los hombros ocurren a la misma altura del canal y por el mismo motivo (25, 26) Se piensa que, en ese momento, el tórax fetal (su caja torácica) debe sobrepasar la parte más curvada del canal del parto. Para ello, encuentra más flexibilidad en el movimiento de inclinación lateral y rotación que en el movimiento de flexión dorsal. Esta rotación, lleva los hombros al plano sagital y permite la restitución cefálica externa (25, 3).

De acuerdo con la descripción previa y teniendo en cuenta la definición de distocia de hombros, el retraso entre la salida de los hombros y la cabeza fetal podría darse tanto por dificultades en la primera rotación y la entrada a la pelvis como también en la segunda rotación. Esto determina que puedan ocurrir las siguientes posibilidades:

1. Una distocia bilateral, donde ambos hombros están detenidos por encima del espacio superior de la pelvis, esta situación es poco frecuente y suele presentarse tras el intento de una extracción instrumental (9).
2. Una distocia unilateral, donde el hombro posterior ha entrado en la pelvis, pero el anterior es atrapado por encima del espacio superior. Si la posición es transversal u oblicuo estará sobre la línea pectínea de la hemipelvis que corresponda, si la posición es sagital estará sobre la sínfisis del pubis (25). Esta es la variedad que se presenta con mayor frecuencia. (Figura 1)
3. Una dificultad en la segunda rotación de los hombros (3).

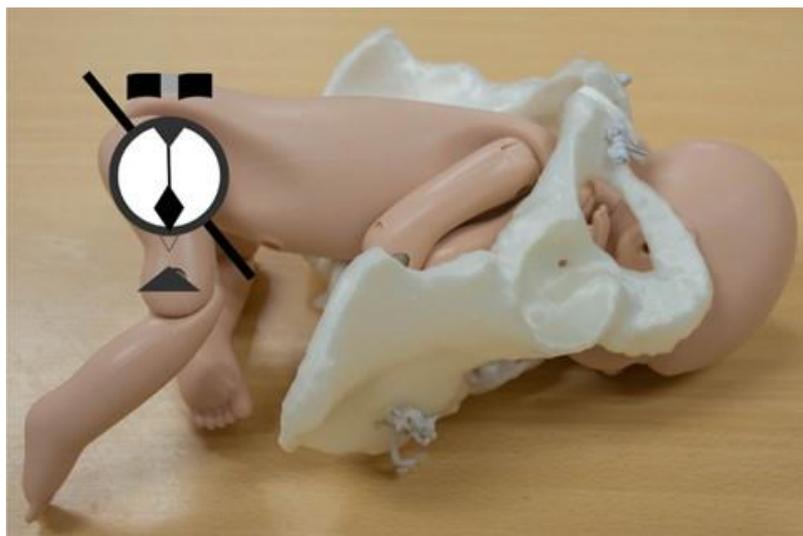


Figura 1: Cabeza fetal en el plano sagital y hombros en plano oblicuo. Se observa el hombro anterior impactando sobre la línea pectínea derecha próximo a la articulación de la sínfisis del pubis.

Sospecha clínica y medidas iniciales claves:

Debe sospecharse de una distocia de hombros si: durante el período expulsivo se observa un vaivén en la salida de la cabeza (signo de la tortuga) o la cara y el mentón no logran salir, la cabeza se encuentra firmemente adherida contra la vulva o no se observa la restitución externa de la presentación.

Quien asiste el parto debe solicitar ayuda e indicar a la gestante, tras explicar lo que está sucediendo, que deje de pujar. La estrategia de elección y dirección de las maniobras de resolución de distocia de hombros dependerá de la posición de parto de la gestante, el tipo de distocia de hombros y la ubicación del dorso fetal. Es primordial que un asistente registre el tipo de maniobras y el tiempo de cada una de ellas, así como el que pasa entre la salida de la cabeza y el resto del cuerpo del neonato.

Quando la cabeza fetal se observa por fuera de la vulva el parto de la cabeza ha finalizado. Todo lo que suceda o no a continuación estará vinculado a la trayectoria de los hombros fetales por el canal del parto. Puede suceder que el cuerpo salga inmediatamente después de la cabeza o que este, dando tiempo a la acomodación de los hombros, lo haga en la segunda contracción luego de la restitución de la cabeza del feto. Una excelente estrategia, basada en

la gestión del tiempo, es la propuesta de “manos afuera” esperando la próxima contracción y la rotación extrapélvica de la presentación antes de aplicar la tracción. En este período de “espera”, pueden llevarse a cabo otras maniobras como la reducción de una circular de cordón.

Los signos sugestivos de distocia de hombros son:

- dificultad en la salida de la cara y/o el mentón tras la salida de la cabeza.
- retracción de la cabeza fetal en forma de vaivén hacia la vulva (signo de la tortuga) debido a la tracción en sentido inverso ejercida por los hombros impactados que no ha logrado atravesar la abertura superior.
- la cabeza permanece firmemente aplicada contra la vulva y el periné
- fracaso de la rotación externa de la cabeza fetal (16).

Una vez que el profesional que asiste el parto se da cuenta de esto y no es capaz de extraer los hombros con las maniobras habituales se deben iniciar una serie de medidas ordenadas, algunas de ellas simultáneas y otras secuenciales, las cuáles deben formar parte de un protocolo sistemático de trabajo en equipo para emergencias obstétricas en la sala de partos.

Como medidas iniciales claves se sugiere:

- No perder la calma: al tratarse de un evento agudo y muy poco frecuente, suele ser una situación de estrés para el equipo actuante y es esencial que quien lidera la toma de decisiones actúe racionalmente.
- Pedir ayuda: inmediatamente se debe pedir la colaboración de todos los profesionales involucrados en la atención del nacimiento (licenciada en obstetricia, médicos obstetras, enfermeros, anestesiólogo y neonatólogo), sobre todo aquellos de mayor experiencia. Se debe recordar que algunas maniobras requieren de dos colaboradores, además del actual asistente (27) .
- Designar a un profesional para tomar el tiempo: desde el diagnóstico de distocia a la salida del cuerpo, debe realizarse un registro de la duración de cada maniobra y el orden cronológico en el que se aplicaron (27) . Es aconsejable intentar cada maniobra por un lapso no mayor a 30 segundos. Si no se consigue el éxito, pasar a la próxima (Huntley 2017).
- Informar y pedir colaboración a la gestante: la gestante y su acompañante deben ser informados de la situación en forma breve y clara. De la misma manera, debe indicarse que deje de pujar para que no se genere un impacto más firme del hombro anterior sobre la sínfisis pubiana y se le informará sobre la importancia de colaborar con las indicaciones del equipo (28).
- Evaluar de qué tipo de distocia de hombros se trata: Cuando se trata de ambos hombros la cabeza se observa firmemente adherida contra la vulva, es posible que no se observe el mentón y que la cara se vuelva rápidamente cianótica. Al introducir la mano en canal se constata que la excavación del sacro está vacía (9) . Cuando la distocia es de hombro anterior, la cabeza puede tener un cierto grado de movilidad, aunque con seguridad no se observará la restitución externa espontánea. Al introducir

la mano en el canal se constata que el hombro posterior se encuentra acomodado en la excavación. En el caso de una dificultad en la segunda rotación de los hombros se observa un retraso en el tiempo de intervalo de salida entre la cabeza fetal y los hombros (más de 60 segundos). Estos se encuentran en la excavación pelviana pero no logran moverse al plano sagital. Otro dato relevante es saber hacia dónde apunta el dorso fetal, puede resultar práctico entenderlo como el lado opuesto hacia donde apunte la cabeza o la nariz del feto (3). El conocimiento y la experiencia del operador definirán la secuencia de maniobras a implementar.

- Evitar la tracción axial forzosa, la tracción lateral o hacia abajo del polo cefálico y la rotación manual directa de la cabeza o cuello fetal. Son puntos críticos para reducir la posibilidad de lesión del plexo braquial (29).
- No realizar presión sobre el fondo uterino (evitar la maniobra de Kristeller): esta maniobra se encuentra fuertemente desaconsejada. La compresión del fondo uterino, en el desesperado intento por lograr el progreso de la presentación, sólo conseguirá impactar aún más el hombro. Por otro lado, incrementa las posibilidades de aparición de complicaciones, tanto maternas (rotura uterina) como fetales graves (lesiones del plexo braquial o fracturas claviculares) (16).
- Suspender el goteo de oxitocina (si este existiera).
- Posicionar a la paciente de manera de facilitar las maniobras según el escenario clínico: parto en posición de litotomía o parto vertical (3).
- Evaluar la necesidad de episiotomía: la episiotomía no es un recurso que resuelva la distocia, tampoco disminuye el riesgo de lesión del plexo braquial, solamente debería ser considerada para mejorar el acceso de la mano del operador para realizar las maniobras intravaginales. Contrariamente a las creencias empíricas, el uso de la episiotomía no es obligatorio en el manejo de la distocia de hombros, siempre y cuando la manipulación fetal pueda ser suficiente y adecuadamente ejecutada sin ella (30). (Gráfico 3)

Maniobras de resolución de distocia de hombros

Cuando la distocia de hombros es bilateral, se recomienda elegir directamente maniobras internas que trabajen sobre el hombro o el brazo posterior o la restitución de la cabeza fetal. Cuando la distocia de hombros es anterior, si la gestante se encuentra en posición de litotomía se recomienda iniciar con maniobras externas como la maniobra de McRoberts y Rubin I. Si la gestante está en posición vertical, se recomiendan posiciones en cuatro apoyos. Cuando las maniobras externas fallan, se procede con maniobras internas que trabajen sobre el brazo o el hombro posterior o maniobras de rotación interna. Cuando se trata de una dificultad en la segunda rotación de los hombros, se recomiendan maniobras externas en cuatro apoyos y aquellas que trabajen sobre el hombro o el brazo posterior. Las maniobras de último recurso implican una intervención que puede provocar morbilidad materna y perinatal; y se aplican cuando se sospecha que existe compromiso extremo del bienestar fetal. La dirección de las maniobras y la elección de la mano hábil dependerá de donde se encuentre el dorso fetal. La duración de cada maniobra no debe exceder el minuto de tiempo.

La ejecución de un protocolo de acción bien establecido y de rápida implementación asociado a la coordinación eficiente del equipo perinatológico son fundamentales para resolver con éxito la distocia de hombros.

Las maniobras de resolución tienen como objetivo modificar la orientación de la pelvis a partir de maniobras externas o extra vaginales o modificar la orientación de los hombros y el diámetro biacromial manipulando el feto con maniobras internas o intravaginales.

Las maniobras externas pueden ser llamadas también maniobras de primer nivel: se prefieren como maniobras iniciales, no requieren de una gran destreza clínica para realizarlas, pero precisan que la gestante se movilice de alguna u otra manera. Las maniobras internas son llamadas de segundo nivel: implican un mayor entrenamiento y destreza del asistente y suelen ser independientes de la paciente. Existen maniobras de último recurso o tiempo heroico a las que se llega una vez que ha fracasado el intento de resolver la distocia con las maniobras anteriores, estas implican alguna intervención que puede provocar mayor morbilidad materna y perinatal; y se aplican cuando se sospecha que existe compromiso extremo del bienestar fetal. (Gráfico 2)



Gráfico 2: Resumen de maniobras externas o de primer nivel, maniobras internas o de segundo nivel y maniobras heroicas o de último recurso.

La coordinación del equipo es competencia obligatoria del médico obstetra o, de no poder contar con este por cuestiones de fuerza mayor, del profesional de salud habilitado para asistir partos con mayor experiencia y capacitación. Debe realizar un diagnóstico oportuno, planificar y dirigir las acciones correctivas necesarias, evaluar la eficiencia de las medidas adoptadas para alcanzar los propósitos deseados y evaluar continuamente los resultados de la respuesta fetal a las manipulaciones empleadas.

Cuando la distocia de hombros es bilateral, se recomienda elegir directamente maniobras internas que trabajen sobre el hombro o el brazo posterior o la restitución de la cabeza fetal. Cuando la distocia de hombros es anterior, según la posición de la gestante, se recomienda iniciar con maniobras externas, luego con maniobras internas y cuando estas fallan, aquellas de último recurso. Cuando se trata de una dificultad en la segunda rotación de los hombros, se recomiendan maniobras externas en cuatro apoyos y aquellas que trabajen sobre el hombro o el brazo posterior.

La mayoría de los casos de distocia de hombros se resuelven rápidamente. La ventana de tiempo disponible antes del daño por asfixia podría garantizarse en 5 minutos, tiempo suficiente para realizar entre dos a tres maniobras (31, 15). Según el trabajo de Leung y col (2011) en un estudio retrospectivo de 205 casos de distocia de hombros, la tasa acumulativa de resolución con dos maniobras fue del 79% (n=162) y con tres maniobras del 94.6% (n=194) (31). El reporte de Hoffman y col (2011) sobre 2,018 casos de distocia de hombro, describió para aquellos recién nacidos que presentaron encefalopatía hipóxico-isquémica (n=6) un promedio de 10,7 minutos (rango 3 a 20 minutos) de intervalo entre la salida de la cabeza fetal y el resto del cuerpo, además del requerimiento de más de 5 maniobras (4).

Maniobras de primer nivel:

Maniobra de McRoberts

Esta maniobra consiste básicamente en llevar los “muslos al abdomen”. Para esta maniobra se requieren dos ayudantes (uno a cada lado) tomando de la parte posterior de los muslos y las rodillas para provocar una hiperflexión (> de 90°) de las caderas. Esta maniobra imprime un movimiento de báscula (rotación cefálica) a la pelvis, llamado “nutación ilíaca” (32). Dicha nutación, por un lado, lleva el borde superior de la sínfisis púbica hacia arriba y hacia atrás y por otro aplana la curvatura lumbar (33). Esto amplía el diámetro anteroposterior de los espacios medios e inferiores de la pelvis y permite que el hombro fetal posterior descienda y se ubique en la curvatura del sacro con el objeto de aumentar ligeramente los diámetros pelvianos (3). (Figura 2)



Figura 2: Persona gestante en posición de litotomía. No se observa la restitución externa de la cabeza fetal que permanece en el plano sagital. Se realiza la maniobra de “Mc Roberts”: dos asistentes, uno a cada lado de la gestante, llevan las piernas contra su abdomen en flexión y dirigen las rodillas hacia las orejas aumentando considerablemente dicha flexión y provocando el movimiento de nutación de los dos huesos ilíacos.

La maniobra de McRoberts suele ser la primera línea de tratamiento de las distocias de hombros en la atención de un parto en decúbito dorsal por su facilidad y rapidez. (Gráfico 3) Tiene un porcentaje de éxito, cuando se implementa de manera aislada, que varía del 40 al 90% según la serie estudiada (31, 34). Esta maniobra puede ser llevado a cabo en forma simultánea con la presión suprapúbica.

Presión suprapúbica

Esta maniobra, efectuada por un ayudante, consiste en realizar presión suprapúbica sostenida mientras se aplica una tracción moderada sobre polo cefálico, siempre en dirección axial.

Se describen dos variantes de la técnica que se relacionan con la dirección que toma la presión con respecto al pubis materno. Ellas son la técnica de Mazzanti y la de Rubin.

La presión en la técnica de Mazzanti se realiza en forma perpendicular a la sínfisis pubiana, mientras que en la técnica de Rubin se realiza en forma oblicua. Rubin describió varias maniobras para resolver una distocia de hombros, las cuales fueron nombradas de acuerdo con su realización en el tiempo. Esta es la primera maniobra (35).

En cualquier caso, el obstetra que está asistiendo el parto tiene la responsabilidad de instruir al asistente que proporcionará la presión suprapúbica indicándole a qué lado se enfrentará al feto y como debe aplicar la fuerza, orientada a la parte posterior del hombro anterior del feto. (Figura 3)



Figura 3: Persona gestante en posición de litotomía. Se realiza la maniobra de “Mc Roberts” y presión suprapúbica externa o “Rubin I”: las manos se posicionan al estilo de la reanimación cardiopulmonar (RCP) y se aplica presión a la parte posterior del hombro anterior, en dirección lateral y hacia abajo

Posiciones en cuatro apoyos: Maniobra de Gaskin, Flip-FLOP y cuatro apoyos en asimetría

Cuando la gestante está en posición vertical estos recursos son los más rápidos y accesibles. Por otro lado, las circunstancias individuales deben guiar al profesional en cuanto a si probar estas posiciones antes o después de intentar la rotación interna y el desprendimiento del brazo posterior y, sin lugar a duda, antes de tomar decisiones más radicales. Pueden llevarse a cabo siempre y cuando la gestante se movilice, por lo que también podría sugerirse con anestesia epidural que no provoque un bloqueo motor. También es útil cuando se cuenta con un único profesional médico u obstétrica en la atención del parto. Este último caso debiera corresponder a situaciones en las que por fuerza mayor no se logra la derivación oportuna a una maternidad que cumpla con las CONE. (Gráfico 3)

La maniobra de Gaskin, all-four o cuatro patas consiste en cambiar la posición de la paciente, colocándola de manera tal que permanezca apoyada sobre sus manos y rodillas. La matrona Ina May Gaskin, a partir de su formación con parteras tradicionales de Nicaragua y Guatemala, planteó que el solo movimiento efectuado para girar y mover a la paciente para lograr esta posición hace que el hombro anterior tienda a desprenderse (36, 37).

Un trabajo analiza esta maniobra desde la biomecánica de la pelvis. Se explica que en la posición de cuatro apoyos la pelvis se apoya solo sobre la articulación coxofemoral. Sus tres huesos, el sacro y los dos ilíacos, se encuentran libres de movimiento en todos los planos anatómicos y esto permite modificar el canal de la pelvis (38–40, 3).

Otra matrona, Gail Tully, describió la técnica de Flip-FLOP o posición de corredor haciendo que desde la posición de cuatro apoyos, la gestante levante la pierna flexionando la cadera del lado del dorso fetal (41, 42). Una variante, recientemente descrita es la de “cuatro apoyos en asimetría” que busca flexionar y hacer una rotación interna de la pierna contraria al dorso fetal, teniendo en cuenta que el bloqueo del hombro anterior estaría sobre la hemipelvis opuesta al dorso fetal. La flexión de la cadera lleva el ilíaco a nutación: el isquion, la rama isquípública y el pubis son arrastrados en el plano sagital hacia arriba y adelante, ampliando de un solo lado el espacio medio e inferior de la pelvis (como si fuera una Mc Roberts invertida). La rotación interna de la cadera agrega una pronación ilíaca, abriendo aún más el espacio medio e inferior lateralmente (3). (Figura 4)



Figura 4: Posición de cuatro apoyos en asimetría: La pierna flexionada (contraria al dorso fetal) provoca la nutación ilíaca. La rotación interna se provoca girando la rodilla hacia adentro (flecha azul) y el talón hacia afuera (flecha roja) para agregar la pronación ilíaca. Observe (flecha verde) la asimetría que produce este movimiento al ampliar los espacios medio e inferior de la pelvis. ©Núria Vives. Tomado de Espinoza MM, Vives Parés N, Keklikian R, Seiref S. Distocia de hombros: propuestas de resolución de acuerdo con las diferentes posiciones de parto según la movilidad de la pelvis. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2023; 69(1), con permiso de los autores.

Maniobras de segundo nivel

Maniobra de Rubin II

Consiste en insertar, de ser posible, toda la mano por vía vaginal detrás de la cara posterior del hombro anterior del feto y rotar el hombro hacia el diámetro oblicuo pelviano más favorable. Si el dorso fetal es izquierdo o la cabeza mira a la derecha de la gestante, se recomienda introducir la mano derecha del operador en hora 5, hasta encontrar el hombro (hora 2) y aplicar presión en sentido antihorario. Este movimiento aducirá la cintura escapular fetal, reduciendo su diámetro y permitiendo en algunos casos resolver la distocia. Se puede realizar junto con la maniobra de McRoberts y de presión suprapúbica (43, 44). (Figura 5)



Figura 5: Maniobra de Rubin II: Se recomienda introducir la mano derecha en la vagina (en hora 5 si el dorso fetal es izquierdo o la cabeza fetal mira a la derecha) y aplicar presión en sentido antihorario sobre la cara posterior del hombro anterior junto a presión suprapúbica externa.

Maniobra rotatoria de Woods, del tornillo o del sacacorchos

El profesional debe colocar al menos dos dedos o, si es posible, toda la mano en la cara anterior del hombro posterior del feto, aplicando una suave presión hacia arriba en el mismo sentido horario con el que realizó la maniobra anterior e imprimir al feto un giro de 180 grados. Ambas maniobras (Rubin II y Woods) pueden combinarse para aumentar las fuerzas de torsión. Se sugiere mantener la posición de la mano derecha de Rubin II y luego introducir los dedos de la mano izquierda en la vagina (en hora 7 si el dorso fetal es izquierdo o del

mismo lado donde mira la cara fetal) para aplicar presión en sentido antihorario. Ambas manos aplican presión en sentido antihorario en forma simultáneamente. Un asistente puede también aplicar presión suprapúbica externa (45). (Figura 6)



Figura 6. Tornillo de Woods: Se recomienda introducir la mano derecha en la vagina (en hora 5 si el dorso fetal es izquierdo o la cabeza fetal mira a la derecha) y la mano izquierda en H 7 o del mismo lado donde mira la cara fetal, para aplicar presión en sentido antihorario.

Maniobra de Woods invertida

Es la maniobra invertida. Es necesario cambiar las manos de lugar y aplicar la fuerza en el sentido opuesto. Pueden utilizarse las dos manos o una sola según el espacio. En este último caso mantener la mano derecha en la vagina y deslizar los dedos hacia abajo desde la cara posterior del hombro anterior a la cara posterior del hombro posterior para aplicar presión en el sentido horario. No se recomienda realizar presión suprapúbica externa (44, 27). (Figura 7)



Figura 7. Tornillo de Woods invertido: Busca ejercer presión sobre la cara posterior del hombro posterior, en este caso, en sentido horario.

Desprendimiento del brazo y del hombro posterior:

La maniobra de Jacquemier consiste en la extracción manual del brazo posterior. Se introduce una mano en la vagina por debajo del hombro posterior, se recorre este último hasta el codo o la mano. Se la sujeta y se desliza todo el miembro superior fetal sobre la cara anterior del tórax hasta exteriorizarlo. De esta manera, se aminora el diámetro biacromial y se logra dar espacio para que el hombro anterior se deslice por debajo de la sínfisis pubiana y se desencaje (27). Una dificultad puede ser que el miembro superior posterior se encuentre en extensión. En este caso, puede presionarse suavemente la fosa antecubital para flexionar el antebrazo sobre el brazo y reconocer con mayor facilidad la mano fetal. Debe evitarse utilizar la mano del operador o su dedo índice en forma de gancho, así como todo tipo de tironeamiento o presión sobre el húmero por el riesgo de fractura (31). (Figura 8)



Figura 8: Extracción del Brazo posterior o maniobra de Jacquemier-Barnum: Se sugiere introducir una mano hacia el espacio creado por la excavación del sacro para buscar el brazo posterior del feto, luego aplicar presión sobre la fosa antecubital para flexionar el codo, tomar el antebrazo o la mano para pasarlo sobre el pecho y la cara para extraer el brazo posterior.

Cuando el dorso fetal es izquierdo conviene introducir la mano izquierda y a la inversa.

Otra maniobra sobre el hombro posterior es la tracción axilar, que consiste en colocar la mano hábil entre el cuello y la cara posterior de la vagina hasta llegar al hombro posterior, tomar la axila posterior entre el dedo índice y el pulgar y traccionar firmemente hacia la axila siguiendo la curva sacra haciendo pivotar al hombro anterior debajo de la sínfisis del pubis para permitir primeramente la extracción del hombro posterior. Esta maniobra ha mostrado mejores resultados en relación con la extracción del brazo posterior y a las maniobras de rotación interna (46).

En este punto se presenta una controversia acerca de qué hacer primero: si maniobras de rotación interna o de desprendimiento del hombro posterior.

Después del fracaso de las maniobras de primer nivel, la aplicación subsiguiente de maniobras de segundo nivel tiene tasas de éxito igualmente altas, pero las maniobras de rotación interna pueden asociarse con menos lesiones fetales (31). Sin embargo, otros estudios y algunas guías de práctica clínica recomiendan elegir aquellas que buscan el desprendimiento del hombro posterior para disminuir las posibilidades de lesión del plexo braquial (47, 48, 4). Este consenso adhiere a esta última propuesta, aunque afirma, al igual

que el Colegio Real de Obstetricia y Ginecología, que los profesionales deben basar su decisión en su formación, experiencia clínica y las circunstancias imperantes (16). (Gráfico 3)

Maniobras de último recurso

Maniobra de Zavanelli o restitución de la cabeza fetal y cesárea inmediata

Tiene como objetivo efectuar la reposición de la cabeza fetal en la pelvis, mediante la rotación de la presentación a occipitopúbica, generar la flexión del polo cefálico y empujar el vértice fetal hacia arriba, mediante la presión firme y constante, para tratar de reintroducir el feto en la vagina, dentro del canal de parto. Una vez restituido el polo cefálico a la pelvis, se procede a realizar una cesárea. Para su realización es imprescindible administrar uteroinhibidores y anestesia general. Los resultados son muy discutidos (49).

Cleidotomía

La cleidotomía consiste en la fractura intempestiva de la clavícula aplicando presión sobre la misma de manera manual, digital o con algún otro instrumento. Está amplia y unánimemente desaconsejada por sus complicaciones asociadas a la lesión de los vasos subclavios o axilares y del vértice pulmonar. Su utilización se recomienda solamente en casos de fetos muertos (2).

Operación de Zárate o sinfisiotomía

La sinfisiotomía es un método muy cruento que presenta una alta morbilidad materna. La técnica descrita consiste en realizar primero antisepsia del monte de Venus, colocar una sonda vesical e infiltrar con 10 ml. de xilocaína la piel de la sínfisis pubiana hasta llegar al área fibrocartilaginosa. El dedo índice y el medio de la mano izquierda deben ser colocados en la parte posterior del pubis desplazando la uretra hacia la derecha del paciente. Se localiza por palpación la depresión cartilaginosa entre las dos partes de la sínfisis del pubis y se efectúa la incisión en la porción central del cartílago. Realizando varios cortes se profundiza a través de las fibras hasta llegar a las fibras posteriores y evidenciando por medio del dedo situado en la vagina la separación gradual de la sínfisis. Una leve abducción de los muslos estira estas fibras posteriores resultando en un aumento de los diámetros pelvianos entre 1,5 y 2,5 cm. Es necesaria una gran episiotomía para prevenir desgarros vaginales anteriores y laterales (50–53).

La incisión se deja abierta para drenaje y no se utiliza sutura alguna. Debe indicarse un adecuado vendaje compresivo. Las pacientes pueden tener el alta hospitalaria en un lapso que puede variar entre 3 y 7 días (53).

Histerotomía

Consiste en realizar a través del abordaje abdominal, una histerotomía seguida de la rotación y consecuente liberación del hombro impactado, finalizando el nacimiento por vía vaginal. Se asocia a mayor tasa de infecciones puerperales (54).

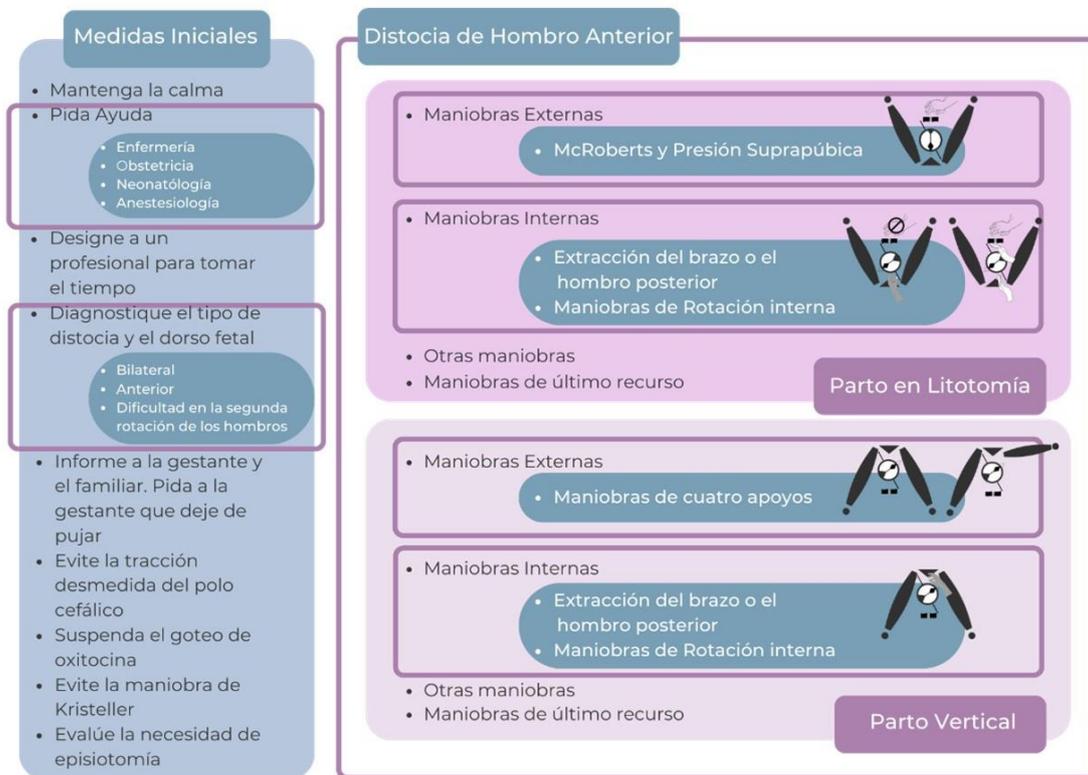


Gráfico 3: Resumen esquemático de medidas iniciales y maniobras de resolución de distocia de hombros.

Aspectos medico legales

Debido a que la distocia de hombros resulta imposible de predecir y posee una incidencia constante durante los años se recomienda considerarlo como un riesgo posible en todo parto vaginal y ser informado como tal. Ante una distocia de hombros se recomienda registrar: el tiempo transcurrido al momento del diagnóstico y la salida de los hombros, así como las maniobras realizadas, los profesionales presentes en el evento, del estado de salud del neonato al momento de nacimiento. Lograr establecer una comunicación efectiva con los padres y familiares reduce el riesgo de litigio. La teoría de la Propulsión Fetal Bloqueada para la lesión del plexo braquial debe invocarse como probable causalidad cuando el trabajo de parto fue espontáneo y como causalidad cuando durante el periodo expulsivo del parto no se registró distocia ni se realizaron maniobras obstétricas.

Solo es posible de identificar un alto riesgo de distocia de hombros en el caso de peso fetal estimado superior a 5000 g en gestantes no diabéticas o superior a 4500 g. en gestantes diabéticas y antecedentes de distocia de hombros grave con parálisis del plexo braquial(9). Fuera de ello, la distocia de hombros es una complicación que resulta imposible de predecir.

Debido a esto y su porcentaje constante de incidencia a lo largo de los años, debe ser considerado como un riesgo aceptable durante el parto. Por lo tanto, debe ser informado como tal (7).

Resulta esencial dejar constancia escrita sobre el diagnóstico y la forma de resolución de la distocia de hombro. Debe haber registro: del tiempo transcurrido al momento del diagnóstico y la salida de los hombros, de cada una de las maniobras realizadas, de los profesionales presentes en el evento, del estado de salud del neonato al momento de nacimiento y del informe que se le da a los padres y familiares(16).

Uno de los elementos que pareciera ser más influyente sobre la decisión de llevar a juicio un caso de distocia de hombros es haber percibido falta de comunicación, empatía o la sensación de ocultamiento de parte de los profesionales de la salud(55).

Debe realizarse una evaluación inmediata del recién nacido ya que establecer el diagnóstico temprano de injurias sobre los nervios periféricos, resulta crítico para su resolución y pronóstico. El reconocimiento tardío y la falta de diligencia al evaluar estas lesiones desde el principio, reduce las posibilidades de recuperación (56).

Gonik y col (2000) afirman, a partir de un modelo matemático de simulación computacional, que la presión ejercida por el esfuerzo de los pujos cuando el hombro se encuentra impactado contra la sínfisis del pubis es superior a la que podría realizar el operador tras la fuerza de tracción, por lo que esta última no sería la responsable mayor de las lesiones del plexo braquial(57). Este es el fundamento de la teoría de la propulsión fetal bloqueada (PFB)(9). Estas afirmaciones fueron criticadas por Allen, 2001 en tanto pone en dudas las estimaciones realizadas en dicho estudio (58). Por otro lado, la PFB no contempla la diferencia de fuerzas entre una contracción espontánea y la que es producto de una inducción al trabajo de parto; tampoco la resistencia de los tejidos sobre los hombros o las fuerzas exógenas provocadas por un parto instrumental o maniobra de Kristeller. Por lo tanto, la PFB podría invocarse como atenuante, una vez demostrado un parto verdaderamente espontáneo (5, 9).

El conocimiento de los riesgos, la preparación de los profesionales y las gestantes, los registros en la historia clínica y una buena comunicación entre el equipo de salud y las familias reducen significativamente el riesgo de litigiosidad. Este último aspecto debe remarcar que existen casos en los que no es posible su prevención y otros en los que producida la distocia y aún con las maniobras apropiadas es imposible evitar lesiones por lo que debe tenerse presente que la responsabilidad del médico es de medios y no de resultados y en este caso debe ser eximido de responsabilidad por daños (59). Debe insistirse en todas las instituciones que asisten partos sobre la importancia del entrenamiento en simulación de los equipos de salud para optimizar la performance de estas situaciones como forma de garantía sobre la seguridad de las gestantes (60–63).

La importancia del entrenamiento

Se recomienda la estrategia de simulación clínica para el entrenamiento de la resolución de distocia de hombros, ya sea incorporada al curriculum de las instituciones formadoras de profesionales que asisten nacimientos o como forma de capacitación continua de los equipos de profesionales ya constituidos en las diferentes maternidades.

La educación médica basada en competencias pretende asegurar que los profesionales posean los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para resolver un determinado problema de salud, según el modelo de atención centrado en el paciente (64). El proceso de adquisición de estas competencias ha de ser progresivo teniendo en cuenta la seguridad del paciente, la calidad de atención y el bienestar de los estudiantes o profesionales. Una forma de poder mensurar la curva de aprendizaje es a partir de las llamadas Actividades Profesionales Confiables (APROC) en tanto se trata de una tarea o actividad específica que puede ser “confiado” a una persona una vez que este ha alcanzado una determinada competencia (65). En este sentido la simulación clínica es una herramienta especialmente valiosa para el entrenamiento y evaluación directa de situaciones de emergencia que no se presentan tan frecuentemente como el caso de la distocia de hombros pero que requieren (por lo argumentado previamente) de la competencia profesional para resolverla.

En el caso de las emergencias obstétricas y particularmente la distocia de hombros, se ha demostrado una mejoría de los resultados perinatales, como las lesiones del plexo braquial, luego de la incorporación de un programa de entrenamiento con simulación (61). La simulación permite a los estudiantes y profesionales a exponerse a situaciones realistas, con los desafíos y consecuencias de este evento, dentro de un entorno de enseñanza-aprendizaje seguro y controlado (62). Esto permite agudizar las habilidades técnicas, de comunicación, liderazgo, coordinación y documentación del equipo de salud que dé lugar a una conciencia situacional compartida y mejor efectividad en la toma de decisiones (66, 67).

Este consenso recomienda a las instituciones o servicios formadores de profesionales que asisten partos incorporar la simulación clínica a su respectivo curriculum en lo que respecta a la distocia de hombros. El artículo de Roussin y col (2019) establece una distribución progresiva en zonas de simulación que van de menor a mayor complejidad y fidelidad teniendo en cuenta la formación interprofesional y la educación profesional continua (68). Estas pueden distribuirse según las APROC establecidas para cada ciclo o etapa de formación. También se recomienda a los equipos de profesionales ya constituidos de las diferentes maternidades, a participar al menos de forma anual de alguna capacitación que incluya simulación de distocia de hombros (62, 69, 70). Las simulaciones in situ son especialmente útiles para crear o evaluar la efectividad de un paquete de acciones por medio de check-list o protocolos de acción adaptados a las particularidades del lugar de trabajo. Esto involucra y responsabiliza también a las instituciones tanto privadas como del estado a facilitar los medios para que dichas capacitaciones puedan llevarse a cabo.

Conclusiones

La distocia de hombros es una complicación del parto vaginal que es impredecible. La programación de una cesárea para su prevención podría justificarse cuando el PFE supera los 4500 g en gestantes diabéticas y los 5000 g en gestantes no diabéticas, así como el antecedente de un episodio de distocia de hombros en el parto anterior con lesión materna o fetal grave. Ante la sospecha clínica de una distocia conviene estructurar las medidas iniciales siguiendo un protocolo o check-list que inicie con el llamado de otros profesionales que asistan, así como las indicaciones para el equipo de salud y la gestante. Se requiere de un trabajo articulado y dinámico que permita una conciencia situacional compartida. La efectividad en la toma de decisiones estará basada en el correcto diagnóstico del tipo de distocia de hombros: bilateral, unilateral o retraso en la segunda rotación de los hombros; la ubicación del dorso fetal y la posición de parto de la gestante. La peculiaridad de cada escenario hará que se elijan las maniobras externas más rápidas de realizar y las maniobras

internas de más fácil acceso para la manipulación de los hombros de acuerdo con el entrenamiento y la experiencia de los profesionales intervinientes. Esto es particularmente relevante sabiendo la importancia en la celeridad de las acciones para reducir secuelas producto de la hipoxia.

Agradecimientos

Agradecemos a las autoridades de gestión, personal técnico y de comunicación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral especialmente a la Lic. Jésica Tonón por brindar el espacio y disponibilidad de simuladores para el registro y edición fotográfica de las maniobras de distocia de hombros.

Literatura Citada

1. Habek D, Cerovac A. A Forensic Aspect of Fetal Shoulder Dystocia. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2020; 224(5):257–61. Available from: URL: <https://doi.org/10.1055/a-1192-7254>.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Robert BG, Joseph GO. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol* 2017; 129(5):e123-e133. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002043>.
3. Espinoza MM, Vives Parés N, Keklikian R, Seiref S. Distocia de hombros: propuestas de resolución de acuerdo con las diferentes posiciones de parto según la movilidad de la pelvis. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2023; 69(1). Available from: URL: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2477>.
4. Hoffman MK, Bailit JL, Branch DW, Burkman RT, van Veldhuisen P, Li Lu et al. A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 2011; 117(6):1272–8. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821a12c9>.
5. Gherman RB, Ouzounian JG, Goodwin T. Brachial plexus palsy: An in utero injury? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999; 180(5):1303–7. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70633-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70633-2).
6. Santos P, Hefele JG, Ritter G, Darden J, Firreno C, Hendrich A. Population-Based Risk Factors for Shoulder Dystocia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018; 47(1):32–42. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.011>.
7. Ouzounian JG. Shoulder Dystocia: Incidence and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol* 2016; 59(4):791–4. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000227>.
8. Beall MH, SPONG C, McKay J, Ross MG. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998; 179(4):934–7. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70191-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70191-7).

9. Raimond E, Bonneau S, Gabriel R. Distocia de hombros y parálisis obstétrica del plexo braquial. *EMC - Ginecología-Obstetricia* 2022; 58(2):1–14. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(22\)46471-X](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(22)46471-X).
10. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.). Available from: URL: http://sfxeu11.hosted.exlibrisgroup.com/sfxgub?url_ver=Z39.88-2004&ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/sfxit.com:opac_856&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=4100000006999911&svc_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:sch_svc&.
11. Simioni AT, Llanos O, Romero M, Ramos S, Brizuela V, Abalos E. Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2017; 41:e38. Available from: URL: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v41/1020-4989-RPSP-41-e38.pdf.
12. Gherman RB. Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45(2):345–62. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/00003081-200206000-00006>.
13. Mollberg M, Wennergren M, Bager B, Ladfors L, Hagberg H. Obstetric brachial plexus palsy: a prospective study on risk factors related to manual assistance during the second stage of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(2):198–204. Available from: URL: <https://doi.org/10.1080/00016340601089792>.
14. Spong CY, Beall MH, RODRIGUES D, Ross MG. An objective definition of shoulder dystocia: prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. *Obstetrics & Gynecology* 1995; 86(3):433–6. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00188-W](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00188-W).
15. TY Leung, O Stuart, DS Sahota, SSH Suen, TK Lau, TT Lao. Head-to-body delivery interval and risk of fetal acidosis and hypoxic ischaemic encephalopathy in shoulder dystocia: a retrospective review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2010; 118(4):474–9. Available from: URL: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02834.x>.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder Dystocia: Green-top Guideline No. 42 2nd Edition 2012. Available from: URL: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg42>.
17. Nesbitt TS, Gilbert WM, Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998; 179(2):476–80. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70382-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70382-5).
18. Bahar AM. Risk factors and fetal outcome in cases of shoulder dystocia compared with normal deliveries of a similar birthweight. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103(9):868–72. Available from: URL: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1996.tb09904.x>.

19. Acker DB, Sachs BP, Friedman EA. Risk factors for shoulder dystocia in the average-weight infant. *Obstetrics & Gynecology* 1986; 67(5):614–8. Available from: URL: <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00006250-198605000-00002>.
20. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. *Obstet Gynecol* 2020; 135(1):e18-e35. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003606>.
21. Gross TL, Sokol RJ, Williams T, Thompson K. Shoulder dystocia: a fetal-physician risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1987; 156(6):1408–18. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(87\)90008-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(87)90008-1).
22. Baskett TF, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstetrics & Gynecology* 1995; 86(1):14–7. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00099-D](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00099-D).
23. Øverland EA, Vatten LJ, Eskild A. Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2,014,956 deliveries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014; 121(1):34–41. Available from: URL: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12427>.
24. Moore HM, Reed SD, Batra M, Schiff MA. Risk factors for recurrent shoulder dystocia, Washington state, 1987-2004. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008; 198(5):e16-24. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.09.050>.
25. Borell U, Fernström I. Radiographic studies of the rotation of the foetal shoulders during labour. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1958; 37(1):54–61. Available from: URL: <https://doi.org/10.3109/00016345809157428>.
26. Volpe N, Migliavacca C, Dall'Asta A, Politi S, Schera GBL, Pilu G et al. Intrapartum ultrasound examination of fetal shoulder following head delivery. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2018; 52(6):803–5. Available from: URL: <https://doi.org/10.1002/uog.19031>.
27. Huntley M, Smith JD. Management of shoulder dystocia using the HELPER mnemonic. *British Journal of Midwifery* 2017; 25(4):240–4. Available from: URL: <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.4.240>.
28. Gonik B, Zhang N, Grimm MJ. Defining forces that are associated with shoulder dystocia: the use of a mathematic dynamic computer model. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 188(4):1068–72. Available from: URL: [10.1067/mob.2003.250](https://doi.org/10.1067/mob.2003.250).
29. Johnstone FD, Myerscough PR. Shoulder dystocia. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105(8):811–5. Available from: URL: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10223.x>.
30. Gurewitsch ED, Donithan M, Stallings SP, Moore PL, Agarwal S, Allen LM et al. Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: a comparison of outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 191(3):911–6. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.06.041>.
31. Leung TY, Stuart O, Suen SSH, Sahota DS, Lau TK, Lao TT. Comparison of perinatal outcomes of shoulder dystocia alleviated by different type and sequence of manoeuvres: a retrospective review. *BJOG : an international journal of obstetrics and*

- gynaecology 2011; 118(8):985–90. Available from: URL: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02968.x>.
32. Calais-Germain B, Vives Parés N. Parir en movimiento: La movilidad de la pelvis en el parto. Barcelona: La liebre de Marzo; 2013. (El gesto anatómico).
 33. Gherman R. Analysis of McRoberts' maneuver by x-ray pelvimetry. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95(1):43–7.
 34. Gherman RB, Goodwin T, Souter I, Neumann K, Ouzounian JG, Paul RH. The McRoberts' maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: How successful is it? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 176(3):656–61. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(97\)70565-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(97)70565-9).
 35. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Distocia de hombros: Guía práctica de asistencia; 2015. Available from: URL: www.prosego.com.
 36. Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM. All-Fours Maneuver for Reducing Shoulder Dystocia During Labor. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54(1):17–8. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/00006254-199901000-00009>.
 37. Meenan AL, Gaskin IM, Hunt P, Ball CA. A new (old) maneuver for the management of shoulder dystocia. *J Fam Pract* 1991; 32(06):625–9.
 38. Reitter A, Daviss B-A, Bisits A, Schollenberger A, Vogl T, Herrmann E et al. Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014; 211(6):662.e1-9. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.029>.
 39. Hemmerich A, Bandrowska T, Dumas GA. The effects of squatting while pregnant on pelvic dimensions: A computational simulation to understand childbirth. *J Biomech* 2019; 87:64–74. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2019.02.017>.
 40. Calais-Germain B. Anatomía para el movimiento: Tomo I. 1ra. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Continente; 2013.
 41. Houd S. Emergenze nel parto. Riconoscerle e gestirle in team Italia: Numeri Primi Editore; 2013.
 42. Tully G. FlipFLOP: four steps to remember. *Midwifery today with international midwife* 2012; (103):9–11. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061137>.
 43. Rubin A. Management of shoulder dystocia. *JAMA* 1964; 189(11):835–7. Available from: URL: <https://doi.org/10.1001/jama.1964.03070110037007>.
 44. Baxley EG, Gobbo RW. Shoulder dystocia. *Am Fam Physician* 2004; 69(7):1707–14. Available from: URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2004/0401/p1707.html>.
 45. Woods CE. A principle of physics as applicable to shoulder delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1943; 45(5):796–804. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(43\)90948-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(43)90948-2).
 46. Ansell L, Ansell DA, McAra-Couper J, Larmer PJ, Garrett NKG. Axillary traction: An effective method of resolving shoulder dystocia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019; 59(5):627–33. Available from: URL: <https://doi.org/10.1111/ajo.13029>.

47. Poggi SH, Spong CY, Allen RH. Prioritizing posterior arm delivery during severe shoulder dystocia. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101(5, Part 2):1068–72. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02332-3](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02332-3).
48. Sentilhes L, Sénat M-V, Boulogne A-I, Deneux-Tharaux C, Fuchs F, Legendre G et al. Shoulder dystocia: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 203:156–61. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.05.047>.
49. Dharmasena D, Berg L, Hay A, Yoong W. The Zavanelli manoeuvre revisited: A review of the literature and a guide to performing cephalic replacement for severe shoulder dystocia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021; 266:63–73. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.09.011>.
50. van Roosmalen J. Shoulder dystocia and symphysiotomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 59(1):115–6. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(95\)90015-2](https://doi.org/10.1016/0028-2243(95)90015-2).
51. Hartfield VJ. Symphysiotomy for shoulder dystocia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1986; 155(1):228. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(86\)90124-9](https://doi.org/10.1016/0002-9378(86)90124-9).
52. Wykes CB, Johnston TA, Paterson-Brown S, Johanson RB. Symphysiotomy: a lifesaving procedure. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2003; 110(2):219–21. Available from: URL: <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.02001.x>.
53. Goodwin TM, Banks E, Millar LK, Phelan JP. Catastrophic shoulder dystocia and emergency symphysiotomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 177(2):463–4. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(97\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(97)70218-7).
54. O'Shaughnessy MJ, O'Shaughnessy MJ. Hysterotomy facilitation of the vaginal delivery of the posterior arm in a case of severe shoulder dystocia. *Obstetrics & Gynecology* 1998; 92(4 // 4 Pt 2):693–5. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(98\)00153-7](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(98)00153-7).
55. Domino J, McGovern C, Chang KWC, Carlozzi NE, Yang LJS. Lack of physician-patient communication as a key factor associated with malpractice litigation in neonatal brachial plexus palsy. *J Neurosurg Pediatr* 2014; 13(2):238–42. Available from: URL: <https://doi.org/10.3171/2013.11.PEDS13268>.
56. Omar NB, Ditty BJ, Rozzelle CJ. Medicolegal Aspects of Peripheral Nerve Injury:707–8. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802653-3.00094-4>.
57. Gonik B, Walker A, Grimm M, Gonik B, Walker A, Grimm M. Mathematic modeling of forces associated with shoulder dystocia: a comparison of endogenous and exogenous sources. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 182(3):689–91. Available from: URL: <https://doi.org/10.1067/mob.2000.104214>.
58. Allen RH, Edelberg SC. A problematic model to predict intrauterine forces during shoulder dystocia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 184(3):514–6. Available from: URL: <https://doi.org/10.1067/mob.2001.110534>.

59. Johnson GJ, Denning S, Clark SL, Davidson C. Pathophysiologic Origins of Brachial Plexus Injury. *Obstet Gynecol* 2020; 136(4):725–30. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004013>.
60. McArdle J, Sorensen A, Fowler CI, Sommerness S, Burson K, Kahwati L. Strategies to Improve Management of Shoulder Dystocia Under the AHRQ Safety Program for Perinatal Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018; 47(2):191–201. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.014>.
61. Dahlberg J, Nelson M, Dahlgren MA, Blomberg M. Ten years of simulation-based shoulder dystocia training- impact on obstetric outcome, clinical management, staff confidence, and the pedagogical practice - a time series study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18(1):361. Available from: URL: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2001-0>.
62. Gurewitsch Allen ED. Simulation of Shoulder Dystocia for Skill Acquisition and Competency Assessment: A Systematic Review and Gap Analysis. *Simul Healthc* 2018; 13(4):268–83. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000292>.
63. Gurewitsch Allen ED, Brown Will SE, Allen RH, Satin AJ. Improving Shoulder Dystocia Management and Outcomes With a Targeted Quality Assurance Program. *Obstet Gynecol Surv* 2018; 73(2):75–7. Available from: URL: <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000532>.
64. Dávila-Cervantes A. Simulación en Educación Médica. *Investigación en Educación Médica* 2014; 3(10):100–5. Available from: URL: [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(14\)72733-4](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72733-4).
65. Garofalo M, Aggarwal R. Competency-Based Medical Education and Assessment of Training: Review of Selected National Obstetrics and Gynaecology Curricula. *J Obstet Gynaecol Can* 2017; 39(7):534-544.e1. Available from: URL: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.01.024>.
66. Fischer MA, Kennedy KM, Durning S, Schijven MP, Ker J, O'Connor P et al. Situational awareness within objective structured clinical examination stations in undergraduate medical training - a literature search. *BMC Med Educ* 2017; 17(1):262. Available from: URL: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1105-y>.
67. Morgan P, Tregunno D, Brydges R, Pittini R, Tarshis J, Kurrek M et al. Using a situational awareness global assessment technique for interprofessional obstetrical team training with high fidelity simulation. *J Interprof Care* 2015; 29(1):13–9. Available from: URL: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.936371>.
68. Roussin C, Sawyer T, Weinstock P. Assessing competency using simulation: the SimZones approach. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn* 2020; 6(5):262–7. Available from: URL: <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2019-000480>.
69. Crofts JF, Lenguerand E, Bentham GL, Tawfik S, Claireaux HA, Odd D et al. Prevention of brachial plexus injury-12 years of shoulder dystocia training: an interrupted time-series study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2016; 123(1):111–8. Available from: URL: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13302>.

70. Evans-Jones G, Kay SPJ, Weindling AM, Cranny G, Ward A, Bradshaw A et al. Congenital brachial palsy: incidence, causes, and outcome in the United Kingdom and Republic of Ireland. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003; 88(3):F185-9. Available from: URL: <https://doi.org/10.1136/fn.88.3.F185>.

1. Marisa Mabel Espinoza

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe (ASOGISFE)

Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

Médica Tocoginecóloga. Profesora Adjunta de Toco-ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral. Profesora Adjunta de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santa Fe. Coordinadora del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Guillermo Rawson de San Javier.

<https://orcid.org/0000-0003-4043-5933>

2. Santiago Rollan

Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA).

Médico especialista en Obstetricia, Ginecología y Medicina Legal. Docente adscripto a la Universidad de Buenos Aires. Médico de planta de la División Obstetricia del Hospital de Agudos "Juan A. Fernández" de CABA.

3. Roberto Keklikian

Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular de Obstetricia del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires. Jefe del Departamento Área Programática de Salud del Hospital de Agudos Cecilia Grierson de CABA. Director de la Comisión de Medicina Legal y Bioética de FASGO.

4. Marcelo Correa Viera

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA)

Jefe Servicio Obstetricia HIGA Gandulfo (Lomas de Zamora). Pcia. de Buenos Aires

Dir. Carrera Especialista Tocoginecología UBA (sede Gandulfo, Oñativia, Santamarina)

Miembro Comisión Salud Materna (FASGO)

5. Diego Iglesias

Ex presidente de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Rosario (ASOGIR)

Médico de planta del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Eva Perón (Granadero Baigorria – Prov. de Santa Fe)

Docente de la Carrera de Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

Especialista en Medicina Reproductiva de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER)

6. Héctor Dante Lucchini

SOGC (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Córdoba)

Prof. Titular de la I^o Cátedra de Clínica Obstétrica y Perinatología. FCM-UNC

Guía de Anticoncepción en Personas con Discapacidad

Autores:

Coordinadora: Dra. Silvia Oizerovich¹

Expertos: Dra. Elina Cocio, Dra. Florencia Kiquel, Dra. María Alejandra Martínez, Dra. Graciela Ortiz, Dra. María del Carmen Tinari de Platini, Dra. Daniela Rebelo, Dra. Fabiana Reina

Colaboradores: Lic. Carolina Buceta, Lic. Verónica Carolina González Bonet, Dr. Iñaki Regueiro, Dra. Lía Arribas

Introducción

Las personas con discapacidad (PCD) se enfrentan a numerosas barreras en su acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSySR), donde muchas veces sus derechos no están garantizados. A menudo se desconoce y/o desprecia sobre el deseo y la actividad sexual de las mismas.

Es frecuente asociar o presuponer que las PCD carecen de deseos y necesidades desde su sexualidad o que son asexuales, pero debemos entender que el acceso a los servicios de salud o el contacto con los mismo debe implicar una escucha activa para reconocer muchas veces que no es esta su realidad.

No debemos olvidar la vulnerabilidad de las PCD ante situaciones de violencia sexual entendidas como aquellas en las que, por asimetría de poder, vínculos relacionales, amenazas, etc. y en sus diferentes modalidades, se vulneran los derechos de la intimidad y sexualidad a cualquier edad. Esto también incluye: la explotación sexual, trata y violencia en medios digitales (grooming).

El objetivo de esta guía es brindar a los equipos de salud las herramientas necesarias para garantizar a las personas con discapacidad el acceso pleno a la salud sexual y la salud reproductiva.

Para ello es importante conocer las dificultades que presentan para recibir asesoramiento y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos (MAC), ayudar a comprender los riesgos, beneficios, procedimientos y favorecer la autonomía de las personas.

Desde esta guía usted podrá acceder al material de lectura complementario.

Esperamos que sea una herramienta útil para el/la profesional y que facilite el acceso de las PCD al ámbito de la salud sexual y salud reproductiva.

A continuación, se presentan algunas definiciones que pueden ser esclarecedoras:

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada por los 191 países que integran la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la discapacidad como una situación, y no como una condición o característica de la persona. Establece el marco en el que se usa este término y el concepto de **funcionamiento**:

El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación. De manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. (OMS, 2001, p. 11).

En el Anexo 1: *Cuestiones taxonómicas y terminológicas*, aclara qué se entiende por discapacidad: *es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.* (OMS, 2017).

La discapacidad con deficiencia mental (discapacidad psicosocial) es definida como un término amplio que involucra todas las deficiencias vinculadas a los procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las estructuras del sistema nervioso. Además, incluye las limitaciones que puede enfrentar una persona para llevar adelante una acción en un contexto normalizado, tomando como parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas. (Servicio Nacional De Rehabilitación, 2015).

- En total, se estima que casi el 12% de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66 millones de personas.
- Todos los países y territorios de la Región han firmado la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las PCD (341 países han ratificado la Convención).
- 17 países han firmado la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las PCD. (OPS-OMS, 2017).

Referencias Bibliográficas:

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42419>

Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (s/f).

Discapacidad. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

Servicio Nacional de Rehabilitación. (2015). Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencias Mental e Intelectual. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_d_e_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_intelectual_y_mental_1.pdf

La situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad en la Argentina.

1. En Argentina, en el año 2003, se sancionó la Ley 25.673. Ésta garantiza los derechos de la salud sexual y reproductiva y, a raíz de dicha ley, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación. El primer objetivo del Programa es *“Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”* (Ley Nacional 25.673, art 1.). Sin embargo, a casi veinte años de sancionada dicha ley, persisten barreras físicas, comunicacionales y actitudinales que dificultan el ejercicio de tales derechos en condiciones de igualdad por parte de las personas con discapacidad.
2. Las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran institucionalizadas en hospitales psiquiátricos tienen, en general, escaso acceso a controles médicos-ginecológicos por falta de personal especializado, lo cual dificulta realizar un seguimiento preventivo de su situación de salud. En dichas instituciones se observa, además, una ausencia de información clara, completa y accesible para que las mujeres internadas puedan decidir de manera libre e informada sobre su sexualidad, persistiendo aún medidas de anticoncepción forzosas y sin el debido consentimiento informado.
3. Existen las barreras actitudinales hacia las mujeres con discapacidades psicosociales e intelectuales por parte de integrantes de los equipos de salud, quienes muchas veces sostienen prejuicios y representaciones sociales respecto del carácter “asexuado” o carente de deseo sexual de estas mujeres; que todos los embarazos en esta población son productos de violencia sexual; o bien, que no deberían tener hijos/as motivadas por una supuesta incapacidad para maternar. Estas concepciones se asocian a prácticas asistencialistas-tutelares que obturan el libre despliegue de la voluntad de las mujeres respecto de sus posibilidades de acceder a los MAC que mejor se adapten a sus necesidades y deseos.
4. Se encuentran con barreras para acceder y utilizar los MAC más comúnmente empleados (tales como pastillas o preservativos), dado que, en general, las instrucciones para su utilización, así como los datos de fabricación y vencimiento, suelen ser visuales. Esta situación se replica en el caso de los test de embarazo, que también son visuales y dificultan su utilización autónoma por parte de PCD visual. Los adolescentes con discapacidad intelectual o psicosocial también encuentran obstáculos para acceder a los métodos de anticoncepción debido a que la mayoría de los/las agentes de salud no les brindan información ni orientación adecuada en cuanto a los métodos existentes.
5. Cabe señalar que, ante la falta de legislación nacional, algunos laboratorios radicados en el país, respondiendo a una política corporativa de las propias empresas, han incorporado el sistema Braille en el nombre del producto, la fecha de vencimiento y otras informaciones básicas en algunos casos.

Referencias bibliográficas:

Ley Nacional 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

(2002). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/41741/20021205>

Políticas públicas nacionales sobre acceso a derechos sexuales y derechos reproductivos en personas con discapacidad. ¿Con qué acciones cuenta actualmente el Sistema de Salud de la Nación para garantizar derechos a las personas con discapacidad en salud sexual y salud reproductiva?

Aún no existen estadísticas que reúnan información relativa al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad que den cuenta de las barreras que este colectivo aún debe enfrentar.

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) del Ministerio de Salud de la Nación, cuenta con un Consejo Asesor, del cual la Red por los derechos de las personas con discapacidad (REDI) es parte, lo mismo del Consejo Consultivo del Plan ENIA (Programa para la Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia). La DNSSR mantiene, además, reuniones periódicas con organizaciones de PCD y organismos de Naciones Unidas con el objeto de trabajar en proyectos específicos. Se incluye, además, a PCD dentro de los equipos de trabajo y en capacitaciones sobre la temática, valorando especialmente los saberes que devienen de la misma.

Desde la DNSSR se constituyó una línea de trabajo denominada "Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos de Personas con Discapacidad". De esta manera, se institucionaliza una tarea que el área venía desarrollando no sin dificultades, desde 2010 y se trabaja para transversalizar la temática en la Dirección.

Las demás líneas de trabajo que complementan actualmente el accionar de la DNSSR son:

- el acceso efectivo a MAC
- el acceso a la interrupción del embarazo (IVE/ILE)
- la prevención del embarazo no intencional en adolescentes
- la prevención, la detección temprana y la atención de situaciones de violencia y/o abuso sexual en niñas, niños, niñas y adolescentes (NNNA) y de embarazos forzados.

En 2020, se creó el Grupo de Trabajo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad con el objetivo de avanzar en la accesibilidad de materiales de comunicación. Realizar acciones de capacitación, para contribuir a la transversalización de la perspectiva del modelo social en las acciones de la DNSSR, del Plan ENIA y en espacios de consejería accesibles en todo el país. Acompañando y brindando herramientas a los equipos provinciales, propiciando la articulación con organizaciones de la sociedad civil y otras áreas del Estado para fortalecer el abordaje en discapacidad y trazar acciones conjuntas.

Se trabaja con la línea 0800 Salud Sexual a fin de acompañar las secuencias que se generan a partir de los llamados que involucran a PCD.

Se ha identificado que la mayoría de los llamados a la línea 0800 que involucran PCD son realizados por otra persona. Otra vía de comunicación directa con la DNSSR es el correo electrónico institucional.

En relación con la producción de materiales accesibles relacionados con derechos sexuales y derechos reproductivos se destacan dos cuadernillos en lectura fácil realizados entre la Dirección junto a UNFPA y Lengua Franca. Este material tiene como objetivo apoyar el trabajo de los equipos de salud en las asesorías / consejerías que acompañan los procesos de toma de decisiones informadas y autónomas de todas las personas.

- Cuadernillo sobre ligadura de trompas uterinas y formulario de consentimiento informado en lectura fácil: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el>
- Cuadernillo y formulario de consentimiento sobre vasectomía en lectura fácil: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>
- Complementan el material, dos videos sobre ligadura de trompas uterinas y vasectomía en Lengua de Señas Argentina realizados con UNFPA y el Instituto de Lengua de Señas Argentina (ILSA): Video en LSA sobre Ligadura de trompas uterinas: https://www.youtube.com/watch?v=E_lpkbxQ3_4.

Video en LSA sobre vasectomía: <https://www.youtube.com/watch?v=HPANfubahGI>.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>.

- Cambios que se ven y se sienten. Esta revista, elaborada en forma conjunta por el Ministerio de Salud y Educación de la Nación, está destinada a la promoción de la educación sexual integral de personas púberes. La versión digital puede ser leída con lectores de pantalla. Todas las imágenes cuentan con descripción. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/cambios-que-se-ven-y-se-sienten-educacion-sexual-integral-para-saber-mas-sobre-la-pubertad>
- Tarjetas sobre métodos anticonceptivos en macrotipo.
- Material con información sobre métodos anticonceptivos destinado a personas con baja visión y accesible a lectores de pantalla para personas con discapacidad visual. También este es un material de apoyo para equipos de salud que trabajan con personas con discapacidad visual. El contenido de cada tarjeta puede imprimirse en braille ya que, el espacio que tienen está calculado para tal fin. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/tarjetas-sobre-metodos-anticonceptivos-en-macrotipo-informacion>
- Video sobre el 3 de Diciembre: Derechos sexuales y reproductivos y personas con discapacidad, con locución y LSA: <https://www.instagram.com/reel/CltDqsGgaw0/?igshid=MzRIODBiNWFIZA==>
- Video “¿Tenés dudas sobre métodos anticonceptivos?” <https://www.youtube.com/watch?v=8ydgXgefsp0>

- Video: “¿Sabes que es la anticoncepción Hormonal de emergencia?”: <https://www.youtube.com/watch?v=4zHhCfGJQyc>
- Video, “¿Sabés que es la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo?”: <https://www.facebook.com/msalnacion/videos/3254705534792971/>
- Serie Audiovisual sobre derechos sexuales y derechos reproductivos: dirigida especialmente a adolescentes: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLwad1oRGFEgAuLkORjxFx-4wyjgEslFnX>
- Material digital sobre salud menstrual destinado a púberes y adolescentes que puede ser leído con lectores de pantalla: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/salud-menstrual>
- Folleto Interrupción del embarazo con medicamentos. La versión digital puede ser leída con lectores de pantalla, todas las imágenes cuentan con descripción: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/interrupcion-del-embarazo-con-medicamentos-tratamiento-combinado-mifepristona-y-misoprostol>
- Folleto Interrupción del embarazo en el sistema de Salud. Este folleto desplegable tiene como objetivo difundir los derechos que otorga la Ley 27.610 de interrupción voluntaria y legal del embarazo. La versión digital es accesible con lectores de pantalla: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/interrupcion-del-embarazo-en-el-sistema-de-salud>
- Se actualizó el sitio web de la DNSSR donde se incluyó un apartado sobre la perspectiva del modelo social de la discapacidad en la solapa de “Información para equipos de salud”: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/informacion-para-equipos-de-salud/perspectiva-del-modelo-social-de-la-discapacidad>
- Además, la guía MAC, cuya actualización está próxima a publicarse, destinada a equipos de salud, presenta un apartado sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad, poniendo especial foco en el modelo social, accesibilidad, apoyos y ajustes razonables. Próximamente, se encontrará disponible en el Banco de Recursos del Ministerio de Salud.

Marco jurídico de respaldo en la atención integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR) de las personas con discapacidad (PCD).

En este apartado proponemos visibilizar el nuevo paradigma de atención integral de las PCD, con la intención de revalorizar sus derechos a dar consentimiento y de reconocer el marco normativo que respalda nuestro accionar como profesionales de atención en salud.

El contexto histórico y social obliga a las/os profesionales de la salud a cambiar el modelo de atención en SS y SR de las PCD, de un modelo médico/rehabilitador a un modelo social de la discapacidad (FUSA, 2022). La mirada correcta sería, considerar la singularidad de cada consultante y brindar información accesible. Por ejemplo: lectura fácil para PCD intelectual; braille, audios y programas informáticos accesibles para PCD visual; lengua de señas para PCD auditiva; y accesibilidad a los servicios de salud en aquellas cuestiones arquitectónicas sean edificaciones o de mobiliarios.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (2006) reconoce que tienen *los mismos derechos humanos* que el resto de las personas y deja en claro que las mujeres pueden tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, sin coerción, discriminación ni violencia. Se basa en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de hijas/os, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de SS y SR. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En el año 2008 el Estado Argentino ratificó su compromiso en el cumplimiento de dicha convención y tomó carácter constitucional por ley 26.378.

El marco jurídico de respaldo para el accionar profesional en materia de SS y SR y garantizar los derechos de las personas con discapacidad es muy amplio.

En primer lugar, es importante recordar que la modificación del año 2015 del Código Civil y Comercial de la Nación ha repercutido en el plexo normativo, incorporando al Estado en su rol de garantizador de derechos y la figura de apoyo a las PCD como sujetos de derechos con o sin respaldo de sus responsables parentales y respetando su autonomía progresiva según las edades.

Sobre capacidad jurídica, la CDPD (2006) estipula que se reemplaza el modelo de “sustitución en la toma de decisiones”, para incorporar un “modelo de apoyo en la toma de decisiones”. En el artículo 12: establece que *“Los Estados parte reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”*, lo que implica una concepción de una capacidad jurídica universal, un cambio trascendental en materia de derechos humanos que tuvo un fuerte impacto en el ejercicio de derechos y en la concepción de ciudadanía de las PCD.

Uno de los puntos de reforma del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), vigente desde agosto de 2015, fue su alineación con la CDPD (2006). En su artículo 31 determina que se presume la capacidad general de ejercicio y toma de decisiones de todas las personas, incluso quienes se encuentren internadas en un establecimiento asistencial. Esto quiere decir que debemos partir de considerar que todas las personas somos capaces de tomar decisiones y ejercer los derechos consagrados, no hay limitaciones legales en este sentido.

El *“consentimiento informado”*, como en cualquier acto médico, es la herramienta de respaldo que al profesional de la salud le garantiza su accionar médico y evidencia el derecho a decidir de las personas asistidas, en este caso con discapacidad.

- El consentimiento en el caso de niñas y adolescentes con discapacidad **menores de 13 años**, se conserva la misma regla general que con los/las adolescentes sin discapacidad (interés superior de la niña, niño y adolescente, autonomía progresiva, derecho a ser oído).
- El consentimiento de **adolescentes entre 13 y 16 años**: el artículo 26 del CCyC establece que pueden decidir de manera autónoma sobre prácticas “tratamientos que

no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física”.

- Es recomendable el consentimiento escrito en los casos de tratarse de **adolescentes de menos de 16 años**, cuando se realizarán, intervenciones quirúrgicas o procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos que supongan riesgos e inconvenientes notorios previsible, no inherentes a la actuación clínica, que repercutan de manera importante en la vida cotidiana.

La Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación aclara que “el criterio de invasividad” utilizado por el CCyC en los términos del artículo 26, debe entenderse como tratamientos de gravedad que impliquen riesgo grave para la salud. Además, remarca que *“la evaluación del riesgo de las prácticas sanitarias debe realizarse con base en evidencia científica”*. La asesoría / consejería es un dispositivo privilegiado para el proceso de consentimiento informado que deberá consignarse en la historia clínica (HC).

La Ley nacional 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada en el año 2009, establece en su artículo 2 que *“constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate,”* los siguientes: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica.

Respecto de las intervenciones de anticoncepción quirúrgicas en relación a las PCD, desde diciembre 2021 por ley 27.655 (modificación de la ley 26.130) y bajo respaldo de la Convención internacional de los derechos de las PCD, que, en Argentina, es de rango constitucional, las PCD podrán dar su consentimiento para acceder a estas prácticas. Esto se debe a la modificación de los artículos dos y tres, de la vieja ley 26.130, que mencionaban como beneficiarias, sólo a las personas capaces y mayores de edad y cuando se trataba de una persona declarada judicialmente incapaz, era requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquélla” (art. 3). *Queda claro entonces, que, a partir del 2021, las PCD, mayores de edad bajo consentimiento y según el CCyC 2015, pueden acceder a procedimientos de esterilización quirúrgica sin necesidad de judicialización y bajo consentimiento, siempre que su condición le permita expresarlo.*

Por último, es importante recordar que todas las PCD tienen derecho al marco normativo vigente de la República Argentina. Como, por ejemplo: Ley de Parto Humanizado (Ley 25.929/ 2004), Ley de Educación Sexual Integral (Ley 26.150/ 2006), Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley 26.485/ 2009).

Referencias bibliográficas:

Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2008). Ley 26.378.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/141317/texto>

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009). Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Honorable Cámara de Diputados de la Nación. (2015). Código Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires.

FUSA. (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva Orientaciones para equipos de salud. <https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/08/guia-proyecto-desear.pdf>

Ministerio de Salud. Secretaria de Salud Comunitaria.(2015). Resolución 65/2015. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649/texto>

Orientación y recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC) para personas con discapacidad.

Abordaje de la consulta: Asesoría/Orientación/ Consejería

La consejería, asesoramiento u orientación (se prefiere utilizar los dos últimos términos, ya que aclaran la esencia del tipo de abordaje que se espera), es un dispositivo de atención que implica un acompañamiento personalizado, realizado por personal capacitado, con el objetivo de brindar información de calidad, orientar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva, promoviendo la autonomía sin emitir juicios de valor.

El primer paso para brindar asesoramiento sobre anticonceptivos centrado en las personas es identificar para quién es este asesoramiento. Muchas veces, es la única oportunidad que tienen las personas de plantear preguntas relacionadas con su sexualidad con un equipo de salud. El asesoramiento sobre anticoncepción tiene como objetivo proporcionar un MAC sin demora.

En relación con el asesoramiento u orientación de PCD, es importante adecuar las intervenciones desde un punto de vista integral, teniendo en cuenta las particularidades y comprender que esta atención debe cumplimentar las mismas pautas y orientaciones, en términos legales y de protocolos, que las vigentes para todas las personas (FUSA, 2022). En determinadas ocasiones, se deberán implementar ajustes razonables para que las PCD puedan ejercer sus derechos.

Es importante tener en cuenta que:

No solo cada discapacidad es diferente, sino que cada persona lo es. Las personas presentan diferentes características según su discapacidad, también según su propia historia personal y familiar, lo que se expresa en su condición vital y sus necesidades de apoyo (Meresman, 2019).

Muchos establecimientos y servicios de salud son inaccesibles para las personas con discapacidad. En la publicación de FUSA (2022) *Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva*, se especifica cuáles son las **barreras al acceso y atención de las PCD**.

Físicas: espacios de salud inaccesibles, falta de equipamiento adaptado a personas ciegas o con discapacidad motriz.

Comunicacionales: dificultad en la transmisión de información e interacción, en particular con personas ciegas, sordas, hipoacúsicas o con discapacidad intelectual. Se debe generar un canal de encuentro para posibilitar esa comprensión.

Actitudinales: prejuicios, estereotipos, falsas verdades, falta de formación y conocimiento sobre las necesidades y los derechos de las PCD de parte de los equipos de salud.

Financieras: traslados al centro de salud, los tiempos de la consulta asignada en el sistema de salud, costos de personas acompañantes, entre otros.

Al momento de pensar la atención de las PCD hay brechas educativas y de conocimiento entre los integrantes del equipo de salud. La educación y la capacitación reducirán la parcialidad y el prejuicio, mejorando la calidad de la atención y las prestaciones (Mitra et al., 2017).

Compartimos algunos de las falsas creencias que siguen circulando con relación a la sexualidad y discapacidad:

Falsas creencias en relación con la sexualidad y las PCD
<ul style="list-style-type: none">• Son asexuadas/os y no les interesa.• Algunas discapacidades condicionan una sexualidad incontrolable e impulsiva.• Las PCD no se dan cuenta del abuso - violencia sexual del que pueden ser objeto.• No saben, no entienden qué es una relación sexual. No son atractivas y no son deseadas.• No estarían en condiciones de criar hijas/os.• Es poco probable que alguna vez tengan una pareja.• Toda relación sexual con ellas/os es, en realidad, un abuso - violencia sexual.• No pueden tomar decisiones racionales sobre su vida, su sexualidad y su reproducción.• Solo forman parejas con otras personas con discapacidad.

Fuente: ASDRA (s/f).

Las personas con distintas discapacidades sensoriales se ven afectadas por barreras de comunicación y con frecuencia dependen de terceras personas que les expliquen. Internet es un avance, pero requiere de habilidades de lecto-escritura y que los dispositivos digitales y la información estén adaptados. Las barreras comunicativas se concretan en la ausencia de materiales con letras grandes, lenguaje sencillo, dibujos, imágenes, audios, códigos QR y en lengua de señas. Estos materiales también necesitarían de altavoces, intérpretes de Lengua de Señas y subtítulos. Se analizan los dos casos más frecuentes de discapacidad sensorial:

- **Las personas con discapacidad visual** tienen otros sentidos con los que reconocer, sentir, apreciar, sin embargo, precisan que la información esté accesible a sus capacidades (en audio tendrá mayor alcance que si se edita en Braille). En casos concretos, puede que la alteración que causó la ceguera, provoque problemas sexuales específicos.
- **Las personas con discapacidad auditiva** presentan una discapacidad no visible y, en ocasiones, viven muy aisladas y muy poco informadas. La comunicación sobre sexualidad es especialmente difícil. La lengua de señas Argentina (LSA) utiliza formas concretas y precisas. Darles la información por escrito no garantiza el acceso. Es fundamental la información clara y directa en LSA o en imágenes.

Las personas con discapacidad orgánica (con enfermedades crónicas) suelen llevar asociada una medicación específica prolongada. Las interacciones medicamentosas son uno de los principales temas a considerar con esta población.

¿Qué incluye el asesoramiento?

- Información sobre MAC.
- Explicación del uso del condón/preservativo y otro MAC.
- Orientaciones sobre sexualidad (disfrute de las relaciones, malestar, etc.).
- Indicaciones sobre prácticas para el cuidado y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH / SIDA.
- Detección, asistencia y acompañamiento en situaciones de abuso y violencia sexual.

¿Cómo pensar y diseñar el espacio de consulta?

Se recomienda utilizar espacios amigables, con los siguientes requerimientos y características (Labovsky & Oizerovich, 2021):

- **Equitativo:** todos/todas deben acceder al servicio de salud que necesitan.
- **Accesible:** todos/todas deben tener posibilidad de acceso.
- **Aceptable:** cumplir con las expectativas de privacidad, no discriminación, confidencialidad y un servicio que no imponga valores morales.
- **Adecuado:** considerar no solo la atención sexual y reproductiva, debe trabajar desde la prevención y también detectar, si además de la discapacidad, hay otros trastornos de salud.

¿Cómo elegir un MAC?

La elección de un MAC es una decisión personal e individualizada para todas las personas, basada en la preferencia de cada una, los antecedentes médicos y familiares, y el acceso a los mismos. Los **derechos sexuales y los derechos reproductivos** incluyen el derecho a la autonomía, a la libre determinación (sin discriminación ni coerción) de las decisiones sobre anticoncepción, maternidad y paternidad. Además, en todos los casos se debe brindar asesoramiento e incluir por igual el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) e interrupción legal del embarazo (ILE) (Hameed et al., 2020).

La elección del MAC será igual que en todas las personas, sumando a este conocimiento la presencia de la discapacidad que presenta la persona. Se deberá consultar de acuerdo a los [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) como del Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) entre otros, teniendo en cuenta la posible coexistencia de otros factores o patologías. La discapacidad visual no constituye contraindicación para ninguno de los MAC disponibles. (OMS, 2012 y CDC, 2016).

Los Criterios médicos de elegibilidad se proponen brindar un margen adecuado de seguridad en el trabajo en anticoncepción. Para ello, se toma en consideración la condición de la persona (como, por ejemplo: edad, antecedentes de embarazo, o una condición médica/patológica preexistente conocida), cruzándose con el requerimiento de cada MAC. La OMS (OMS, 2015) realizó una clasificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos según diversas situaciones y contextos:

- Categoría 1: no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
- Categoría 2: las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos.
- Categoría 3: los riesgos superan a las ventajas de utilizar el método.
- Categoría 4: el uso del método anticonceptivo es un riesgo inaceptable para la salud.

Las PCD son una población vulnerable que corre un riesgo particular de coerción con respecto a sus derechos por parte de profesionales de la salud, familiares y cuidadores/as, en especial cuando la familia o cuidadores/as solicitan la esterilización.

La asesoría anticonceptiva es compleja dadas las comorbilidades médicas en estas personas. Una PCD intelectual puede dar su consentimiento. Es necesario facilitar la participación de las familias y cuidadores/as que puedan apoyar la toma de decisiones de la PCD. Una correcta asesoría puede simplificar la información para estas personas. Para ello se debe considerar:

- Información detallada sobre cada MAC
- Riesgos y beneficios de los diferentes MAC antes de seleccionar la mejor opción anticonceptiva.
- Ayudas visuales con gráficos que describen la eficacia.
- Imágenes que muestran cómo usar un método.
- Videos que describen los pasos a seguir para cada método.
- El nivel y el contenido de la explicación debe adaptarse a la capacidad cognitiva o al nivel de desarrollo de la persona.

Los autores Horner-Johnson, W., Akobirshoev, I., Amutah-Onukagha, N. N., Slaughter-Acey, J. C., & Mitra, M. (2021) indican que las mujeres con discapacidad tienen mayores probabilidades de embarazo no intencional en comparación con las mujeres sin discapacidad. Eso aumentaría el riesgo para la salud, junto con el cuidado adicional que una PCD puede necesitar durante su embarazo. Por este motivo, se debe garantizar que la educación sexual incluya a las PCD y evaluar adaptaciones adecuadas para facilitar el aprendizaje.

Tabla: Opciones anticonceptivas para personas con discapacidades

ANTICONCEPTIVO	VENTAJAS	DESVENTAJAS SUGERENCIAS
Preservativo para personas con pene o vulva vagina	Prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH	Dificultad en la colocación. Se debe trabajar con maquetas u objetos para poder explicar su uso
Anticoncepción oral combinada	Regula la menstruación y disminuye la dismenorrea y el sangrado menstrual. Mejora los síntomas premenstruales.	Es posible que no pueda tragar pastillas (disfagia). (se puede triturar la píldora) Riesgo de tromboembolismo venoso si está inmóvil Posibilidad de interacciones medicamentosas.
Parche anticonceptivo	Regula la menstruación y disminuye la dismenorrea. Colocación semanal	Despegamiento. Prurito/irritación. Riesgo de tromboembolismo venoso si está inmóvil. Contraindicado en usuarias con un peso mayor a 90 kg. El paciente puede quitarlo de la piel (aplicar en la zona central de la espalda)
Anillo anticonceptivo	Regula la menstruación y disminuye la dismenorrea. Se puede usar de forma continua, generando un beneficio para estas pacientes.	Colocación vaginal: problemas de privacidad, la atrofia por denervación puede impedir la retención exitosa Riesgo de tromboembolismo venoso si está inmóvil
Píldoras de gestágeno solo	Ideal para usuarias que tienen contraindicado el uso de estrógenos. Disminuye el flujo menstrual	Es posible que no pueda tragar pastillas (disfagia). (se puede triturar la píldora) Sangrado y manchado no programados
Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD).	Aplicación trimestral. Tasas más altas de amenorrea ya con la cuarta dosis.	Puede ocasionar aumento de peso. Evaluar impacto en masa ósea.

Implante de 1 o 2 varillas	Duración de 3/5 años En un 30% de los casos genera amenorrea	Puede requerir sedación para la inserción. Sangrado y manchado no programados.
DIU Cu.	Duración: 10 años. No es hormonal	Puede requerir sedación para la inserción. Aumento del flujo menstrual y dismenorrea.
DIU Lng	Duración hasta 5/8 años según la carga de LNG. (Ya aceptado en algunos países hasta 8 años el 52 mg). Disminuye el flujo menstrual. Posibilidad de amenorrea. Mejora la dismenorrea.	Puede requerir sedación para la inserción.
Esterilización quirúrgica	Anticoncepción permanente	Riesgo de coerción Sin efecto sobre la menstruación.

Fuente: adaptado del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2016).

Técnicas comunicacionales para educar en salud sexual integral y brindar información para brindar el consentimiento

- Dirigirse directamente a la persona con discapacidad. Si se presentan dificultades en la comunicación podemos emplear material gráfico: fotografías, dibujos. Ejemplificar.
- La mayoría de las personas con discapacidad intelectual desean hablar y expresarse ellas mismas, por lo cual se debe dar el tiempo para ello.
- Si tenemos dudas sobre su comprensión, debemos repreguntar para asegurar el entendimiento de lo explicado.
- Se recomienda usar un lenguaje sencillo accesible usando vocablos del lenguaje cotidiano, evitar tecnicismos y hablar demasiado. Adaptar el lenguaje al nivel de la persona con discapacidad.
- En PCD auditiva, podemos acompañar las explicaciones con material gráfico, signos y señas para facilitar la comprensión, o solicitarle/ofrecerle que sume a un intérprete de confianza.
- Utilizar preguntas abiertas, lenguaje positivo y tiempos verbales en voz activa. Dar respuestas fáciles y comprensibles.
- Intentar atraer su atención antes de empezar a hablar.

Referencias Bibliográficas

FUSA (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para equipos de salud. Disponible en: <https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/02/perspectiva-discapacidad-atencion-salud-sexual-reproductiva.pdf>

Mitra, M., Smith, L. D., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., Sammet Moring, N., & Iezzoni, L. I. (2017). Barreras para proporcionar atención de maternidad a mujeres con discapacidades físicas: Perspectivas de los profesionales de la salud. *Disability and Health Journal*, 10(3), 445-450. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.021>

ASDRA - Asociación Síndrome de Down de la República Argentina.(s/f). La sexualidad en las personas con discapacidad. <https://www.asdra.org.ar/destacados/la-sexualidad-en-las-personas-con-discapacidad/>

Hameed, S., Maddams, A., Lowe, H., Davies, L., Khosla, R., & Shakespeare, T. (2020). From words to actions: Systematic review of interventions to promote sexual and reproductive health of persons with disabilities in low and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 5(10), e003135.

Horner-Johnson, W., Akobirshoev, I., Amutah-Onukagha, N. N., Slaughter-Acey, J. C., & Mitra, M. (2021). Riesgos para la salud antes de concebir para las mujeres con discapacidades [PDF]. https://disabilityhealth.jhu.edu/media/VR/DRH_Repro_Health_Spanish.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2018, junio). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consejerias-en-salud-sexual-y-reproductiva>

Labovsky, M., & Oizerovich, S. (2021). Anticoncepción: la otra mirada. *Revista Amada*, 17(2). <http://www.amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-17-n-2-2021/64-revista>

[/revista-n2-2021/480-anticoncepción-en-adolescentes-la-otra-mirada](#)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use (5th ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513579>

CDC. (2016). Tabla resumida de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [Versión en español]. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/pdf/spanish-usmcc-color.pdf>

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2016). Manipulación menstrual para adolescentes con discapacidades físicas y del desarrollo. Opinión del Comité Número 668.

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Física

La discapacidad motora es una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de una persona y se ve afectada su habilidad en el control y manejo del movimiento, equilibrio, coordinación y postura de las diversas partes del cuerpo, lo cual impide a la persona desenvolverse de la manera convencional (OMS - OPS, 2001; OMS 1994).

Comprende las deficiencias del aparato locomotor a partir de condiciones de salud neurológicas, reumatológicas y /o traumatológicas, que comprometen funciones y estructuras corporales y que limitan a la persona para la realización de una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentado por la tecnología, dispositivos o ayuda de terceras personas (Ministerio de Salud, 2015).

Por eso, cuando se trabaja con personas que poseen alguna Discapacidad Física (DF) es preciso valorar los siguientes aspectos de manera exhaustiva:

1. Repercusiones físicas de la discapacidad concreta, hecho que se relaciona con el tipo concreto de lesión o daño y su gravedad.
2. Repercusiones o grado en que la discapacidad afecta o modifica la percepción de uno/a mismo/a y la estima personal.
3. Dificultades que la lesión o daño supone de cara a las relaciones sociales (amigos/as, relaciones afectivo-sexuales, etc.).

Repercusiones físicas de la discapacidad.

En el artículo de Zacharin (2009) sobre pubertad, anticoncepción y manejo hormonal para jóvenes con discapacidades, se sistematizan y categorizan diversas repercusiones de las anomalías físicas:

- Para las personas que presentan una discapacidad puramente física leve a moderada, la función sexual estará dentro del rango de normalidad, a menos que exista una disfunción específica de la vía neural.
- Cuando la anomalía de la columna vertebral o las condiciones degenerativas neuronales han causado una pérdida progresiva o severa de la función nerviosa, puede haber una pérdida permanente de la función eréctil.
- Para las PCD con parálisis de la parte inferior del cuerpo o pérdida de la función, la función sexual aún es posible, pero existe un mayor riesgo de infección del tracto urinario que requiere vigilancia.
- Después de la pubertad, es probable que la fertilidad sea normal para la mayoría de los/las adolescentes y jóvenes que tienen una discapacidad física.
- En algunas PCD físicas existen diversas situaciones que impactan en su sexualidad, sobre todo las lesiones medulares que dependiendo del sector de la columna que involucre será el tipo de parálisis y sus consecuencias. Las repercusiones dependen de

la zona dañada y del tipo de lesión, ya sea esta parcial o total, las que generan diferentes consecuencias (Stanford Medicine Children's Health, s/f).

Consecuencias de las lesiones medulares en la movilidad de la persona:

- **Lesiones medulares en la zona cervical:** suelen producir parálisis de algunos de los músculos para respirar, de los brazos y piernas.
- **Lesiones en la zona dorsal:** las repercusiones en la movilidad suelen incluir debilidades y parálisis en los miembros inferiores (piernas), pérdida de sensibilidad del tronco por debajo de los pezones, o del abdomen dependiendo del nivel de la lesión.
- **Lesiones en la zona lumbar:** parálisis e inmovilidad de los dos miembros inferiores (piernas) a partir de los muslos. En algunos casos puede verse también afectada la sensibilidad táctil de determinadas zonas corporales.
- **Lesiones sacras:** entumecimiento en periné.

Consecuencias de las lesiones medulares en la respuesta sexual

Las lesiones medulares pueden afectar a alguna o varias de las fases de la respuesta sexual humana, ya que la misma está controlada por el sistema nervioso. El grado de afectación de la excitación sexual, el orgasmo y la fertilidad dependen del nivel y tipo de lesión. Cómo responde una persona a la estimulación sexual y erótica se puede analizar desde dos perspectivas: por el tipo de respuesta física o fisiológica, relacionadas con los cambios corporales observables en la respuesta sexual, y en la respuesta subjetiva ante la estimulación, la que dependerá de cada individuo.

¿Qué sucede sexualmente ante lesiones de médula espinal?

En los varones: entre un 15 a 25% tienen erección, un 90% pierde capacidad de eyacular y hay presencia de orgasmos cognitivos o fantasmas. Pueden presentar oligospermia, eyaculación retrógrada, trastornos de la erección, niveles de testosterona normal y disminución de la libido.

En las mujeres: se puede observar parálisis motora y abolición de la sensibilidad. Cambio o pérdida de la sensación genital. Incontinencia urinaria y de materia fecal. Disminución de la capacidad de lubricación. Falta de capacidad de concienciación orgásmica. La baja autoestima y la no aceptación de su imagen corporal hacen que sea menos frecuente que desee tener relaciones sexuales (Tablado, 2005). Tras la lesión medular se produce una amenorrea transitoria, de duración irregular, entre 0 y 6 ciclos. Su fertilidad y libido no están disminuidas (Ministerio de Salud, 2013).

Tener en cuenta que en PCD física pueden estar enmascaradas los síntomas de las ITS. Cómo también pasar inadvertidos el abuso - violencia sexual.

¿Qué método anticonceptivo (MAC) utilizamos en la discapacidad física?

Las opciones de MAC dependen de varios factores (Best, 1999 y FUSA, 2022).

- La calidad de la circulación en las extremidades.
- Presencia o no de trastornos en la coagulación.

- Destreza manual.
- Interacciones farmacológicas con medicamentos que esté tomando.
- Si tiene problemas con la higiene menstrual.

Para evaluar ginecológicamente a las PCD físicas se recomienda poseer mesa de exploración obstétrica y/o ginecológica regulable o con altura variable, con accesibilidad por ambos lados.

A continuación se presenta la Tabla que resume los aspectos generales de los MAC para PCD física adaptada de Tablado, Ciarmatori. 2005 y Allen, 2022.

Anticoncepción en Discapacidad Física			
Tipo de MAC	Generalidades del uso	Beneficios	Advertencias
Preservativos (pene, vagina, vulva)	<p>Evaluar estrategia para hacer su uso posible</p> <p>en caso de que existan dificultades de manipulación. Su uso puede ser difícil para algunas personas dado la limitación manual.</p>	<p>Eficaz</p> <p>Es el único que protege de ITS y VIH.</p> <p>Su entrega es gratuita.</p>	<p>Difícil su uso en personas cuádruplégicas, en cuyo caso debe ser colocado por la pareja.</p>
Progestágeno oral	<p>Es una opción para quien no pueda utilizar estrógenos.</p> <p>Verificar que la paciente pueda manejar el blíster y tomar la pastilla.</p>	<p>Pueden producir amenorrea o disminuir el sangrado menstrual</p> <p>facilitando la higiene</p> <p>No hay riesgo tromboembólico.</p>	<p>Es posible que no pueda tragar pastillas</p> <p>Sangrado y manchado no programados.</p>
Gestágenos solo depósito AMPD	<p>Es de aplicación trimestral</p> <p>Buena opción por su</p>	<p>La amenorrea o disminución del sangrado menstrual facilita la</p>	<p>Evaluar impacto en la masa ósea</p>

	eficacia y duración.	higiene en algunas PCD. No hay riesgo tromboembólico.	
Implante Subdérmico	Larga duración (3/5 años) Es una de las primeras líneas para la prevención efectiva del embarazo.	Seguros y altamente eficaces. No requieren del control diario.	La falta de camillas móviles dificulta la tarea de colocación. Sangrado irregular. La inserción y extracción requiere personal capacitado.
ACO de Emergencia	Utilizar ante fallas en el uso de MAC o en caso de relaciones sexuales no consentidas.	No presenta contraindicaciones.	
Anticonceptivos combinados	Anticonceptivos combinados (orales, Inyect.) ✓ La píldora requiere de uso diario, lo que puede ser una limitación. ✓ Es posible que no pueda tragar pastillas, existen formulaciones masticables (no aún en Argentina). Parches anticonceptivos combinados ✓ El paciente puede quitarlo de la piel (apli-	Regulan la menstruación. Disminuye la dismenorrea y el sangrado menstrual. Mejora los síntomas premenstruales	Pueden no ser la opción más apropiada para personas con alteración de la circulación o inmovilidad de extremidades por el riesgo de enfermedad tromboembólica. Especialmente si está inmóvil o con alteraciones en la circulación De acuerdo al nivel o grado de inmovilización evaluar el uso de estrógenos.

	<p>car en la zona central de espalda)</p> <p>Anillo vaginal combinado</p> <p>✓ Colocación vaginal (problemas de privacidad, la atrofia por denervación puede impedir el éxito retención)</p>		
DIU	<p>DIU Cu: Duración: 10 años. No es hormonal</p> <p>DIU Lng: Duración hasta 5/8 años según la carga de LNG. (Ya aceptado en algunos países hasta 8 años el DIU Lng de 52 mg). Disminuye el flujo menstrual. Posibilidad de amenorrea. Mejora la dismenorrea.</p> <p>Ventajas: seguros y altamente eficaces</p> <p>Advertencias:</p> <p>✓ De indicarse, realizar colocación bajo control ecográfico por mayor riesgo de perforación.</p> <p>✓ Puede necesitar sedación para inserción.</p> <p>✓ El DIU Cu puede aumentar el flujo menstrual y dismenorrea.</p> <p>✓ Si tiene sangrados abundantes, utilizar DIU de LNG.</p> <p>✓ La enfermedad pélvica inflamatoria o un embarazo ectópico o cuadros de dolor pueden pasar inadvertidos por falta de sensibilidad.</p> <p>✓ Posibles dificultades en la colocación por espasticidad de músculos aductores de los muslos.</p> <p>✓ La falta de camillas ginecológicas móviles dificulta la tarea de colocación.</p>		
Diafragma	<p>✓ Requiere para su uso de destreza física.</p>		

Esterilización quirúrgica	<p>Ventajas: seguro y altamente eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin efecto sobre la menstruación. <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establece la igualdad de derechos con la población general para decidir voluntariamente, previa información y asesoría. ✓ Si no hay deseos de fertilidad por la PCD se puede utilizar este método, participando en la solicitud la persona directamente involucrada. ✓ La esterilización no debe representar la solución a la violencia sexual. ✓ El procedimiento para obtener la autorización se rige por lo descrito en la ley de esterilización quirúrgica vigente en Argentina, al igual que para el consentimiento informado.
Naturales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Este método no está recomendado por su menor eficacia anticonceptiva y sus dificultades para utilizarlo, necesitando de una destreza física que no siempre se cuenta. ✓ Dificultad para controlar temperatura basal por la posibilidad de un síndrome febril por infecciones urinarias. ✓ Dificultad para valorar el moco cervical por la posibilidad de infecciones vaginales.

Referencias Bibliográficas

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra: World Health Organization. ISBN 84-8446-034-7.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42419>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Imsero. (22), pp. 286. NIPO 377-94-003-X, ISBN 84-86852-45-5. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>

Ministerio de Salud. (2015). Normativa para la certificación de personas con discapacidad motora – Aprobación. Servicio Nacional de Rehabilitación. Disposición 1019/2015. Boletín Nacional del 26-Nov-2015.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposición-1019-2015-255736>

Zacharin, M. R. (2009). Puberty, contraception, and hormonal management for young people with disabilities. *Clinical Pediatrics*, 48(2), 149-155. <https://doi.org/10.1177/0009922808324492>

Stanford Medicine Children's Health. (s.f.). Lesiones de la médula espinal. https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=spinalcordinjury_85-P04278

Alexander, M., Hicks, T., Aisen, M., & Klebine, P. (maestría en humanidades). (2015). La sexualidad y el funcionamiento sexual después de una lesión de la médula espinal. <https://msktc.org/sci/factsheets/la-sexualidad-y-el-funcionamiento-sexual-despues-de-una>

[-lesion-de-la-medula-espinal#:~:text=A%20menudo%2C%20la%20lesi%C3%B3n%20de,si%20es%20completa%20o%20incompleta.](https://msktc.org/sci/factsheets/la-sexualidad-y-el-funcionamiento-sexual-despues-de-una-lesion-de-la-medula-espinal#:~:text=A%20menudo%2C%20la%20lesi%C3%B3n%20de,si%20es%20completa%20o%20incompleta.)

Tablado, A. y Ciarmatori, S. (2005). La sexualidad de las personas con discapacidad. En *Anticoncepción del Siglo XXI* (pp. 698-709). Buenos Aires: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, Editorial Ascune Hnos.

Ministerio de Salud. (2013). Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur "Dr. Juan Otimio Tesone". Tratamiento de las secuelas de la lesión medular y sus complicaciones. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inareps-lesion-medular-protocolo-secuelas-complicaciones-lm.pdf>

Best, K. (1999). Disabled have many needs for contraception. *Netw Res Triangle Park N C*. 19(2), 16-18. PMID: 12295057. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12295057/>

FUSA. (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para Equipos de Salud. Recuperado de <https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/02/perspectiva-discapacidad-atencion-salud-sexual-reproductiva.pdf>

Allen RH. (2022, July 1). Contraception for Patients with Disabilities. *OB/GYN Clinical Alert*. <https://www.reliasmedia.com/articles/149557-contraception-for-patients-with-disabilities>

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Sensorial

Discapacidad sensorial es un término que se refiere a las personas que han perdido su capacidad visual (baja visión o ceguera) o auditiva (hipoacusia total o parcial, congénita o adquirida, de uno o de los dos oídos), incluyendo a quienes presentan problemas al momento de comunicarse o utilizar el lenguaje, secundarios a estas discapacidades.

Consideraciones para la consulta

En PCD sensorial es necesario considerar cuáles son las barreras que obstaculizan su autonomía y ejercicio del derecho a la salud. En muchas oportunidades estos obstáculos pueden ser fruto de actitudes de los profesionales debido al desconocimiento de sus necesidades, por falta de tiempo, o por miedo a recibir a las PCD en la consulta. Un error frecuente es dirigirse a su acompañante en vez de a ellas mismas. Otra de las fallas es tratarlas como si no entendieran o no explicar paso a paso los procedimientos a realizar (Domínguez et al. 2011 y Teveles, 2021).

Para ello, debemos:

- Tener en cuenta las particularidades y necesidades de cada p
- Disponer de tiempo suficiente.
- Utilizar los recursos disponibles para la comunicación.
- Ser creativos en caso de no contar con los recursos ideales.
- Anticipar y explicar los procedimientos.
- Ofrecer la posibilidad de repreguntar
- Respetar sus decisiones.

Sugerencias para el abordaje de la consulta en personas con discapacidad auditiva o visual

(FUSA, 2022; UNFPA s/f; Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2012, 2020):

Discapacidad Visual

Debemos facilitar el acceso autónomo a la consulta: señalización y cartelería con alto contraste de colores, tipografía simple, textos breves, incluir pictogramas o figuras, textos en Braille, incluir códigos QR para acceder a un lector del texto.

El llamado al turno puede ser por medios visuales como pantallas y complementarse con medios sonoros o verbales.

En el consultorio es necesario tener recursos facilitadores, tanto en folletería y material informativo, como para los formularios de consentimiento informado: textos en Braille, macrotipo, formatos sonoros, acceso a través de códigos QR. Otro recurso interesante es enviar información por mensajería virtual o telefónica (WhatsApp, correo electrónico u otras vías).

Se debe contar con material concreto para el reconocimiento táctil a fin de utilizarlo como apoyo a las explicaciones. Asimismo, es fundamental usar lenguaje descriptivo, dar indicaciones claras con referencias espaciales (derecha, izquierda, delante, detrás, etc.) evitando indicaciones gestuales. No olvidar de explicar y anticipar los exámenes y procedimientos a realizar.

Elección del MAC:

La discapacidad visual no constituye contraindicación para ninguno de los MAC disponibles. De todos modos, se deberá consultar los [Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS, 2015\)](#), teniendo en cuenta la posible coexistencia de otros factores o patologías.

En este sentido, merece una consideración especial la relación entre anticonceptivos y presión intraocular. Algunos estudios encontraron mayor riesgo de glaucoma en usuarias de anticoncepción oral combinada (ACO) (Wang et al., 2016). Pasquale & Kang (2011) describen un moderado aumento del riesgo asociado al uso de ACO por más de 5 años, aunque sugieren la necesidad de más estudios al respecto. Dado que los estrógenos son un factor protector en cuanto a la presión intraocular (Dewundara et al., 2016; Pasquale & Kang, 2011), se postula como posible mecanismo la falta de cambios cíclicos de los niveles de estrógenos en

usuarias de anovulatorios. Otros autores no coinciden en estos hallazgos (Moschos & Nitoda, 2017), por lo que aún será necesaria más evidencia al respecto.

En caso de elegir un método autoadministrado, es necesario que éste cumpla con las condiciones para facilitar su uso. Los envases de medicamentos deberían incluir la información importante como el nombre y la fecha de vencimiento en Sistema Braille o en sobrerrelieve, así como un código QR, aunque esto aún no está garantizado (Puente Pérez et al., 2020). Al hacer la indicación se debe considerar que el método pueda ser utilizado en forma autónoma. En el caso de los anticonceptivos orales, por ejemplo, se debe elegir aquellos que no incluyen placebos o que incluyan sólo 4 placebos en una fila bien diferenciada en el blíster, fácil de reconocer en forma táctil. En la consulta se deberá mostrar en forma práctica su utilización.

Discapacidad Auditiva

Es necesario facilitar el acceso autónomo a la consulta con otorgamiento de turnos online, por mensajería escrita o personalmente (con posibilidad de intérprete).

En relación con el llamado a la consulta, idealmente se recomienda contar con pantallas u otros medios complementarios, y que no sea únicamente verbal.

Siempre se debe disponer de mayor tiempo en la consulta en estos casos. Si es posible, se recomienda incorporar la presencia de intérprete de lengua de señas argentina (ILSA) en la atención en salud. También existe la posibilidad de que un familiar o acompañante cumpla esta función, siempre que la paciente lo solicite. En todo momento debemos garantizar la confidencialidad y la privacidad, recordando dirigirse siempre a la persona que consulta y respetando sus decisiones.

Si la PCD hace lectura labial, es importante hablar de frente, a su altura, con el rostro bien iluminado y descubierto. En caso de usar barbijo se deberá contar con uno transparente que permita ver la boca. Hablar con voz normal, vocalizando bien sin exagerar ni gritar. Es recomendable dar explicaciones claras y concretas, frases cortas, sin palabras superfluas. Asimismo, es útil contar con recursos visuales como apoyo en las explicaciones: láminas, gráficos, maquetas. Otros recursos, en caso de ser necesarios, son los gestos o el lenguaje escrito (este último recurso es posible solo en personas alfabetizadas). También existen recursos tecnológicos, como algunas aplicaciones para celular con LSA (por ejemplo, LSA en familia, Háblalo). <http://www.proyectodane.org/aplicacion/aplicacionlsaenfamilia/>

En caso de requerir examen ginecológico u otros procedimientos, es necesario explicar previamente en qué consiste, anticipando los pasos a realizar. Resulta fundamental prever cómo será la comunicación durante el examen teniendo en cuenta que durante el mismo la paciente no podrá vernos.

Elección del MAC:

La discapacidad auditiva no constituye contraindicación para ninguno de los MAC. Sin embargo, dada la posible coexistencia de otras patologías, para la elección del método se deberá consultar [Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS, 2015\)](#).

En relación a la Otosclerosis es importante considerar que los estrógenos juegan un papel en su mecanismo de producción y en su agravamiento vinculado a la gestación. Schwartzman (1975) sugirió efectos negativos de la anticoncepción hormonal combinada (AHC) en estas pacientes. Sin embargo, otros estudios no encuentran la misma evidencia (Mitre et al., 2006; Vassey, 2001; Sanchez Borrego, 2003; Horner, 2009). Por lo tanto, sugerimos trabajar junto al profesional tratante de la patología de base.

Referencias Bibliográficas

Dominguez, M. E., Mattioli, N., & Sosa, F. (2011). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de servicios de salud en Montevideo. http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_mujeres_con_discapa.pdf

Teveles, D. (2021). Accesibilidad en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 5(2), 170-191.

<http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/283/154>

FUSA. (2022). Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para equipos de salud.

<https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/08/guia-proyecto-desear.pdf>

UNFPA (s/f). Sordas sin violencia. Salud integral accesible para mujeres sordas. Disponible en: https://www.sordassinviolencia.com/SALUD_INTEGRAL_ACCESIBLE_PARA_MUJERES_SORDAS.pdf

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2012). Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad.

<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Libro-Discapacidad-SSR-28-11-12.pdf>

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2020). Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad. <https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-salud-sexual-2020-web-accesible.pdf>

Wang, Y. E., Kakigi, C., Barbosa, D., Porco, T., Chen, R., Wang, S., Li, Y., Singh, K., Pasquale, L. R., & Lin, S. C. (2016). Oral Contraceptive Use and Prevalence of Self-Reported Glaucoma or Ocular Hypertension in the United States. *Ophthalmology*, 123(4), 729-736.

Dewundara, S. S., Wiggs, J. L., Sullivan, D. A., & Pasquale, L. R. (2016). Is Estrogen a Therapeutic Target for Glaucoma? *Seminars in Ophthalmology*, 31(1-2), 140-146. doi: 10.3109/08820538.2014.959666

Pasquale, L. R., & Kang, J. H. (2011). Female reproductive factors and primary open-angle glaucoma in the Nurses' Health Study. *Eye (London, England)*, 25(5), 633-641.

Moschos, M. M., & Nitoda, E. (2017). The impact of combined oral contraceptives on ocular tissues: a review of ocular effects. *International Journal of Ophthalmology*, 10(10), 1604-1610.

Puente Pérez, M., Cristóbal Infante Riquelme, M., & Carvajal Gutiérrez, B. (2020). Accesibilidad de métodos anticonceptivos para personas con discapacidad visual. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 4(2), 43-70. ISSN 2525-1643.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use (5th ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

Schwartzman, J. A. (1975). Efectos de los anticonceptivos sobre la otosclerosis. *BJORLG Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 41, 46-50.

Mitre, E. I., Figueira, A. S., Rocha, A. B., & Alves, S. M. (2006). Audiometric and vestibular evaluation in women using the hormonal contraceptive method. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 72(3), 350-354.

Vessey, M., & Painter, R. (2001). Oral contraception and ear disease: Findings in a large cohort study. *Contraception*, 63(1), 61-63. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(00\)00181-1](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(00)00181-1)

Sánchez Borrego, R., & Martínez Pérez, O. (2003). *Guía Práctica en Anticoncepción Oral Basada en la Evidencia*. Emisa.

Horner, K. C. (2009). The effect of sex hormones on bone metabolism of the otic capsule – an overview. *Hearing Research*, 252, 56-60. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2009.01.009>

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Visceral

La discapacidad visceral es un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales que impliquen una restricción física no relacionada con el sistema locomotor. Pueden ser de origen cardiovascular, renal-urológico, respiratorio, hepático y digestivo (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2015).

Estas PCD se encuentran impedidas de desarrollar su vida con total plenitud, aunque no tengan complicaciones en el campo intelectual, en sus funciones sensoriales o motoras (OMS, 1994). Entre los ejemplos más frecuentes se identifican las siguientes patologías: fibrosis quística del páncreas, cardiopatía congénita e insuficiencia renal crónica terminal.

Las PCD visceral parecen llevar su vida con normalidad. Es cierto que, en determinados casos, con un tratamiento correcto, pueden desenvolverse con autonomía y sin restricciones. Sin embargo, hay otros casos en los que las personas requieren asistencia porque tienen otras manifestaciones, como fatiga, problemas musculares o fallas orgánicas que no se visibilizan como tales.

Las PCD orgánicas (enfermedades crónicas) es posible que deseen usar MAC en algunas etapas de su vida o de forma permanente.

Es necesario advertir que las PCD orgánicas suelen tomar múltiples fármacos que afectan la eficacia a la hora de elegir un MAC hormonal.

Los profesionales de la salud deben consultar los [Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos tanto de la Organización Mundial de la Salud \(OMS, 2015\)](#) y tener en cuenta las interacciones medicamentosas en las distintas patologías crónicas.

Trasplantes de Órganos Sólidos

Las recomendaciones en personas receptoras de trasplantes de órganos sólidos fueron publicadas por consenso de la Sociedad Americana de Trasplante (AST) en 2005 (McKay, 2005). Por su parte, las recomendaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para el uso de anticonceptivos en receptores de trasplantes de órganos sólidos se publicaron en 2016. Desde entonces, se ha publicado información adicional sobre la seguridad y la eficacia de las opciones anticonceptivas en las receptoras de trasplantes, en particular para los dispositivos intrauterinos.

Las recomendaciones de anticoncepción de los criterios del CDC se separaron por función del injerto: "estable" versus "complicada".

La función complicada del injerto se definió como fracaso o rechazo agudo o crónico del injerto, sin denotar un umbral de insuficiencia renal. Además, existen recomendaciones del CDC para afecciones comunes asociadas con trasplantes como: diabetes, hipertensión, lupus y trombosis venosa profunda previa (TVP).

Elección del MAC:

1. **Métodos hormonales:** Todos los métodos hormonales se clasifican como seguros en mujeres con función estable del injerto. Sin embargo, la anticoncepción hormonal combinada NO se recomienda en mujeres con función complicada del injerto, hipertensión no controlada, antecedentes de accidente cerebrovascular, trombosis o estado de hipercoagulabilidad (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).
2. **Dispositivos intrauterinos:** Existen ventajas del DIU de cobre y el DIU de Lng de 52mg como: baja tasa de fracaso, facilidad de uso, ausencia de interacciones farmacológicas inmunosupresoras y efectos secundarios sistémicos.

Es por ello que ha resultado como recomendación para su uso entre muchos profesionales de trasplantes. (Sarkari et al., 2018; Chandra et al., 2019; Krajewski et al., 2013).

En la función complicada del injerto, el DIU Cu y el DIU Lng están designados como categoría 3 para el inicio (I), pero si se desarrolla una disfunción del injerto después de la colocación son categoría 2 para la continuidad (C).

Las primeras preocupaciones sobre el fracaso del DIU y el riesgo teórico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) en receptoras de trasplantes no han sido respaldadas por estudios observacionales (Juliato et al., 2018; Huguélet et al., 2017).

Se concluye que el DIU Lng es una de las opciones más seguras en mujeres trasplantadas tanto para la anticoncepción como para el sangrado uterino anómalo (SUA) teniendo en cuenta que las mujeres en edad reproductiva luego de un trasplante, requieren de una anticoncepción de larga duración (Cassia, 2018).

3. **Implante subdérmico:** es una opción anticonceptiva segura para las mujeres en edad reproductiva que reciben un trasplante de órganos sólidos, dadas las recomendaciones de evitar el embarazo durante los primeros 2 años posteriores al trasplante. (Lew & Sheeder, 2021).
4. **Ligadura tubaria:** puede realizarse por vía laparoscópica o abdominal según criterio médico.
5. **Anticoncepción de emergencia:** en receptoras de trasplante se puede prescribir AHE sin restricción. Se identifica como categoría 3 únicamente en los casos de rechazo de injerto o vasculopatía (CDC, 2016). Favorecer su entrega anticipada es de vital importancia, ya que un embarazo puede estar asociado con eventos adversos graves que pueden deteriorar la salud en estas mujeres. Por la resolución 1062/2023 establece que la anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel de 1,5 mg es de venta libre en Argentina. Es necesario considerar que el DIU de Cu puede ser utilizado como anticoncepción de emergencia en estas usuarias dentro de los 5 días post coitales con la ventaja de convertirse en un método de anticoncepción regular.

Las mujeres en edad reproductiva pueden no tener conocimiento de los riesgos que implica un embarazo post trasplante y en consecuencia, no consultar a los servicios de anticoncepción. Resulta importante que los miembros del equipo de trasplante brinden asesoramiento en SS y SR o garanticen la derivación temprana a profesionales de la salud que tengan el conocimiento para asesorar a estas mujeres con patologías complejas con una anticoncepción segura y altamente eficaz. (Klein & Josephson, 2022).

Referencias Bibliográficas

Servicio Nacional de Rehabilitación. (2015, 17 de junio). Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia física de origen visceral. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_de_pers_onas_con_discapacidad_con_deficiencia_fisica_de_origen_visceral.doc_1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Imsero. (22), pp. 286. NIPO 377-94-003-X, ISBN 84-86852-45-5. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>.

McKay, D.B., Josephson, M.A., Armenti, V.T., Agosto, P., Coscia, L.A., Davis, C.L., Davison, J.M.,

Terasaki, P.I., Friedman, J.E., Hou, S., Carlos, J., Lago, K.D., Lindheimer, M., Matas, A.J.,

Moritz, M.J., Rielly, C.A., Ross, L.F., Scott Jr, R., Waggoner, L.E., Wrenshall, L., Adams, P.L., Bumgardner, G.L., Bien, R.N., Goral, S., Krams, S.M., Martínez, O.M., Tolkoff-Rubin, N., Pavlakis, M., Scantlebury, V: Women`s Health Committee of the American Society of Transplantation: Reproduction and Transplantation: Report on the AST consensus conference on reproductive issues and transplantation. American Journal of Transplantation 5: 1592-1599. 2005

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. Recommendations and Reports, 65(3). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6503.pdf>

Huguelet, P.D., Sheehan, C., & Spitzer, R.F, Scott S: Use of the Levonorgestrel 52mg intrauterine system in adolescent and young adult solid organ transplant recipients: A case series. *Contraception* 95: 378-381, 2017

Sarkar, A., Bramham, K., Moritz, M. J., & Coscia, L: Reproductive health in woman following abdominal organ transplant. *Am J Transplant* 18: 1068-1076, 2018.

Chandra, A., Midtvedt, K., Asberg, A., & Eide, I: A Immunosuppression and reproductive health after kidney transplantation. *Transplantation*, 103: e325-e333, 2019

Krajewski, C. M., Geetha, D., & Gómez-Lobo, V: Contraceptive options for women with a history of solid-organ transplantation . *Transplantation* 95; 1183-1186, 2013

Cassia RT, Juliato, Stahlschmidt P, & Bahamondes L: A case series on the use of Levonorgestrel 52mg intrauterine system after organ transplant. *Contraception*, 98(3), 252-254,2018 <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.017>

Lew, J., & Sheeder, J: Acceptance and safety of the Etonorgestrel contraceptive implant in solid organ transplant recipients. *Contraception*,104(5),556-560,2021 <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.006>

Klein, C. L., & Josephson, M. A. : Post Transplant Pregnancy and Contraception. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 17(1): 114-120, 2022. doi: 10.2215/CJN.14100820, 17(1): 114-120, 2022. doi: 10.2215/CJN.14100820

UKMEC calculator: <https://www.ukmec.co.uk/>

Recomendaciones: Anticoncepción para Personas con Discapacidad Intelectual

Las PCD intelectual (PCDI) presentan una serie de limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos.

- Se origina antes de los 18 años, reemplaza al término retraso mental y es parte integrante de la diversidad humana (OMS, 1994).
- Es irreversible, es decir, dura para toda la vida y no solo es un impacto que sufre el individuo, sino también es un reto muy fuerte para toda su familia.
- Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales.
- Considera la enfermedad mental o psicosocial y varios tipos de enfermedad crónica.
- Contempla una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje o aprendizaje), así como en algunos casos de las funciones motoras.

Siempre se debe trabajar en la eliminación de las barreras y la eficacia de los apoyos.

¿Cómo debemos asesorar en anticoncepción a PCD intelectual?

La asesoría anticonceptiva debe ser individualizada y considerar la capacidad de la persona para dar su consentimiento. Para cada caso es necesario contemplar si hay MAC

contraindicados en función del tipo de discapacidad intelectual y de los posibles problemas médicos concurrentes.

Las conversaciones directas con la PCDI (con y sin sus familiares y/o cuidadores) son esenciales. Es importante que las/los cuidadores sepan que la esterilización no es la única opción anticonceptiva y que existen opciones reversibles igualmente efectivas que a menudo tienen beneficios no anticonceptivos. Para las PCDI, el CDC recomienda (CDC, 2019; FUSA, 2022):

- Incorporar imágenes, dibujos animados, videos y muñecas con partes anatómicas, donde las PCDI puedan identificar e
- Proporcionar materiales para que las PCDI y cuidadores los usen en casa para reforzar lo que se hable durante la consulta médica.
- Utilizar dispositivos de comunicación asistida y materiales impresos escritos al nivel cognitivo de la PCDI.
- Dentro de la consulta es fundamental permitir tiempo adicional para que la PCDI, sus familiares y/o persona de apoyo puedan realizar preguntas aclaratorias, manifestar inquietudes y puedan explorar modelos y/o muestras.

Antes de incluir personas de apoyo, como familiares o cuidadores, se deben realizar entrevistas confidenciales con todas las PCDI, en la asesoría sobre anticoncepción. Se puede adoptar la toma de decisiones con apoyo para permitir que la PCDI pueda comprender las distintas opciones, tomando conocimiento de los riesgos/ beneficios y comunicar las decisiones al profesional en salud. En ocasiones se requieren varias visitas para poder garantizarlo. El resultado final siempre debe ser lo que la PCDI considere mejor para ella.

Se recomienda consultar a otros miembros del equipo de salud (interdisciplina), cuando:

1. La capacidad de la paciente para dar su consentimiento está en duda.
2. Las decisiones de atención médica sean muy complejas o implican un riesgo significativo o tengan consecuencias permanentes (ejemplo: la esterilización).

Las PCDI pueden tener diversas limitaciones funcionales que se deben evaluar al momento de dar un MAC .

Se reitera que la toma de decisiones con apoyo, cuando se trata de niñas y adolescentes con discapacidades, ayuda a incorporar la autonomía en un proceso colaborativo de toma de decisiones en la atención médica. (FUSA, 2022).

Limitaciones de la educación sexual en personas con discapacidad intelectual:

Las PCDI tienen actividad sexual al igual que las mujeres sin discapacidad, es posible que reciban educación sobre SS y SR limitada. Asimismo, es preciso tener en cuenta que son personas con menos conciencia de riesgos por sus déficits cognitivos y más dificultades para llevar a cabo prácticas seguras. En este sentido la educación sexual puede ayudarlas a protegerse mejor de los riesgos asociados como los embarazos no intencionales y las ITS.

También contribuye a que puedan detectar situaciones de violencia sexual y pedir ayuda.

Las PCDI comparten ciertos rasgos que definen la vivencia de la sexualidad:

Cuadro: Sexualidad y discapacidad intelectual
Sexualidad y discapacidad intelectual
<p>→ Tienen oportunidades de socialización mucho más escasas y sus contactos sociales son reducidos, por lo que disponen de menos opciones para observar, mantener y desarrollar habilidades sociales.</p> <p>→ Tienen a ser sobreprotegidas/os e infantilizadas/os por las personas que las rodean, lo que dificulta el desarrollo de conductas autónomas y adaptativas en el medio externo a la familia.</p> <p>→ Presentan limitaciones que afectan fundamentalmente a la capacidad de juzgar, razonar y distinguir entre conductas de riesgo y conductas adecuadas y saludables en el comportamiento sexual. Este hecho condiciona la existencia de dificultades en la toma de decisiones y el pensamiento realista.</p> <p>→ Las deficiencias intelectuales conllevan habitualmente a dificultades en el proceso de aprendizaje, por lo que es frecuente que en el transcurso de la comunicación pierdan información relevante transmitida a través de mensajes verbales y no verbales sutiles.</p> <p>→ Presentan una mayor vulnerabilidad a sufrir algún tipo de explotación, acoso o violencia sexual - abuso sexual. (CDC, 2019).</p>

Manejo de la Anticoncepción en PCDI:

La elección del MAC va a estar relacionado con el grado de discapacidad intelectual que tenga la usuaria, teniendo en cuenta las ventajas no contraceptivas (como ser la reducción o ausencia del sangrado menstrual) reduciendo la carga de cuidado de familiares en relación a la gestión menstrual; así como las desventajas del método para su uso. Tal es el caso en PCDI severa que no pueden tragar pastillas ni colocar parches o anillos vaginales.

Se recomiendan fuertemente aquellos MAC que no dependen de la usuaria, como son los de larga duración (LARC): el implante subdérmico y la anticoncepción intrauterina. También se puede indicar el acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) vía IM o subcutánea.

1. DMPA: es de aplicación trimestral y tiene el beneficio de lograr la amenorrea. Esto resulta muy importante en las PCDI para el manejo de la gestión menstrual (evaluar impacto en masa ósea).
2. IMPLANTE SUBDÉRMICO: es un excelente método para este grupo de personas. Es ideal en usuarias que tengan contraindicado el uso de estrógenos por presentar comorbilidades concomitantes. El implante subdérmico tiene la desventaja de los sangrados no programados y que puede requerir de sedación para su inserción.
3. DIU: es un excelente método para estas usuarias y en especial aquellas con contraindicación del uso de estrógenos por presentar comorbilidades concomitantes. Un gran número de PCDI reciben medicaciones que se asocian con el uso de

antiepilépticos inductores de la enzima CP450, antipsicóticos, antidepresivos generando interacciones medicamentosas (OMS, 2015). Las desventajas pueden ser que requiera sedación y control ecográfico para su colocación.

El DIU Cu puede aumentar el sangrado menstrual y la dismenorrea.

El DIU Lng aporta una ventaja adicional en este grupo de pacientes:

- Reducción del sangrado y de la dismenorrea.
- Los DIUs de Lng de 13,5 mg y de 19.5 mg podrían tener mayor facilidad de colocación (Allen, 2022) en mujeres jóvenes por ser de menor diámetro(28x30mm) versus el DIU de Lng de 52mg(32x32mm) y el Diu de Cu (32x36mm).

4. LIGADURA TUBARIA/ VASECTOMIA: Método irreversible

En anticoncepción permanente es necesario evaluar siempre otras opciones anticonceptivas trabajando con la PCDI. El consentimiento informado es imprescindible, personal e individualizado, siempre y cuando la PCDI pueda proporcionarlo.

Si este MAC es solicitado por responsables parentales, legales o cuidadores de las PCDI se debe solicitar el certificado de discapacidad que garantice que esta persona puede decidir sobre la SS y SR o bien la sentencia judicial. (Ver marco jurídico)

A modo de síntesis:

- Todas las PCDI tienen derecho a recibir atención en SS y SR del mismo tipo y calidad que las personas sin discapacidad.
- El sistema de salud debe proporcionar los medios y las estrategias para que las PCDI puedan comprender la información que se les brinda y de esa manera poder dar su consentimiento informado.
- Se debe tener en cuenta que la decisión y el consentimiento lo brinda la PCD, aunque pueda requerir de personas de
- Las PCDI pueden utilizar cualquier MAC, analizando las comorbilidades.
- En las PCDI **se debe priorizar el uso de los LARC**, en especial el DIU de L que aporta el beneficio de la reducción del sangrado, la dismenorrea y facilita la gestión menstrual en estas usuarias.

Referencias Bibliográficas

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Imsero. (22), pp. 286. NIPO 377-94-003-X, ISBN 84-86852-45-5, 1994. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>

Allen, R. H: Contraception for patients with disabilities. OB/GYN Clinical Alert, 2022. <https://www.reliasmedia.com/articles/149557-contraception-for-patients-with-disabilities>

Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC): Tips for communicating with female patients with intellectual disabilities. Sexual and Reproductive Health Information, 2019 <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/materials/communicating-w-ith-female-patients.html>

FUSA : Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para el equipo de salud. Proyecto DeseAr/FUSA, 2022. <http://www.grupofusa.org/proyectodesear/>

Hare, A. A., & Olah, K. S: Pregnancy after endometrial ablation: a review article. J Obstet Gynaecol, 25: 108-114, 2005. PMID: 15949160

CDC/USMEC Guidance : Recommendations for the use of contraceptives in women with certain medical conditions. 2016 https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm#US_MEC

Gestión menstrual para más igualdad. Ministerio de Economía de la Nación Argentina - Unicef, 2022.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gestion_menstrual_para_mas_igualdad.pdf

Reflexiones finales

La Argentina cuenta con un marco jurídico muy rico que incluye, la ley de SS y SR y su programa, la ley 26.378 de adhesión a la Convención Internacional de Derechos de las PCD, la modificación de ley de ligadura tubaria/vasectomía y las modificaciones del CCyC del 2015, pero la realidad que viven las mujeres o personas con capacidad de gestar y discapacidad, dista mucho de ser la ideal en cuanto al respaldo de sus derechos en materia de SS y SR.

Esto que mencionamos antes está determinado por barreras difíciles de erradicar como, la preparación y capacitación de los miembros de los equipos de salud para una atención integral a esta población, la falta de controles de salud específicos en PCD institucionalizadas, la adaptabilidad edilicia y el sistema de accesibilidad a determinados MAC que cuenten con el sistema Braille en sus envases y lo más importante como es la ausencia de articulación entre miembros y equipos de salud en situaciones que lo requieren.

Desde la dirección nacional de salud sexual y reproductiva se trabaja con la línea 0800 de salud sexual que involucra a PCD e intenta dar respuestas adaptadas a cada situación, además, cuenta con una importante cantidad de material audiovisual o interactivo adaptado al que se puede acceder en el banco de salud on line (www.bancos.salud.gov.ar) del Ministerio de Salud de la Nación.

El concepto de asesoramiento y recomendaciones en anticoncepción en las PCD, verdaderamente es necesario ya que no sólo cada tipo de discapacidad, necesitará su consideración especial en cuanto a la selección y elección del MAC, sino que cada mujer o persona con capacidad de gestar considerada en su discapacidad, va a plantear al profesional

un desafío singular al que tendrá que afrontar. Para que este desafío tenga bases sólidas, no debemos olvidar que las PCD pueden y deben en la mayoría de los casos dar su propio consentimiento informado y en aquellos casos en donde no pudiera, la certificación o el respaldo judicial aportarán a sus responsables la potestad de tomar dichas decisiones.

A modo de conclusión esta guía pretende brindar herramientas concretas ante situaciones poco frecuentes, pero que desafían el accionar del equipo de salud al momento de garantizar los derechos a las personas con discapacidad.

Coordinación

- Dra. Silvia Oizerovich – Ginecóloga
Coordinadora Comité de Derechos de salud sexual y salud reproductiva FASGO

Integrantes

- Dra. Elina Cocio – Ginecóloga (AMADA)
- Dra. Florencia Kiquel – Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR - FASGO – Chubut)
- Dra. María Alejandra Martínez – Ginecóloga (AMADA)
- Dra. Graciela Ortiz - Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR- FASGO - Rosario)
- Dra. María del Carmen Tinari de Platini - Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR FASGO – Santiago del Estero)
- Dra. Daniela Rebelo - Ginecóloga (Comité de Derechos de SS y SR - FASGO – Catamarca)
- Dra. Fabiana Reina (Comité de Derechos de SS y SR - FASGO– Tucumán)

Colaboradoras / es

- Lic. Carolina Buceta - Psicóloga - (Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI))
- Lic. Verónica Carolina Gonzalez Bonet - Periodista – (Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI))
- Dr. Iñaki Regueiro – Abogado
- Dra. Lía Arribas – Ginecóloga (AMADA)

Bigdata en salud. Lo que se viene...

Mariano Grilli

Doctor en Ciencias Médicas

Profesor Libre. Cátedra de Ginecología "B" y Cátedra Libre Medicina y Mujer.

Universidad Nacional de La Plata

Director Científico del Instituto de Ginecología de Mar del Plata. info@igmdp.com.ar

Director Portal Académico ObGin. info@obgin.net

Sin datos solamente eres una persona con una opinión

Edwards Deming (Científico de los datos)

Introducción

La **información** y su correcto uso es – sin duda- el insumo vital del desarrollo de las naciones. Citando al filósofo **Francis Bacon** "la información es poder". Si bien algo de cierto hay en la frase, estamos en una era en la que los datos, las cifras y el propio conocimiento llegan a ser tantos y en volúmenes tan abrumadores, vemos que es necesario poner orden al caos, saber dónde y qué buscar, cómo interpretar, qué decisiones tomar, es decir se vuelve fundamental no solo el conocer, sino más bien saber ¿cómo usar aquello que se encontró? Entonces, se puede enunciar "saber que hacer con la información (conocimiento) es poder".

No es lo mismo **saber** cómo se hacen las cosas, que seguir las órdenes de quien lo sabe.

El **dato**, esa "representación primaria de variables cualitativas y cuantitativas que son almacenables, transferibles, que pueden ser visualizadas, controladas y entendidas", según lo definió **Etymonline**, es el principio, el medio y el fin de la nueva sociedad. Básicamente esos datos están esparcidos en el éter, el desafío es qué buscar, cómo buscarla, traducirla a nuestros objetivos y analizar los datos que están disponibles, para luego poder aplicar ese conocimiento en métodos productivos con el fin de mejorar los aspectos sanitarios del ser humano y su interrelación con el medio ambiente.

Tener los datos es bueno. Tener esos datos organizados y tabulados, los convierte en información, y eso es muy bueno. Pero, saber qué hacer con esa información, es lo que llamamos conocimiento, y es algo excepcional.

Sin **conocimiento** de los datos, las personas toman decisiones basadas en el instinto, la especulación o la teoría predominante. Las personas se sienten atraídas por personas que señalan problemas y comparten soluciones. Su opinión es importante, pero no es solo tuya. Si desea marcar la diferencia en el mundo, o en una comunidad, para el caso, necesita que se escuche su voz. Eso no significa gritar más fuerte que otra persona; significa poder difundir su mensaje de una manera lógica y razonable. Aquí es donde usted necesita tres cosas indivisibles: datos, información y conocimiento.

Hoy, el impacto de la información y el uso de las redes, mediante la Tecnología de la Información y Conocimiento (TIC), transforman los sistemas comunicacionales y el entorno de la sociedad. Por su intermedio, permite que la información y el **conocimiento** se comparta y expanda, favorece el proceso de aprendizaje, genera oportunidades laborales y estimula la autosuficiencia y creatividad. De esta manera, quedan anuladas, abolidas, invisibles, las

barreras sociales y geográficas. Vemos entonces, como la Sociedad del Conocimiento va tomando forma.

Hablamos de Sociedad del Conocimiento cuando el saber y el conocimiento son los pilares que gobiernan y condicionan la estructura y composición de la sociedad actual. A su vez, son también, las mercancías (conocimiento) e instrumentos determinantes que condicionan el bienestar y progreso de los pueblos. Conceptualmente, resume las transformaciones que se están produciendo en nuestra sociedad, permite que analicemos su utilidad y muestra el camino hacia lo que nos espera. Entonces, queda claro a esta altura, que la información son un cúmulo de datos procesados que suelen ser útiles para responder a preguntas como: Quién, Qué, Dónde y Cómo. Pero, que pasa con la información estanca, la que no está siendo usada? Si no se usa para resolver situaciones nuevas para las cuales no existe precedente o si no se convierte en una forma de acción determinada y dirigida, no es conocimiento.

El **conocimiento** se distingue de la información. Ya que el hecho de poseerlos, sea en la esfera que sea, significa que alguien es capaz de realizar actividades intelectuales o manuales. Es por tanto que, el conocimiento es fundamentalmente una capacidad cognoscitiva. Y si analizamos lo que es la información, vemos que es un conjunto de datos, estructurados y formateados, pero inertes e inactivos hasta que no sean utilizados por los que tienen el poder del conocimiento suficiente para interpretarlos y manipularlos.

El progreso del bienestar social, económico, cultural y el desarrollo político de las sociedades, dependen de la constante innovación **tecnológica** dentro de la informática, las telecomunicaciones, los medios de comunicación y el **internet**. En esa innovación, circula, transita, se almacena y se aplica de manera práctica, toneladas de información de todo tipo. Este volumen de información es llamado Big Data y se recopila de múltiples fuentes, formatos y diversas estructuras.

Esta época de la Sociedad del Conocimiento (**era cognitiva**) se define en tres cambios:

- Los datos se han convertido en el nuevo recurso natural del mundo, redefiniendo sectores y profesiones
- El surgimiento de **cloud**, está convirtiendo a las TIC y a los procesos de negocio en Servicios digitales
- Los Sistemas de Relacionamento están transformando la Interacción empresa-consumidor, generando expectativas de seguridad, confianza y valor, a cambio de información personal

Interconexión

El término **ciberespacio**, hace referencia a un mundo no físico, sin límites, en donde cualquier persona puede estar interconectada, a través de una conectividad a la red, de manera tal, que pueda interactuar de manera global, dentro de este mundo físico, sin ningún tipo de barreras. Este concepto de ciberespacio fue acuñado por el novelista William Gibson, en 1984, donde el termino se refería al mundo virtual de las computadoras y desde entonces así se ha utilizado.

El **mundo digital** se estructura y se entiende a partir de los datos, que son el elemento básico a partir del cual se pone en movimiento ese mundo. De ahí su centralidad hoy. Esto es lo que está ocurriendo en el área salud:

Los síntomas son información, o sea son datos que registra e interpreta el cuerpo del paciente a partir de la percepción de algún fenómeno anormal funcional o sensitivo, tales como cansancio, dolor, malestar. En general, la información son datos interpretados por algún sujeto. A partir de la información de diversas fuentes (de aquí la importancia de las comunicaciones), esto es, de datos interpretados, se conforma el conocimiento, que tradicionalmente involucra humanos/as que saben cómo obrar ante tal información.

Las tecnologías digitales se basan en esos datos, piezas básicas de un rompecabezas, a partir de las cuales se construye el mundo digital. Con estas tecnologías, podemos registrar digitalmente casi cualquier variable (biológica, social, económica, de comportamiento, etc.) y debido a esto, hay ingentes cantidades de dato dando vueltas, esperando quien pueda relacionar fenómenos antes aislados, entenderlos, modificarlos y/o prevenir sus resultados. Esto está cambiando la manera de enfrentar la salud.

Nosotros vivimos en un mundo que está cada vez más **interconectado**, debido a la digitalización del mundo físico. Hoy, la combinación software y hardware dota a un producto de vida inteligente. Vemos que quien tiene un smartphone, elemento que está íntimamente relacionado con nuestra vida, está además conectado con otras fuentes, que a su vez se interconectan entre ellos, lo que hace que se redefina el significado de red. Y aquí mismo, en este mismo tiempo y lugar, Internet nos muestran cantidad de datos en tiempo real, ya que cada día se están creando 2,5 trillones de bytes de estos. Ahora, cómo se digiere este tema?. Parte del problema con los datos es la misma abundancia. Se debe analizar con **protocolos** estrictos, para que no se diluya o distraiga el objetivo planteado. Quién tiene el "know how" en educación, hoy está haciendo la diferencia, ya que se toma algunos segundos acceder a miles de títulos desde la comodidad de la casa, o desde un celular inteligente, pero, sabemos qué hacer con estos??. Estés donde estés, puedes tener los datos de la mejor calidad, y sería positivo que todos supieran que hacer con lo que encuentran.

El Internet de las cosas (IoT) es una red creciente de objetos cotidianos, desde máquinas industriales hasta bienes de consumo, que pueden compartir información y completar tareas mientras está ocupado con otras actividades, como trabajar, dormir o hacer ejercicio. Compuesto por millones de sensores y dispositivos que generan flujos incesantes de datos, imprescindibles en el área médica, internet de las cosas médicas (IoMT).

IoT es la generación de una gran cantidad de datos que deben ser analizados a través de la tecnología Big Data con el fin de ofrecer mejores servicios ante el usuario, sea en un Hospital o en un laboratorio de alta complejidad. Estos objetos inteligentes ofrecen millones de datos, que provienen directamente del número de dispositivos conectados entre sí, ya sea a través de Internet o microchips, los cuales muestran una estrecha relación, cuando su número aumenta, los datos que quedan almacenados y listos para el análisis aumentan también. Además, la Inteligencia Artificial ofrece un gran potencial en IoMT, ya que ofrece nuevos servicios y opera de manera más eficiente que años atrás, siendo esta, clave para el futuro del IoT.

En un sistema adecuado, los datos médicos generados por la red de IoMT de atención **médica** se cifran y se transfieren al sistema de almacenamiento (nube), que se puede compartir de forma segura entre el personal de salud. El uso del análisis de Big data para entregar información basada en evidencia irá in crescendo a lo largo del tiempo, será más eficiente y no solo permitirá salvar la vida de pacientes en riesgo inmediato, sino que

también permitirá seleccionar y analizar las mejores prácticas asociadas con cualquier enfermedad, lesión o dolencia.

El portal de **estadística**, Statista, se calcula que el número de dispositivos conectados (IoT) pasará a ser de más de 25.400 millones en 2030, es decir, 3 veces más elementos interconectados que en la actualidad. Según el último **informe** de IoT Analytics, la cantidad de dispositivos de Internet de las Cosas (IoT) conectados alcanzó los 12,3 mil millones el año pasado y se espera que supere los 27 mil millones de conexiones para 2025.

Para la atención médica, cualquier dispositivo que genere datos sobre la salud de una persona y envíe esos datos a la nube será parte de este IoT. Los wearables (Smartwatch, Fitbit, entre otros) son quizás el ejemplo más familiar de un dispositivo de este tipo. Están disponibles dispositivos de acondicionamiento físico que registra cuántos pasos se han dado, ritmo cardíaco, su peso y futura tendencia.

¿Qué es la *disrupción digital*?

Aquellos que pueden imaginar cualquier cosa

pueden crear lo imposible. **Alan Turing**

Disrupción digital es una **transformación** que es causada por las tecnologías digitales emergentes y modelos de negocio. Estas nuevas tecnologías innovadoras producen el cambio disruptivo que afectan el valor de los bienes y servicios existentes.

La **disrupción** digital en las empresas se define como una alteración y transformación global, producida por un cambio a raíz del desarrollo de las nuevas tecnología, cambiando por completo los modelos de negocios tal y como se conocían hasta ahora. Una de las principales consecuencias de la disrupción digital en las empresas es el cambio de mentalidad. La implementación de nuevas tecnologías afecta de forma integral a todas las partes que forman las organizaciones, incluido el capital humano.

Los directivos deben tomar un papel activo en el proceso de transformación digital. No se trata de introducir las nuevas tecnologías ciegamente, sino en hacerlo con el fin de lograr el mayor éxito para la compañía. Así, la disrupción digital implica “pensar en digital”.

Los ejemplos mas claros de lo que es **disrupción** digital ahora:

Qué es *Bigdata*

“In god we trust all others must bring data (Confiamos en Dios, el resto debe traer datos)” William Edwards Deming

El concepto de big data existe desde hace años; la mayoría de las organizaciones entienden ahora que si capturan todos los datos que llegan a sus empresas (potencialmente en tiempo real), pueden aplicar análisis y obtener un valor significativo de ellos. Esto es especialmente cierto cuando se utilizan técnicas sofisticadas como la inteligencia artificial. Pero incluso en los años 50, décadas antes de que nadie pronunciara el término “**big data**”, las empresas utilizaban análisis básicos (básicamente, números en una hoja de cálculo que se examinaban manualmente) para descubrir ideas y tendencias. Algunas de las mejores ventajas de la

analítica de big data son la rapidez y la eficiencia. Hace sólo unos años, las empresas recopilaban **información**, ejecutaban análisis y descubrían información que podía utilizarse para tomar decisiones en el futuro. Hoy en día, las empresas pueden recopilar datos en tiempo real y analizar big data para tomar decisiones inmediatas y mejor informadas. La capacidad de trabajar más rápido -y de mantenerse ágiles- da a las organizaciones una ventaja competitiva que antes no tenían. Este tipo de información procesada servirá para manejar, almacenar, extraer y construir conocimiento de valor para cualquier campo del saber.

"Big Data significa todos los datos, en todas sus formas, que incluyen no sólo los datos tradicionales sino también correos electrónicos, comentarios en redes sociales, fotos, audio y video, datos de instrumentos y sensores, y hasta el tono emocional de una comunicación verbal o escrita. Pero Big Data es más: también incluye el variado conjunto de tecnologías que permiten analizar esos datos",

Big Data ofrece nuevos tipos de datos

- Big Data ofrece datos más honestos
- Big Data nos permite focalizarnos en grupos más precisos de individuos
- Big Data permite realizar muchos experimentos causales en poco tiempo

Hoy en día, casi más de 7.000 millones de **dispositivos** comparten información por Internet. Se estima que esta cifra se elevará hasta los 20.000 millones en 2025. En este sentido, el Big Data se encarga de analizar este océano de datos para convertirlo en la información que está transformando el mundo.

Si buscamos en Google el término **Big Data**, encontraremos diferentes tipos de conceptos, entre los cuales veremos de forma repetida palabras como «masivos», «gran escala», «grandes conjuntos de datos», «enormes cantidades de datos», "Petabytes" y "Exabytes". ¿Sabes cuanta cantidad de información contiene un Exabyte? La respuesta es un billón de Gigabytes. Así es, es una cantidad de datos que es imposible imaginarlo para nosotros, pero no para una máquina. Las grandes compañías como Google suelen hablar de Petabytes y Exabytes de información con mucha frecuencia, y es algo normal por la cantidad de datos que manejan. En cambio, en instituciones pequeñas o pymes, lo común sería hablar de Gigabytes y Terabytes. Es decir, de Small Data.

Y es que al hablar de **Big Data** se hace referencia a cantidades de datos exorbitantes, que difícilmente caben en la imaginación: aunque no está definido taxativamente y sigue cambiando al paso del tiempo, los expertos consideran que Big Data se refiere a conjuntos de datos de tamaños que van desde 30-50 Terabytes (10¹², 1.000.000.000.000 de bytes) a varios Petabytes (10¹⁵ bytes = 1.000.000.000.000.000 de bytes) e, incluso, hasta Exabytes (EB, 10¹⁸ bytes, un trillón de bytes).

1 Byte = 8 bits

Kilobyte	1024 Bytes	1024 Bytes
Megabyte	1,024 Kilobytes	1,048,576
Gigabyte	1,024 Megabytes	1,073,741,824
Terrabyte	1,024 Gigabytes	1,099,511,627,776

Petabyte	1,024 Terabytes	1,125,899,906,842,624
Exabyte	1,024 Petabytes	1,152,921,504,606,846,976
Zettabyte	1,024 Exabytes	1,180,591,620,717,411,303,424
Yottabyte	1,024 Zettabytes	1,208,925,819,614,629,174,706,176

Cómo para tener una mínima idea, de las cifras cotidianas que manejamos diariamente, aunque igual no podríamos tener presente la magnitud de esas cifras, ponemos como ejemplo lo que pesa una película de alta definición.

La grabación de vídeo en HD: Cada minuto de grabación en calidad 720p HD a 30 fps ocupa poco más de 60 MB. Esto supone que una grabación de una hora ocupará un espacio total de cerca de 3,6 GB, con lo que podemos llenar un **smartphone** con 128 GB de almacenamiento con algo más de 30 horas de vídeo. ¿Qué puedo hacer con 100 GB de Internet?: Además, con cualquiera de estas cantidades de **datos** podrías: Enviar/recibir más de 10,000 correos electrónicos. Descargar desde o cargar a un sitio de redes sociales, como Facebook, más de 1,000 fotos medianas. Descargar más de 1,000 canciones en MP3. Ver más de 1,000 videos en YouTube de calidad estándar.

El **Gran Colisionador de Hadrones** (LHC) es el acelerador de partículas más grande del mundo, usado por físicos alrededor del mundo para estudiar la naturaleza de la materia. Los experimentos con LHC producen alrededor de 50-75 petabytes cada año, el equivalente de 15-20 millones de películas de alta definición.

Las grandes empresas, **Google** por ejemplo, tuvieron que analizar qué hacer con tanta cantidad de datos, básicamente dispersos, y cómo sacar provecho de los mismos. Para este fin, se diseñan los protocolos de actuación y análisis, de esta manera, comprendieron que si toda esa información (datos) se iba ordenando a medida que se recopilaba, se iban analizando y así podían llegar a entender mejor el mercado y a crear una estrategia personalizada. De esa manera podrían cumplir con el objetivo de satisfacer mejor las necesidades de los consumidores. Así, todo el caos de datos dispersos, fueron ordenados y se convirtieron en la llave para tomar decisiones inteligentes y acertadas minimizando riesgos. Incluso, podían predecir el comportamiento de los consumidores y estar en el momento exacto (just in time) en el que quisieran satisfacer alguna necesidad.

La **directiva** UIT-T Y.3600, de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), aprobada el 6 de noviembre de 2015, facilita las siguientes definiciones de Big Data y de Big Data como Servicio (BDaaS):

- Big Data es un paradigma para hacer posible la recopilación, el almacenamiento, la gestión, el análisis y la visualización, potencialmente en condiciones de tiempo real, de grandes conjuntos de datos con características heterogéneas.
- BDaaS es una categoría de servicio en la nube en la que las capacidades que se ponen a disposición del cliente del servicio en la nube le permiten recopilar, almacenar, analizar y visualizar los datos utilizando tecnologías Big Data.

Desde la introducción del concepto **Big Data** se han asociado una serie de características clave que lo definen, llamadas las "V" de Big Data. Inicialmente, estas

características eran tres: volumen, velocidad y variedad. volumen (la digitalización de ciertos procesos puede generar grandes volúmenes de datos), variedad (fuentes de datos heterogéneos) y velocidad (en referencia al potencial tiempo de llegada y procesamiento de los datos en real-time). Posteriormente se han añadido otras características, como la veracidad de los datos, añadiendo así cuatro dimensiones y marcando las características que tradicionalmente se están asociando a **Big Data**, y otra quinta dimensión, el valor de los datos, que se ha añadido recientemente, generando así las denominadas cinco V del Big Data.

Los **datos** que se **contienen** dentro de un **Big data** pueden ser:

Datos estructurados: con longitud y formato, fecha y caracteres bien definidos, se almacenan en tablas(hojas de cálculo).

Datos no estructurados: datos crudos sin formato específico y texto libre, no sé pueden almacenar en una tabla por no ser aptos, por ejemplo documentos pdf, multimedia, tweets o mails.

Datos semiestructurados: no involucra campos determinados o base de datos tradicionales, pero tienen marcadores para separar los diferentes elementos, ejemplo: información en HTML, el XML o el JSON.

Red de espías

Un Martini con hielo, mezclado, no agitado. **James Bond**

El volumen de datos que se genera cada día en las redes sociales, ha crecido de forma exponencial, dando lugar a que las cantidades de datos que se generan sean inmensas. Algunos de estos **números**, por ejemplo, eventos que suceden cada minuto: Google realiza casi 70 millones de traducciones de palabras; Instagram recibe casi 2,5 millones de 'likes' a los posts de sus usuarios; Siri responde casi 100.000 peticiones; los usuarios suben más de 800.000 nuevos ficheros a Dropbox; se publican casi 10.000 tweets con emojis, etc.

Hay múltiples fuentes de donde provienen todos estos **datos**.

Generados por las personas: el hecho de enviar correos electrónicos o mensajes por WhatsApp, publicar un estado en Facebook, twitear contenidos o responder a una encuesta por la calle son cosas que hacemos a diario y que crean nuevos datos y metadatos que pueden ser analizados. Se estima que cada minuto del día se envían más de 200 millones de e-mails, se comparten más de 700.000 piezas de contenido en Facebook, se realizan dos millones de búsquedas en Google o se editan 48 horas de vídeo en YouTube.

Transacciones de datos: la facturación, las llamadas o las transacciones entre cuentas generan información que tratada adecuadamente genera datos relevantes.

E-marketing y web: generamos una gran cantidad de datos cuando navegamos por internet. Con la web 2.0 los mismos usuarios se convierten en generadores de contenidos gracias a su interacción con el sitio. Existen muchas herramientas de rastreo utilizadas en su mayoría con fines de marketing y análisis de negocio. Incluso los movimientos de ratón quedan grabados en mapas de calor y queda registro de cuánto pasamos en cada página y cuándo las visitamos.

Machine to Machine (M2M): son las tecnologías que comparten datos con dispositivos: medidores, sensores de temperatura, de luz, de altura, de presión, de sonido, etc, que transforman las magnitudes físicas o químicas y las convierten en datos.

Biométrica: son el conjunto de datos que provienen de la seguridad, defensa y servicios de inteligencia. Son cantidades de datos generados por lectores biométricos como escáneres de retina, escáneres de huellas digitales, o incluso lectores de cadenas de ADN.

Sea por diversión, curiosidad o necesidad, cada vez que entramos en una página web estamos facilitando una serie de **datos** sobre nuestra actividad online, para qué visitamos un sitio, si somos usuarios habituales o a qué sitios accedemos y cómo lo hacemos. Toda nuestra actividad deja huella y la mayoría de las personas no son conscientes de la cantidad de información que esto aporta. Incluso, el estar en la vía pública y a través de la geolocalización de nuestras terminales, las redes wifi o cámaras de vigilancia, cualquiera puede obtener una jugosa base de datos que se convertirá en información útil mediante el Big Data.

La plataforma de servicio de suscripción de vídeo bajo demanda **Netflix** es una de las empresas que más partido le saca al Big Data. La empresa monitoriza el número de reproducciones que hace cada uno de sus usuarios y analiza sus valoraciones, el soporte que usan (desde dónde acceden a sus contenidos), su ubicación geográfica o el día y hora del visionado. Con toda esta información construye un perfil completo de sus suscriptores.

“Nuestro negocio es un **modelo** de servicio de suscripción que ofrece recomendaciones personalizadas para ayudarte a encontrar series y películas que te interesen. Para hacerlo, hemos creado un complejo sistema de recomendaciones patentado. En este artículo se ofrece una descripción detallada de nuestro sistema de recomendaciones en términos sencillos. Cada vez que accedes al servicio de Netflix, nuestro sistema de recomendaciones te intenta ayudar a encontrar una serie o película para que disfrutes con el mínimo esfuerzo. Calculamos la probabilidad de que veas un título en particular de nuestro catálogo en función de una serie de factores, entre los que se encuentran:

Tus interacciones con nuestro servicio (como tu historial de visualización y cómo has clasificado otros títulos). Además de saber lo que has visto en Netflix para personalizar mejor las recomendaciones, también analizamos aspectos como:

La hora del día en que ves Netflix,

Los dispositivos que utilizas para verlo y

Durante cuánto tiempo lo utilizas.

Todos estos datos se utilizan como entradas que procesamos en nuestros algoritmos. Un algoritmo es un proceso o conjunto de reglas que se siguen en una operación de resolución de problemas. El sistema de recomendaciones no incluye información demográfica (como edad o género) como parte del proceso de toma de decisiones.

Cuando introduces una consulta de búsqueda, los principales resultados que devolvemos se basan en las acciones de otros miembros que han introducido las mismas consultas u otras similares”.

Amazon, el gigante del **comercio** minorista en línea, utiliza su enorme banco de datos para acceder a los nombres, direcciones, pagos e historiales de búsqueda de sus clientes y los

emplea en algoritmos publicitarios y para mejorar las relaciones con los clientes. Si tenemos una cuenta de Amazon y miramos rápidamente nuestra página de inicio de Amazon, podremos notar que cuando nos desplazamos hay recomendaciones basadas en nuestro historial. Recomendaciones adicionales, artículos de venta basados en lo que compramos y las búsquedas en el historial.

Bigdata en salud

“En algún lugar, algo increíble está esperando ser conocido”. Carl Sagan

En el cuidado de la **salud**, el viraje de los sistemas de información en salud (SIS) desde un enfoque centrado en la enfermedad hacia otro centrado en el paciente ha comenzado a generar grandes volúmenes de información. Hasta hace un tiempo, las fuentes de información se obtenían a través de la historia clínica electrónica (HCE), el registro personal de salud y los estudios complementarios, como imágenes y análisis de laboratorio. Ahora, se incorporan otras fuentes no convencionales a partir de la incorporación de nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) que incluyen a las ciencias ómicas, la telesalud, los biosensores y los rastreadores de actividad física entre otros.

En la siguiente figura, podemos observar la interrelación del **Big Data** y la salud.

La aplicación del **Big Data** Salud se orienta al almacenamiento de datos y su posterior análisis con el objetivo de mejorar la gestión de hospitales, la atención sanitaria o la investigación médica, entre muchas otras funciones. La recopilación y análisis de datos clínicos sobre pacientes resulta fundamental a la hora de desarrollar nuevas soluciones y tecnologías que permitan mejorar diagnósticos, tratamientos y, en general, la atención hospitalaria.

Hoy, tenemos diferentes usos y aplicaciones del **Big Data** en medicina:

Desarrollo de la medicina predictiva: el Big Data unido a la investigación genómica podría abrir un nuevo escenario a la hora de tomar decisiones médicas con mayor antelación.

Diagnóstico clínico: el Big Data en salud permite analizar información sobre pacientes que luego puede ser utilizada para mejorar los diagnósticos clínicos.

Epidemiología: el análisis masivo de datos permite realizar estudios a gran escala a menor coste.

Monitorización de pacientes en tiempo real: uno de los objetivos del Big Data en salud es facilitar la vigilancia continua de los pacientes y promover una atención sanitaria proactiva.

Atención a pacientes crónicos: el uso de los macrodatos favorece el seguimiento de pacientes con patologías crónicas, y el desarrollo de nuevas tecnologías para mejorar sus tratamientos.

Gestión de hospitales y centros sanitarios: por ejemplo, a la hora de saber cuál es la demanda de servicios, la disponibilidad de profesionales, etc.

Farmacología: el Big Data permite almacenar y evaluar los resultados de los ensayos clínicos y emplear la información para el desarrollo de fármacos más baratos y efectivos.

Deporte y salud: el análisis de datos también permite mejorar la monitorización del estado de salud o el rendimiento durante las prácticas deportivas, tanto a nivel profesional como a nivel de usuario.

El **big data** es un elemento que ya está inmerso en la industria de la atención a la salud. Mediante el análisis de grandes cantidades de información – estructurada y no estructurada – de manera rápida, los proveedores de atención a la salud pueden proporcionar diagnósticos u opciones de tratamiento que salven vidas casi de inmediato.

De hecho, hay una gran cantidad de **datos** e información en registros médicos electrónicos listos para ser analizados, ya que ese conocimiento latente, puede ser utilizado para mejorar la atención sanitaria, ya que los profesionales podrán acceder a un conocimiento que facilite su toma de decisiones y proporciona la posibilidad de realizar estudios observacionales en una escala y a una velocidad a la que no se pueden aproximar los ensayos clínicos. Hay áreas que ya se están beneficiando con la aplicación de **Big Data**. Es evidente en el desarrollo de la genómica y la proteómica, farmacovigilancia, investigación clínica, predicción de riesgos postquirúrgicos asociados a cardiopatías específicas, oncología y neurología, por señalar las más resaltantes, aunque puede ser aplicada a cualquier disciplina, especialidad o tema de salud.

Las principales fuentes de información de **Big Data** en salud las siguientes:

- 1) webs y datos de redes sociales
- 2) datos de **máquina a máquina**, como lecturas de sensores, medidores y otros dispositivos
- 3) grandes transacciones de datos, como reclamaciones de atención médica y registros de facturación
- 4) datos biométricos como huellas dactilares, análisis genético, escáner de retina, resultados de rayos X y otras imágenes, presión arterial, lecturas de oximetría de pulso y otros tipos
- 5) otros datos generados por humanos, como registros médicos electrónicos (EMR), notas de médicos, correos electrónicos y documentos en papel

El campo de la **Informática** de la Salud, está en la cúspide de su período más emocionante hasta la fecha (y es solo el comienzo). Esta nueva era donde la tecnología se está especializando en el manejo de grandes volúmenes de datos, nos está brindando conocimiento. Gracias a la llamada **minería de datos**, los conocimientos disponibles están ayudando a tomar decisiones relativas a diagnóstico, tratamiento, ... todo finalmente enfocado a una mejor atención al paciente.

En la **actualidad**, se están viendo ciertos **beneficios** en **salud**, como ser:

- Optimizar el almacenamiento de datos, sobre todo en los hospitales o centros sanitarios que manejan gran cantidad de información sobre pacientes
- Mejorar la gestión clínica, haciéndola más efectiva
- Favorecer la investigación científica y su futura aplicación médica
- Reducir los costes operativos en los métodos de diagnóstico y en la terapéutica
- Poder adelantar soluciones y prever posibles problemas: desarrollo de la medicina predictiva

- Optimizar la atención al paciente: es capaz de mejorar la atención de los pacientes en hospitales o centros médicos, analizando qué pacientes tienen más prioridad, indicando las camas disponibles, evitando largos tiempos de espera para operaciones o suministrando fármacos de forma automática
- Evitar fraudes y abusos, reduce la posibilidad de que se produzcan fraudes o negligencias médicas por parte de los profesionales del sector
- Promover el autocuidado de la salud, mediante la información proveniente de los biosensores
- Ofrecer una mayor calidad de la documentación científica

Aplicación práctica de la utilidad de **Big Data** en farmacoterapia: Esta es la historia de “Vioxx, un analgésico de última generación desarrollado por Merck que llegó a convertirse en un bestseller de los medicamentos con ventas anuales de más 2.500 millones de dólares. Vioxx era una historia de éxito en el sector farmacéutico hasta que una de las primeras aplicaciones de big data en el ámbito de la salud descubrió la verdad sobre el fármaco. Kaiser Permanente, un consorcio sanitario californiano, junto a la U.S. Food and Drug Administration utilizaron técnicas de análisis de datos pioneras en su momento para estudiar la historia clínica de más de un millón de pacientes tratados con Vioxx y descubrieron que la probabilidad de sufrir un ataque al corazón se triplicaba en dichos pacientes. Vioxx, el exitoso analgésico, estaba matando a gente o al menos poniendo en peligro la vida de millones de personas en todo el mundo. El estudio demostró los efectos secundarios del medicamento y consiguió que éste fuera retirado del mercado, ahorrando no dólares ni euros sino enfermedades y posibles muertes de enfermos”.

Medicina de las “4P”

Existe un gran consenso en la creencia de que **Big Data** será el gran impulsor de la medicina del futuro, “Medicina de las 4P”: medicina personalizada, predictiva, preventiva y participativa.

El **concepto** de las 4P en **Medicina** es la base de la medicina de precisión. Si las analizamos de manera **descriptiva** estas siglas corresponden a:

Personalizada: se basa en la obtención de la información individual de cada paciente a través del auge de las llamadas “-ómicas” (genómica, proteómica, metabolómica, transcriptómica, etc.). Se prevé que en un futuro cercano se pueda ofrecer a cada paciente la terapia más adecuada a sus características físicas, patológicas y de comportamiento con los menores efectos secundarios

Predictiva: recoge toda la información personalizada del individuo obtenida desde las “-ómicas” y permite pronosticar la probabilidad de padecer determinadas enfermedades. se podría detectar la existencia de posibles patologías antes de que aparezcan los primeros síntomas. En este sentido, también seduce el importante papel que puede tener el conocimiento del mapa genético de los pacientes y la predisposición asociada a padecer ciertas enfermedades en el futuro, redefiniendo la actitud de pacientes y profesionales sanitarios y la relación entre ambos.

Preventiva: se centra en la predicción del riesgo para establecer medidas que eviten problemas de salud, a través de la modificación del estilo de vida, soluciones terapéuticas o

de otra índole, para disminuir el riesgo de enfermedad. Se puede extrapolar, que si es posible determinar con mayor precisión las enfermedades que puede sufrir un individuo por su genómica combinada con las variables de entorno, es fácil trasladar esta misma idea a todo un conjunto poblacional.

Participativa: estas intervenciones requieren de la necesaria contribución del paciente, empoderando al mismo en la toma de decisiones sobre su salud, e intentando eliminar el excesivo paternalismo de la relación sanitario-paciente.

Comentario final

“La información no es conocimiento” Albert Einstein

En la “Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025” presentada en 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que, ante la **constatación** de que las TIC presentan nuevas oportunidades y desafíos para la consecución de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Las herramientas disponibles en el ciberespacio, están permitiendo, una interacción con el profesional de la salud, sea para mejorar el desarrollo personal o para brindar mejores decisiones sobre la salud de los pacientes. Tecnologías como la Internet de las cosas Médicas (IoMT), la asistencia virtual, la supervisión a distancia, la Inteligencia Artificial (IA), la analítica de macrodatos (Big Data), las cadenas de bloques, dispositivos inteligentes para llevar encima (wearables), plataformas, herramientas que permiten intercambiar y almacenar datos, como los elementos más destacados. Estas tecnologías captan datos, los intercambian, los aplican en el ecosistema de salud, con el objetivo de mejorar los métodos diagnósticos y sus resultados. De esta manera, se logra mejorar y ampliar la adquisición de los conocimientos basados en la evidencia, las aptitudes y competencias del profesional de la salud, con la consecuente optimización de la toma de decisiones metodológicas basada en datos, implementación de terapias digitales, organización de ensayos clínicos y facilitar el autocuidado y la atención centrada en las personas.

El consenso global en la **comunidad** sanitaria mundial, ha determinado que el uso estratégico e innovador de tecnologías digitales y de vanguardia de información y comunicaciones será un factor facilitador esencial, para garantizar que 1.000 millones de personas más se beneficien de la cobertura sanitaria universal, estén mejor protegidas frente a emergencias sanitarias y disfruten de una mejor salud y bienestar.

La aplicación del **paradigma** de Big Data al entorno de la salud, devendrá en una mejora de magnitud aún no predecible en la calidad de la atención a los pacientes, así como en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, unido a una reducción notable en los costes de sanidad.

Es de destacar, cómo el capítulo de Metodología de la Investigación, se inmiscuye y potencia toda la actividad asistencial, ya que permite: aplicar en **medicina** las diferentes técnicas analíticas (descriptiva, predictiva y prescriptiva), evaluar correctamente los riesgos de los procedimientos, determinar el mejor tratamiento disponible para el paciente, prever suficiente stock farmacológico, conocer las preocupaciones de las comunidades que se crean en torno a dolencias específicas o gestionar mejor la disponibilidad de camas de un hospital, entre otros.

El **Big Data** cada vez está más arraigado dentro del sector salud, de tal manera que la aplicación de sus técnicas de análisis de datos masivos, pueden dirigirse a la reducción del gasto médico y a la mejora de las tasas de mortalidad. Y aunque esto impacta directamente en la toma de decisiones basadas en mejor información, todavía ha de enfrentarse a una serie de retos, que a su vez se pueden convertir en oportunidades:

Integración de la información: el diseño de sistemas que permitan integrar la información de forma inmediata entre diferentes áreas de los hospitales o entre diferentes centros sanitarios.

Documentación digital: muchos hospitales todavía guardan grandes cantidades de información en formato físico. Por ello, uno de los retos del Big Data en salud es digitalizar toda esa información para que sea mucho más segura y accesible. Esta digitalización de la información ha de realizarse sin que suponga un esfuerzo extra para los profesionales del sector.

Análisis de datos no estructurados: otro de los retos del Big Data en salud es desarrollar sistemas que permitan analizar datos no estructurados sobre salud, por ejemplo imágenes o texto, los cuáles han de ser dotados de estructura y significado para tener una aplicación práctica real.

Intercambio de datos: todavía se han de desarrollar medios técnicos y disposiciones legales que garanticen un intercambio de información eficaz y que a su vez respete la privacidad de los datos de los pacientes.

Medios para asegurar la calidad: también se deben establecer estándares que sirvan para determinar los requisitos necesarios para asegurar que los datos son de calidad, esto es, que son verídicos, relevantes y están actualizados.

Equipo REDAAS de Asistencia (ERA): Asistente Virtual para equipos de Salud que Garantizan IVE/ILE

Autora:

Mariana Romero¹, María Pía Elissetche²

El Equipo REDAAS de Asistencia (ERA) es una herramienta de asistencia virtual para equipos de salud que garantizan el acceso a la IVE / ILE.

Palabras claves: Salud; aborto; herramienta; digital

Resumen

Objetivo

Compartir la experiencia de diseño, testeo, implementación y difusión de una herramienta virtual para equipos de salud que garantizan el acceso a la IVE / ILE.

Materiales y métodos

El siguiente trabajo corresponde a un relato de experiencia, que describe el proceso de trabajo en el desarrollo de un asistente virtual destinado a equipos de salud en la Argentina.

Resultados

Se presenta el recorrido realizado desde el diseño de la herramienta virtual, hasta la primera evaluación de impacto y actualización. Sus desafíos y principales logros.

Conclusiones

Contar con información fidedigna, actualizada, basada en las últimas evidencias científicas permite mejorar la calidad de atención y evitar compartir información imprecisa o desactualizada; y/o obstaculizar o impedir el acceso al aborto.

Abstract

Objective

Share the experience of designing, testing, implementation and communication of a digital decision support tool for health care workers that guarantee provision to abortion.

Material and methods

This is a report of *experience* work that describes how a digital tool was developed to support health care providers in Argentina.

Results

Describes from the design of the virtual tool up to the first evaluation and update, their challenges and main achievements.

Conclusions

Reliable, up-to-date information based on the latest scientific evidence makes it possible to improve the quality of health care avoid sharing outdated information or delaying access of abortion.

Introducción

A partir de la sanción de la Ley 27.610 en 2020, cambió el escenario para aquellos equipos multidisciplinares que acompañaban los procesos de aborto en niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes.

Si bien la sanción de la ley marcó un punto de inflexión tanto en la legitimidad como en los estándares en la provisión de servicios de IVE / ILE, la implementación concreta generó dudas e inquietudes, ya sea con respecto al abordaje inicial, los tratamientos disponibles y cuidados post aborto; así como al marco normativo vigente en Argentina.

Desde la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) se acompañó a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en capacitaciones y actividades virtuales y en servicios dirigidas a los equipos que tuvieran interés en profundizar y/o formarse en la temática. Estos encuentros permitieron sistematizar preguntas frecuentes y dudas, que representaron el principal insumo para el diseño de la herramienta virtual.

Este trabajo describe la experiencia en el desarrollo de ERA, una herramienta virtual que surge con un espíritu colectivo y federal, con el propósito de construir una red de acompañamiento y ayuda para equipos multidisciplinares de salud que garantizan IVE / ILE.

Objetivo

Compartir la experiencia de diseño, testeo, implementación y difusión de una herramienta virtual para equipos de salud que garantizan el acceso a la IVE / ILE.

Material y métodos

En un primer momento se entrevistaron profesionales de todo el país que prestaban servicios de IVE / ILE en el sector público en los distintos niveles de atención. A través de un cuestionario estructurado con preguntas abiertas, se identificó la necesidad de contar con información clínica y legal confiable. A su vez, se relevó que existían escasas herramientas tecnológicas de estas características destinadas a equipos de salud, ya que en su mayoría estaban diseñadas para mujeres y personas con capacidad de gestar.

Esta primera etapa permitió confirmar la necesidad de contactar con información de manera sencilla y de fuentes válidas y confiables. Esto permitió avanzar en el trabajo de campo para averiguar qué tipo de herramienta era más adecuada y qué intereses y necesidades debería contemplar.

Paralelamente, se investigaron asistentes de similares características en otros países, sin encontrar –nuevamente-, uno destinado exclusivamente a equipos de salud. Sin embargo, al contar con el apoyo de IpasLAC, se logró intercambiar experiencias de trabajo en el desarrollo de su propio asistente “Sofía”^[1], de Ipas México destinada a usuarias del sistema de salud.

En una segunda instancia, se realizó una encuesta -con la misma modalidad- a un grupo seleccionado de profesionales a nivel federal para conocer sus preferencias. Se preguntó acerca de la interfase que podría adecuarse más a sus contextos de trabajo (chatbot, app, asistente virtual, etc.), así como los contenidos que consideraban pertinentes y necesarios. También se realizaron consultas con expertas/os locales en el desarrollo de herramientas virtuales de asistencia para equipos de salud.

Con respecto al contenido se estructuró bajo el formato de preguntas y respuestas, organizadas en dos categorías principales: 1). Abordaje clínico y 2) Marco legal. Dentro de cada una de estas secciones, se diseñaron sub secciones con un menú de preguntas y respuestas. Algunas respuestas contienen enlaces a documentos y/o imágenes.

Para la confección de las respuestas se utilizaron protocolos, guías y documentos, nacionales e internacionales actualizados y validados^[2].

Una vez definida la modalidad y contenido de ERA, comenzó a delinearse la estrategia comunicacional. El primer paso fue, junto a integrantes de REDAAS, la construcción de la identidad y el nombre del asistente virtual. Para ello se indagaron tres aspectos: imagen, lenguaje y paleta de colores.

Una vez elaborada la propuesta se validó nuevamente, previo a su lanzamiento, con 10 profesionales de la salud de distintas disciplinas, quienes enfocaron la tarea respecto a la identidad creada, el contenido desarrollado y su organización.

Decisiones claves

Población destinataria

Uno de los objetivos de ERA es acompañar a los equipos de salud de todo el territorio nacional. En este sentido, se definió que la población destinataria incluyera profesionales de la salud, promotoras/os, abogadas/os, trabajadoras/es sociales, etc. y otras disciplinas que formen parte de dichos equipos.

Construcción de la identidad

Como se mencionó previamente, se indagó con integrantes de REDAAS acerca de tres aspectos: imagen, lenguaje y paleta de colores.

Con respecto a la imagen muchas/os entrevistadas/os rescataban la importancia que reflejara el trabajo en equipo, el espíritu colaborativo y de trabajo en red que impulsa REDAAS.

Con respecto al lenguaje se propuso que se utilizara lenguaje inclusivo, o "x". En este punto resulta importante el trabajo conjunto que se realizó con el equipo de desarrollo en sistemas y diseño ya que se debían incluir una alternativa que pudiera ser leída por los lectores que utilizan las personas con discapacidad visual.

Tecnología

Se analizaron las distintas alternativas disponibles y finalmente se concluyó que un asistente adaptado tanto para dispositivos móviles como para computadoras de escritorio representaba la mejor opción para garantizar la accesibilidad y agilidad. No requiere registro, ni ocupa espacio en la memoria de los dispositivos como ocurre con las apps y tampoco requiere que la usuaria/o realice la actualización.

Por otra parte, permite descargar documentos como la declaración jurada en caso de la ILE e incorpora imágenes y cuadros de esquemas terapéuticos.

Finalmente, presenta mayor flexibilidad para realizar las actualizaciones, ya que no requiere aprobación del contenido y por lo tanto mayor independencia.

Como contracara, al no solicitar registro previo, no es posible conocer las disciplinas de quienes la utilizan, rangos etarios, efectores o niveles de atención, entre otras variables.

Enfoque en usuarias/os

Desde su diseño ERA fue pensada para mejorar la calidad de atención, optimizar los tiempos, evitando brindar información errónea o desactualizada y como un puente entre distintos equipos. Por eso, se priorizó que fuera intuitiva, fácil de navegar y que en pocos minutos la persona llegara a la respuesta.

En esta línea, se decidió incluir un mail de contacto para fortalecer el diálogo con los equipos, que permite, a su vez, registrar nuevas preguntas o consultas sobre el contenido para futuras actualizaciones.

Estrategia comunicacional

Para cumplir sus objetivos ERA debía llegar a los espacios de trabajo y atención. Por tal motivo, se propuso organizar y sistematizar la estrategia de comunicación, priorizando por un lado su difusión en redes sociales (Instagram, Newsletter, etc) y por el otro, en los espacios de intercambio como congresos, jornadas, webinars, etc, donde pudiera compartirse la

experiencia de trabajo. Además de establecer la difusión en forma online, se hizo hincapié en canales offline como folletos, señaladores, y presentaciones.

La estrategia de comunicación es permanente y sostenida. Busca llegar al público objetivo en primer lugar dando a conocer la herramienta y su usabilidad; y en segundo lugar, con la difusión de conceptos clave en la atención de la IVE / ILE.

Resultados

Con el propósito de convertir a ERA en una herramienta federal, adecuada a los diversos contextos de trabajo, se contemplaron e incorporaron las siguientes características:

- Confidencialidad: Se optó por una herramienta que no requiriera registrarse o acreditar datos personales para su ingreso.
- Agilidad: Es posible el acceso desde cualquier tipo de conexión a internet, y desde una computadora de escritorio o un celular.
- Accesibilidad: Puede ser utilizada por personas con discapacidad visual, siendo compatible con lectores para el sistema IOS y Android.
- Actualización: Contiene información sistematizada y fidedigna, basada en las últimas evidencias científicas y en la legislación vigente en Argentina. Se actualiza permanentemente.
- Federal: Pensada para acompañar a quienes trabajan en hospitales, clínicas y centros de atención primaria del sistema público, privado y obras sociales, contemplando los diferentes escenarios.
- Receptiva: Incluye un mail de contacto para que puedan enviarse consultas, que responden exclusivamente el equipo de REDAAS.
- Gratuita: Sin costo tanto para su consulta como para la descarga de documentos.

Conclusiones

Desde su lanzamiento en marzo de 2023, se comenzó a analizar y sistematizar el impacto en las/os usuarias/os. Hasta agosto de 2023, se habían registrado 3800 usuarias/os nuevas/os, siendo 95% de ellas/os desde Argentina y más de 80000 eventos. A su vez, se analizó que el tiempo de interacción medio con la herramienta era de 2 minutos, lo que permite suponer que efectivamente la respuesta se alcanza rápidamente.

El desarrollo de una herramienta virtual de estas características, pensada por y para equipos multidisciplinarios, requiere un abordaje y conocimiento previo de las necesidades de los equipos de salud en terreno, contemplando sus condiciones de trabajo y problemáticas frecuentes. Para que la herramienta tenga anclaje territorial las/os personas deben formar parte del proceso.

Contar con información fidedigna, actualizada, basada en las últimas evidencias científicas promueve la aplicación de las técnicas adecuadas y mejora la calidad de atención; disminuye las interpretaciones incorrectas acerca del marco normativo vigente y con ello, las posibilidades de obstaculizar o dilatar el acceso a un aborto legal y seguro.

Los desafíos a futuro consisten en sostener el interés, la actualización y la difusión, y lograr que sea una herramienta de referencia y consulta activa para los equipos.

Agradecimientos

Al equipo que formó parte de la creación y desarrollo de ERA; a las asociaciones profesionales que auspiciaron; a las/os integrantes de REDAAS y a las/os integrantes de los equipos de salud por su apoyo y generoso aporte.

Bibliografía

- CEDES – Gynuity. Guía para equipos de salud que ofrecen aborto con misoprostol durante la pandemia de COVID-19; 2020. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4546>
- Damian Borbolla; Luciana Rubin; contribuciones de Natalia Perez Lopez; Jose Federico Rodriguez; María del Pilar Ávila Williams. Sistemas de soporte a la toma de decisiones: creando herramientas para ayudar al profesional de la salud. Editado por Daniel Luna; Fernán G. B. de Quirós. 1er edición para el alumno. Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2018.
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; 2022.
- Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte; 2021.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/349316>.
- World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for quality abortion care; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>.

[1] preguntasdeaborto.ipasmexico.org

[2] Ver: Referencias Bibliográficas

1. Médica. Magister en Ciencias en Salud Reproductiva

2. Médica Generalista. Especialista en Educación Sexual Integral. Sexóloga Clínica

Escuela FASGO

Curso de Endocrinología Ginecológica



Directora
Dra. Gladys Fernández

Curso de Patología del Tracto Genital Inferior



Directora
Dra. Sandra Forneris

Curso de Restricción del Crecimiento Fetal



Director
Dr. Juan Lunghi

Curso de Climaterio



Directora
Dra. Mabel Martino

Curso de Medicina Reproductiva



Director
Dr. Luis Augé

Curso de Uroginecología



Directores
Dr. Damián Angeletti
Dr. Germán Laurito

Riesgo Médico Legal en la Práctica de Tocoginecología



Director
Dr. Roberto Keklikian

Curso de Diversidad y Embarazo



Directora
Dra. Olga Marega

Consultas Frecuentes en la Urgencia Ginecológica



Directores
Prof. Tit.
Dr. Silvio Tatti
Doc. Aut.
Dra. Laura Fleider

Principios de Uroginecología

Los problemas de la práctica diaria



Directora
Dra. Marta Ledesma

El Ginecólogo Ante la Patología Mamaria



Director
Dr. Jorge Bustos

Oncología Ginecológica



Director
Dr. Gonzalo Franco



FASGO

Federación Argentina de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia

Abdomen Agudo Ginecológico por Abordaje Mínimamente Invasivo



Directora
Dra. Matilde
Quaranta

Endocrinología Ginecológica y Reproductiva



Directora
Dra. Belén
Pérez Lana

Doppler Básico para Tocoginecología

¿Cómo Interpreto y Resuelvo?



Director
Dr. Nicolás
Ávila

Dolor pelviano crónico. Nuevos conceptos sobre diagnóstico y tratamiento



Director
Dr. Alejandro
González

Síndrome de Ovarios Poliquísticos a lo largo de la Vida: Desde Intraútero hasta la Postmenopausia.

Su abordaje Práctico.



Directoras
Dra. Graciela
Schabelman y
Dra. Graciela Lewitan

Embarazo Múltiple



Director
Dr. Lucas
Otaño

Qué debemos saber y hacer en Osteopenia y Osteoporosis



Directora
Dra. Mabel
Martino

Hacia la Erradicación del Cáncer Cervical

Tamizaje - Vacunación y Manejo
de las Lesiones Precursoras

Las respuestas a los Problemas
Diarios del Ejercicio Profesional



Directores
Prof. Tit.
Dr. Silvio Tatti
Doc. Aut.
Dra. Laura Fleider

Asfixia Intrauterina



Director
Dr. Roberto
Votta

Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicas ¿Qué debe saber el Tocoginecólogo?



Director
Dr. Luis
Auge

El Ginecólogo en la Atención de la Adolescente



Directoras
Dra. Graciela
Lewitan y
Dra. Graciela
Schabelman

**Infórmese sobre
los cursos
disponibles y sus
programas en
www.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>